

DIE
TRAUMATISCHEN NEUROSEN.
UNFALLSNEUROSEN.

Dr. med. L. BRUNS, Nervenarzt



WIEN 1901.

ALFRED HÖLDER

K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER

I. ROTHENTHURMSTRASSE 13.

TRIMESTRIUL DE IANUARIE

ANUL XXXIII

ALLE RECHTE, INSBESONDERE AUCH DAS DER ÜBERSETZUNG, VORBEHALTEN.



1998

ANUL XXXIII

TRIMESTRIUL DE IANUARIE

INHALTS-VERZEICHNISS.

	Seite
Einleitung. Definition des Krankheitsbegriffes. Einiges über die Unfallgesetzgebung in Deutschland	1
Historisches	6
Aetiologie	17
Symptomatologie. Simulation einzelner Symptome und ihre Erkennung	29
Krankengeschichten	29
Psychische Symptome	34
Schlaf	39
Schwindel	40
Krampfanfälle	41
Gefühls- und Sinnesstörungen	44
a) Schmerzen, Parästhesien und Hyperästhesien, Mannkopf'sches Symptom	44
b) Anästhesien der Haut und der Sinnesorgane. Sonstige Störungen der Schorgane	49
Lähmungen, Contracturen, Gehstörungen	61
Die Sehnenreflexe	69
Das Zittern. Pseudoparalysis agitans hysterica (Oppenheim). Pseudospastische Parese mit Tremor (Nonne-Fürstner)	71
Sprachstörungen	75
Störungen der Hirnnerven. Kehlkopfsymptome	75
Erscheinungen von Seiten des Herzens- und Gefässsystemes. Vasomotorische Symptome. Hysterische Hämoptöe	76
Anderweitige Symptome	80
Verlauf der Unfallsneurosen. Vorkommen. Alter der Kranken	82
Diagnose der Unfallsneurosen. Forensische Fragen. Allgemeines über Simulation und Uebertreibung. Zusammenhang zwischen Unfall und Neurose. Grad der Erwerbsfähigkeit. Einiges über Gutachten	83
Prognose	107
Therapie	111
Literaturübersicht	122

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "GEORGE EMIL PALADE" TÂRGU MURĚȘ

Facultatea de Medicină și Farmacie
Catedra de Farmacologie

Disciplină: Farmacologie
Anul I, Semestrul I



Einleitung. Definition des Krankheitsbegriffes. Einiges über die Unfallgesetzgebung in Deutschland.

Unter der Bezeichnung traumatische Neurosen oder Unfallsneurosen sollen nur die nach Verletzungen und Erschütterungen des Körpers sowie nach anderen Unfällen sofort oder nach mehr weniger langer Zeit eintretenden eigentlichen Neurosen, und zwar die gewöhnlichsten derselben — die Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, die einfachen Psychosen sowie die besonders häufigen Mischformen dieser Erkrankungen — in der vorliegenden Arbeit zusammengefasst werden. Ausgeschlossen sind also zunächst alle nach Unfällen eintretenden Erkrankungen des Nervensystems, die sich auch klinisch ohneweiters als organische Erkrankungen ausweisen. Längere Zeit hatte man unter der Wucht der Erkenntniss, dass es sich bei dem grösseren Theile der Unfallsnervenkrankheiten und vor Allem bei den praktisch wichtigsten um einfache Neurosen handelte — eine Erkenntniss, die, wie wir im historischen Theile sehen werden, unter schweren Kämpfen gegenüber der ältesten Ansicht von der organischen Natur fast aller hiehergehörigen Krankheiten gewonnen war — die wirklich organischen direct oder allmählich nach Verletzungen entstehenden Nervenkrankungen etwas vernachlässigt, und erst in der neuesten Literatur ist das Interesse für dieselben unter den Autoren wieder ein regeres geworden. Heute wissen wir mit Bestimmtheit, dass — ich sehe ganz von den ohneweiters klaren peripheren Nervenverletzungen ab — auch bei einer grossen Anzahl organischer Hirn- und Rückenmarkskrankheiten das Trauma die Krankheit entweder direct hervorrufen oder sie wenigstens manifest machen, zum wenigsten ihren Verlauf verschlimmern oder beschleunigen kann. Kaum zu erwähnen brauche ich hier die eigentlichen Hirn- und Rückenmarksverletzungen — mit und ohne solche des Schädels und der Wirbelsäule — so die Contusionen, Durchblutungen und Zerquetschungen der eigentlichen Nervensubstanz, dann die Blutungen in die Häute, die sehr seltene reine Hämatorrhachis und die häufigeren Blutungen aus der zerrissenen Arteria meningea media; schliesslich die Hirnnervenverletzungen nach Basisfractur und die Folgezustände dieser Erkrankungen, die Meningitiden und die Hirn- und Rückenmarksabscesse — bei ihnen liegt das Ver-

hältniss zwischen Trauma und Erkrankung als Ursache und Wirkung auch zeitlich ohneweiters klar. Viel wichtiger ist die durch die Casuistik der neueren Zeit sicher gestellte, allerdings auch schon durch viele gute ältere Beobachtungen gestützte Thatsache, dass auch bei einer grossen Anzahl chronisch progressiver Erkrankungen des Centralnervensystems und seiner Hüllen das Trauma unter Umständen eine direct hervorrufende, häufiger eine den Verlauf verschlimmernde und beschleunigende Rolle spielt. Von den betreffenden Rückenmarkskrankheiten nenne ich hier vor Allem die Syringomyelie, dann die multiple Sklerose und die Tumoren sowohl der Häute wie der Rückenmarkssubstanz selbst; einige beweisende Fälle (Erb u. A.) haben auch gezeigt, dass eine chronische Poliomyelitis anterior oder eine amyotrophische Lateralsklerose nach Trauma entstehen kann; von den Erkrankungen der Rückenmarkshüllen, die erst secundär das Mark und seine Wurzeln betheiligen, die Wirbelcaries, die Wirbeltumoren, die Bechterew'sche Form der chronisch-ankylosirenden Wirbelerkrankung und die Kümmel'sche rareficirende Ostitis, die allerdings speciell nach Kocher auf einem primären Bruch der Wirbelkörper beruhen soll. Auch auf eine Tabes, deren eigentliche Ursache zwar die Lues ist, kann ein Trauma verschlimmernd wirken. Von den Hirnkrankheiten will ich nur nennen die umschriebene und diffuse Pachymeningitis interna haemorrhagica, das Hämatom der Dura mater; dann die acute und subacute Encephalitis non purulenta (Oppenheim, Bruns); dahin gehört auch wohl Friedmann's vasomotorischer Symptomencomplex nach Trauma; dann gewisse Fälle von Hirntumoren, vor Allem Cysten, aber auch manche Sarkom- und Endotheliomformen; schliesslich speciell nach umschriebenen Hirncontusionen eintretende, allmählich zunehmende geistige Schwächezustände, die grosse Aehnlichkeit mit der metasyphilitischen progressiven Paralyse haben. Alle diese Erkrankungen sind also in der vorliegenden Besprechung ausgeschlossen; würde ich sie mit einschliessen, so müsste mein Thema nicht traumatische, respective Unfallsneurosen, sondern Unfallsnervenkrankheiten lauten; auch sind alle diese Krankheiten schon in anderen Abschnitten dieses Werkes besprochen und von den erwähnten mehr chronisch progressiven Hirn- und Rückenmarksleiden unterscheiden sich in ihren Symptomen die traumatisch bedingten nicht weiter von den auf andere Weise hervorgerufenen. — Dass man die organischen Unfallsnervenkrankheiten scharf von den Unfallsneurosen trennt, hat einen praktischen Nutzen auch dadurch, dass bei den ersteren doch meist eine grössere oder geringere Anzahl sicherer objectiver Symptome festzustellen sind, die wenigstens die Thatsache einer vorhandenen Erkrankung ausser Zweifel rücken; gerade das ist bei den Neurosen oft besonders schwierig. Eine ganz scharfe Trennung der reinen Unfallsneurosen namentlich von solchen organischen

Nervenerkrankungen, die wahrscheinlich auf feineren aber vielfältigen, auch anatomisch schwer nachweisbaren organischen Läsionen beruhen, ist, das will ich hier schon hervorheben, allerdings kaum zu machen; namentlich wird das dann unmöglich sein, wenn diese Erkrankungen, wie meist, sich mit Symptomen reiner Neurosen verbinden; ich habe deshalb mich oben scharf dahin ausgedrückt, dass ich von meiner Beschreibung nur diejenigen Unfallsnervenkrankheiten ausschliessen will, die sich durch ihre klinischen Symptome deutlich als organische ausweisen.

Solche, wie gesagt, wahrscheinlich in der Hauptsache auf feineren, aber multiplen organischen Veränderungen der Nervensubstanz selbst oder der Blutgefässe beruhenden Erkrankungen — Schmauss hat sie besonders nach Rückenmarkerschütterungen beschrieben — kommen, wie Strümpell schon lange, dann ich, später besonders Vibert und Crocq behauptet haben, namentlich nach schweren Hirn- und Schädelverletzungen vor — ihre Symptome können sich aber durch ihre Vielseitigkeit, den Wechsel ihrer Intensität, das Hervortreten rein psychischer Symptome, den Mangel an Objectivität so sehr den reinen Neurosen nähern, dass man sie von ihnen heute noch nicht trennen und sie deshalb bis auf Weiteres mit den Unfallsneurosen zusammen besprechen muss. Auch die eigentliche Arteriosklerose der Hirnarterien, deren Verlauf, wie sich neuerdings immer deutlicher zeigt, besonders durch Unfälle in mittleren und höheren Lebensaltern oft sehr beschleunigt wird, und auf der oft der grösste Theil der Beschwerden von Unfallsverletzten dieser Kategorie beruht, zeigt nicht selten diesen Mangel objectiver Symptome; trotzdem sie also nicht eigentlich zu den Neurosen gehören, wird man ihre Folgezustände hier noch mitbesprechen.

Andererseits kann ich es praktisch nicht für nützlich halten, wie das F. Schultze vor längeren Jahren vorschlug, nun alle nach Unfall gelegentlich vorkommenden, heute wegen mangelhafter oder vollkommener Unkenntniss ihrer organischen Grundlagen noch zu den Neurosen gerechneten Nervenkrankungen mit zu den traumatischen Neurosen zu rechnen und hier zu beschreiben. Es kommen, um nur die wichtigsten zu nennen, ja auch die Chorea minor, die Paralysis agitans, die Epilepsie, der Morbus Basedowii, der Menière'sche Symptomencomplex gelegentlich nach Trauma vor; die letztere Erkrankung nach meiner Erfahrung allerdings wohl nur nach Basisfractur, also als eine Folge organischer Hirnnervenverletzung. Aber diese Erkrankungen sind lange vor der näheren Beschäftigung mit den traumatischen Neurosen (siehe S. 11) scharf umschriebene und gut bekannte Krankheitsbilder gewesen, sie kommen im Ganzen selten nach Unfällen vor und sind auch alle schon in besonderen Abschnitten dieses Werkes in eingehender Weise beschrieben. Dazu kommt, dass sie sich in klinischer Beziehung, ebenso wie gewisse oben erwähnte, orga-

nische Nervenkrankheiten, nicht bestimmt in solche traumatischer und anderer Aetiologie trennen lassen. Dieses letztere Geschick theilen mit ihnen zwar die nach Unfällen eintretenden reinen Formen der grossen Neurosen — die Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie und die Psychosen — aber ich wenigstens habe, trotz aller lebhaften Angriffe auf Oppenheim, immer daran festgehalten, dass wenigstens die von diesem Autor besonders beschriebenen Mischformen dieser Neurosen, bei denen vielleicht auch die feinen organischen Veränderungen eine Rolle spielen, und die höchstens nicht so häufig sind, wie Oppenheim nach seinen ersten Erfahrungen annahm, etwas für die traumatische Aetiologie annähernd spezifisches haben, dass Krankheitsbilder dieser Art nach anderen Ursachen kaum beobachtet werden und deshalb auch einen besonderen Namen, den vielgeschmähten, „traumatische Neurosen“ verdienen. Neuerdings sehe ich zu meiner Befriedigung, dass auch andere Autoren diesen Standpunkt theilen, z. B. R. Schulz, und ganz neuerdings Edinger und Auerbach. Also auch in Bezug auf die eigentlichen Neurosen wird sich meine Abhandlung auf die häufiger nach Körperverletzungen und Unfällen vorkommenden, speciell die sogenannten grossen Neurosen und ihre Mischformen beschränken.

Ich habe im Titel und im bisherigen Verlauf meiner Auseinandersetzungen den Ausdruck traumatische Neurosen und Unfallsneurosen promiscue gebraucht. Die Bezeichnung „Unfallsneurosen“ soll noch einen besonderen Sinn enthalten, der in der „traumatische Neurosen“ nicht ohneweiters liegt. Wir bezeichnen als Unfallsneurosen diejenigen Neurosen, welche nach körperlichen und psychischen Schädigungen eintreten, die Unfälle im Sinne der Unfallversicherungsgesetzgebung sind, und wir werden später sehen, dass man heutzutage mit Recht sowohl für die Entstehung eines Theiles der Symptome dieser Unfallsneurosen, wie ganz besonders für ihre Hartnäckigkeit diese Gesetze selbst und ihre Ausführung verantwortlich macht. Verantwortlich für die in ihrem Betriebe vorkommenden Schädigungen der Arbeiter und anderer Personen waren die Betriebsleiter in Deutschland schon durch das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 (für die Eisenbahnen waren schon 1838 besondere Gesetze für die Entschädigung Verletzter in Preussen erlassen): aber erst das berufsgenossenschaftlich geordnete Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884, seine Ausdehnungsgesetze vom Mai 1885 und 1886 und Juli 1887, sowie seine wesentlich zu Gunsten der Arbeitnehmer erfolgte Umarbeitung und Erweiterung vom 30. Juni 1900 verschafften wenigstens dem zu Unfall gekommenen deutschen Arbeiter und damit dem grössten Theile der Bevölkerung eine seiner Verletzung entsprechende Rente, bei voller Erwerbsunfähigkeit zwei Drittel seines bisherigen Arbeitslohnes, ohne weitläufige und für ihn wegen ihrer Kostspieligkeit oft undurchführbare

Processe. Aehnliche, meist den deutschen nachgebildete, aber nicht immer so weit gehende Unfallgesetze sind dann noch in anderen Ländern erlassen, so in Oesterreich-Ungarn, in Holland, der Schweiz, Italien und Spanien. Der Begriff eines Unfalles im Betriebe ist in Deutschland durch die Rechtsprechung des Reichversicherungsamtes allmählich gesetzlich festgelegt, vor Allem auch erweitert worden. Nach der Absicht des Gesetzes ist ein Unfall ein Ereigniss, wodurch der Betroffene eine Schädigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit, respective den Tod erleidet. Diese Schädigung soll aber auf ein plötzliches, zeitlich bestimmtes, in einem verhältnissmässig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereigniss zurückzuführen sein, wenn auch die Folgen dieses Ereignisses erst allmählich den Tod oder eine Körperverletzung hervorrufen. Ausgeschlossen sind also solche Schädigungen, die bei der betreffenden Arbeit langsam und allmählich wirken, wie z. B. alle sogenannten Gewerbekrankheiten. Der Unfall muss ferner in unmittelbarem oder mittelbarem ursächlichem Zusammenhange mit dem Betriebe und seinen Gefahren stehen; jedenfalls muss der Betrieb eine mitwirkende Ursache bei dem Unfälle gewesen sein. Nicht nöthig ist es, dass der Unfall eine Körperverletzung im engeren chirurgischen Sinne hervorruft; auch sogenannte innere Krankheiten können als entschädigungspflichtig betrachtet werden, wenn sie durch einen Unfall hervorgerufen werden, z. B. Lungenentzündung durch Einathmung giftiger Gase. Als Unfall kann sogar auch eine körperliche oder geistige Schädigung angesehen werden, die gar nicht durch einen materiellen Angriff des betreffenden Ereignisses, sondern durch rein seelische, durch den bei demselben überstandenen Schrecken und die Angst hervorgerufen sind. Ja, diese Angst kann eine als Unfall anzuerkennende Schädigung, ja sogar den Tod hervorrufen, wenn das ängstlich erwartete Ereigniss — z. B. eine Explosion — gar nicht eingetreten ist, eine eigentliche Betriebsstörung also gar nicht stattgefunden hat. Specieell der Inhalt der letzten beiden Sätze ist wichtig für die Beurtheilung der Entschädigungspflicht in nicht wenigen Fällen von traumatischen Neurosen. Ich muss hier übrigens hervorheben, dass wenigstens ein Theil der durch die Unfallgesetzgebung selbst hervorgerufenen, die Neurose bedingenden Schädigungen, die wir später näher erörtern werden, und die namentlich bei dem verletzten Arbeiter, und damit bei dem Gros der einschlägigen Fälle, zur Beobachtung kommen, auch für andere zu Unfall gekommene Personen zutreffen, namentlich wenn sie, wie jetzt ein so grosser Theil der Bevölkerung, privaten Unfallversicherungsgesellschaften angehören. Mit all diesen Ausführungen soll übrigens nicht gesagt werden, dass nicht auch ausgeprägte traumatische Neurosen bei nicht entschädigungspflichtigen Unfällen vorkommen; ich habe sie selbst mehrfach gesehen (siehe unten), nur sind sie dort im

Ganzen seltener, kommen weniger häufig zur ärztlichen Kenntniss und sind vor Allem weniger hartnäckig; auf diese Unterschiede soll also durch den Namen „Unfallsneurosen s. s.“ hingewiesen werden.

Historisches.

Die functionellen nervösen Erkrankungen nach Verletzungen und Unfällen sind natürlich schon von den älteren Aerzten beobachtet — namentlich aus dem XVIII. und dem Beginn des XIX. Jahrhunderts haben sich einige gute Beobachtungen erhalten — aber ein wesentliches Interesse und damit eine bessere Beobachtung und genauere Beschreibung fanden sie erst, als bei der enormen Entwicklung der Industrie und vor Allem auch der Eisenbahnen im vorigen Jahrhunderte die Unfälle und damit auch ihre nervösen Folgezustände sich häuften, und als die Entschädigungsklagen der zu Unfall Gekommenen, für deren Schaden schon nach den Haftpflichtgesetzen der betreffenden Länder die Betriebsleiter aufkommen mussten, die Aerzte sowohl der betreffenden Betriebe wie der Verletzten selbst zwangen, sich besonders intensiv mit diesen Dingen zu beschäftigen. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass wir aus dem Lande, dessen Industrie und Eisenbahnwesen zuerst einen grossen Aufschwung genommen hat, aus England, die ersten genaueren Mittheilungen über die uns beschäftigenden Krankheitsformen haben. Mit der Entwicklung der Lehre von den traumatischen Neurosen wird immer der Name Erichsen's als eines Begründers verknüpft bleiben. Erichsen hat seine Erfahrungen in zwei Abhandlungen niedergelegt, von denen die eine im Jahre 1866 erschienen ist und den Titel führt: „On railway and other injuries of the nervous system“ (diese ist auch von Kelp ins Deutsche übersetzt); die zweite, sehr werthvolle Abhandlung ist 1875 erschienen und führt den Titel: „On concussion of the spine, nervous shok and other obscure injuries of the nervous system“. Man hat in späteren Zeiten vielfach angenommen, und auch ich bin in diesen Fehler durch nicht genügende Einsicht in die Literatur verfallen, dass Erichsen die nervösen Folgen von Eisenbahnverletzungen als etwas Specificisches gerade für diese Unfallsart angesehen habe, und jedenfalls sollte man nach Einsicht in die neuere Literatur meinen, dass die Bezeichnung „Railway spine“, mit der die betreffenden Erkrankungen auch ihren ersten Einzug in die deutsche medicinische Literatur fanden, von diesem Autor stamme. Ich weiss nicht, inwieweit Erichsen durch seine erste Abhandlung zu dieser Annahme Veranlassung und Recht gegeben hat, da mir diese im Original nicht zugänglich war; aber ich kann kaum glauben, dass der Ausdruck „Railway spine“ wirklich von diesem Autor stammt (wer ihn zuerst gebraucht hat, weiss ich nicht), da er in seiner erwähnten zweiten

Arbeit direct von der „absurd appellation of the Railway spine“ spricht und an den verschiedensten Stellen hervorhebt, dass es keinen grösseren Irrthum geben könne, als die Annahme, dass die von ihm beschriebenen nervösen Unfallsfolgen nur bei Eisenbahnunfällen vorkämen; sie seien gerade so gut nach Unfällen im gewöhnlichen bürgerlichen Leben beobachtet, ja in dem grossen Theile seiner eigenen Fälle handele es sich nicht um Railway accidents. Nur das müsse man zugeben, dass vielleicht bei der Schwere und der Multiplicität der körperlichen Erschütterungen gerade bei den Eisenbahnunfällen, und vielleicht auch noch aus anderem Grunde die betreffenden nervösen Folgezustände hier besonders stark und hartnäckig seien; dass sie auch durch die mit ihnen verbundenen Entschädigungsfragen den ärztlichen Sachverständigen besonders beschäftigten (siehe in dieser Beziehung auch die früheste englische Literatur), und dass es deshalb wohl berechtigt sei, gerade die durch Eisenbahnunfälle hervorgerufenen Erkrankungen als Specimina für diese Krankheitsformen aufzustellen. Nur in diesem Sinne hat also Oppenheim Recht, wenn er sagt, dass das Studium dieser Erkrankungen von den durch Eisenbahnunfälle bedingten Erkrankungen seinen Ausgangspunkt genommen habe; in Betracht gezogen hat aber schon Erichsen die ganz gleichen Erkrankungen nach anderen als Eisenbahnunfällen (z. B. nach Sturz vom Pferde, vom Wagen etc.).

Die Beschreibung, die Erichsen von Symptomen und Verlauf der von ihm beobachteten Fälle gibt, ist eine mustergiltige und passt aufs Haar auch noch auf viele der späteren und noch heute gemachten entsprechenden Beobachtungen. Erichsen hebt vor Allem hervor, dass die nervösen Symptome meist nicht gleich nach dem Unfälle vorhanden sind, dass der Verletzte zunächst meint, gut davongekommen zu sein, nach Hause und vielleicht zuerst sogar seiner Beschäftigung nachgeht. Erst einige Tage nach dem Unfälle melden sich die Folgeerscheinungen meist unter erheblicher seelischer Erregung. Dann bildet sich allmählich im Verlaufe einiger Wochen das charakteristische Krankheitsbild aus. Erichsen erwähnt: blasses Aussehen, mangelhaftes Gedächtniss, geistige Verwirrung, Unfähigkeit zur Arbeit, Reizbarkeit, unruhigen Schlaf, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrgeräusche, nervöse Sehstörungen, Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, steifen Gang und steife Haltung, Rückenschmerzen und Wirbelempfindlichkeit, aber auch weit ausgebreitete Schmerzen, allgemeine Muskelschwäche, Herabsetzung der Geschlechtslust. Ueberblickt man diesen Symptomencomplex, der, wie gesagt, alles das enthält, was wir auch heute noch als Folgen einer erheblichen Anzahl von Verletzungen und Unfällen sehen, so nimmt es uns allerdings Wunder, dass speciell bei der grossen Anzahl solcher Erscheinungen, die wir jetzt als rein psychische bezeichnen, Erichsen als Grundlage dieser Erkrankung eine

chronische Meningomyelitis des Rückenmarkes und secundär der basalen Hirnhäute annahm, eine Annahme, die, wie wir sehen werden, die ganze erste Periode der Geschichte dieser Leiden beherrscht. Aber man muss dabei einmal in Betracht ziehen, dass sowohl Erichsen wie die zunächst auf ihn folgenden, das gleiche Thema behandelnden englischen Autoren Chirurgen waren, denen psychiatrische Kenntnisse in reichem Masse wohl nicht zu Gebote standen. Ferner ging offenbar Erichsen's ganze Anschauung von der Natur des Leidens, aus von der in vielen Fällen allerdings im Vordergrund des Symptomencomplexes stehenden Wirbel- und Rückenempfindlichkeit; daher *Railway spine*; hier, nahm man an, beginne der Process und breite sich allmählich auch cerebralwärts aus. Dazu kam, dass im Anfange jedenfalls die oben erwähnten chronisch progressiven wirklich organischen Rückenmarkskrankheiten nach Trauma nicht von den rein functionellen getrennt wurden, so z. B. ausgebreitete Muskelatrophien und selbst Rückenmarkstumoren mit ihren Folgezuständen: das bestärkte natürlich sehr in der Auffassung der organischen Natur dieser Leiden. Erichsen nahm auch an, dass die organischen Folgezustände der Rückenmarkerschütterung allmählich den Tod des betroffenen Individuums herbeiführten; dass beweisende Sectionsergebnisse für die angenommene Myelomeningitis fehlen, erklärt er aus der Länge der Zeit zwischen Unfall und Tod und der Seltenheit der Untersuchung des Rückenmarkes auf dem Sectionstische. Die historische Gerechtigkeit erfordert aber ausserdem hervorzuheben, dass Erichsen offenbar selbst nicht von der rein materiellen Auffassung seines Krankheitsbildes befriedigt war: er hebt, wenigstens in seinem zweiten Werke, die schweren seelischen Momente, den Schrecken, die Angst und Furcht, die gerade Eisenbahnunfälle begleiten, als wichtig für die Entstehung der schweren Erkrankungen nach diesen Unfällen hervor; er spricht von *mental shock*; er kennt die hysterischen Zustände nach Unfällen, wenn er auch die Hysterie „a cloake of ignorance“ nennt; er kennt auch die Spinalirritation; er weist auf die grosse Wichtigkeit der Entschädigungsfrage für die Entstehung und Dauer gerade dieser hysterischen Zustände hin; er beschreibt sehr genau hysterische und neurasthenische Anomalien der Sehfunction, wenn er sie auch auf andere Weise erklärt; kurz, er liefert in vieler Beziehung, wie auch Oppenheim hervorhebt, Bausteine für eine andere Auffassung dieser Krankheitsbilder, die einer späteren Periode vorbehalten war.

In Deutschland haben in Lehrbüchern zuerst Leyden in seiner Monographie der Rückenmarkskrankheiten und Erb in Ziemssen's specieller Pathologie und Therapie sich mit den hiehergehörigen Krankheitsbildern beschäftigt. Ihre Beschreibung lehnt sich, obgleich sie auch über eigene Erfahrungen verfügen, offenbar eng an die Erichsen's an — sie nehmen speciell Rücksicht auf Eisenbahnverletzungen — und ihre Auf-

fassung von der Natur des Leidens ist dieselbe wie die dieses Autors, eine schleichende Meningomyelitis speciell am Rückenmark; allerdings, wie Erb hinzufügt, mit gleichzeitigen erheblichen Störungen der cerebralen und bulbären Functionen. Sieht man sich speciell Erb's Zusammenstellung der Symptome an — sie unterscheidet sich kaum von der Erichsen's, hebt nur Schmerzen und Parästhesien auch in anderen Gebieten, wie dem des Rückens, hervor — so nimmt es heutzutage auch wieder Wunder, wie dieser Autor namentlich die grosse Menge rein psychischer Symptome auf die angenommene organische Erkrankung zurückführen wollte; und ferner muss ich bemerken, dass Erb unter den Symptomen auch ausgeprägte Atrophie einzelner Muskeln und ganzer Muskelgruppen anführt. Diese konnten natürlich auf nichts Anderes als auf eine organische Grundlage zurückgeführt werden; es ist aber wohl anzunehmen, dass es sich hier um eine der oben erwähnten organischen posttraumatischen Erkrankungen gehandelt hat, die also nicht in das vorliegende Gebiet gehören.

In dieselbe Zeit wie diese Lehrbuchsabhandlungen fallen ein paar casuistische Mittheilungen über die nervösen Folgen von Eisenbahnverletzungen aus der Westphal'schen Klinik in der Charité von M. Bernhard und Westphal selbst. Bernhard beschreibt das Krankheitsbild sehr genau, er weist namentlich auf die vielen cerebralen Symptome hin, hält aber an der organischen Natur der Läsionen fest. Westphal nimmt in seinem Falle multiple cerebrospinale Herde an, wie er sie kurz vorher nach Pocken beschrieben hatte. Eine ausgedehntere Arbeit speciell über die nervösen Eisenbahnverletzungen aus der gleichen Zeit, die namentlich unter den Praktikern viel Verbreitung fand, ist die von dem Berliner Eisenbahnarzt Rigler: „Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere der Verletzungen des Rückenmarkes“, die 1879 erschien. Rigler steht ganz auf dem Standpunkte von Erichsen und von Leyden, vielleicht sogar noch in schärferer Weise als diese; er nimmt für die eigentlichen „Railway spine“-Fälle eine anatomische Läsion des Rückenmarkes an und kommt dabei zu dem verwunderlichen Satze, dass eine solche nur bei Zusammenstössen und nur bei solchen Personen vorkäme, die dem Punkte des Zusammenstosses den Rücken zukehrten. (!) Trotzdem er sehr wohl auch psychische Zustände nach Eisenbahnunfällen kennt — er spricht von der Siderodromophobie, d. h. von der Angst speciell der Bahnangestellten, einen Zug wieder zu besteigen, nachdem sie einmal einen Unfall erlitten, und von der Spinalirritation — wendet er diese Erfahrungen doch nicht auf alle seine Fälle an; er sucht bei den ihm zur Untersuchung kommenden, übrigens sehr sorgfältig beobachteten Fällen, nach objectiven Zeichen von Rückenmarksverletzungen, von Myelitiden, und wo er solche nicht findet, ist er sehr leicht bereit, Simulation anzunehmen. Selbstverständlich findet er diese dann sehr häufig, und durch die von

ihm verbreitete Annahme einer solchen Häufigkeit der Simulation hat er vielleicht manchen Schaden gestiftet und zu manchem unberechtigten Simulationsverdachte Anlass gegeben.

Es ist wohl kein Zufall, dass der erste Anstoss zu einer Aenderung in der neurologischen Auffassung der hiehergehörigen Krankheiten, zu einer Emancipation von der Lehre der stets und ausschliesslich organischen Grundlagen der nervösen Folgen von Körpererschütterungen von einem Psychiater, von Moeli ausging. Denn wenn auch schon Erichsen selber und ebenso Erb, Westphal und Bernhard eine Combination von spinalen und cerebralen Symptomen angenommen hatten — damit war ja schon bewiesen, dass der alte Name *Railway spine* sicher zu eng war und dass man mindestens von einem *Railway brain and spine* hätte reden müssen, — so hielten sie doch Alle an der organischen Grundlage aller der betreffenden, auch der cerebralen Symptome — basale Meningitis, Erichsen — fest. Moeli wies an der Hand von Einzelbeobachtungen zuerst mit Nachdruck auf die psychische Natur des grössten Theiles der Symptome in seinen Fällen hin und gab noch mehr wie frühere Autoren in ätiologischer Beziehung psychischen Momenten, wie Schreck, Angst, Aufregung ihre bedeutsame Stellung. Er schlug damit, wie Oppenheim sagt, eine Brücke von seinen Beobachtungen zu den traumatischen Psychosen, die in Schlager, Skae und Krafft-Ebing ihre Bearbeiter gefunden hatten. Von Grund aus umgestaltet aber wurde die Lehre von den nervösen Unfallsfolgen erst, das muss man Oppenheim zugeben, als in den Jahren 1883 und 1884, also ziemlich gleichzeitig, eine Anzahl von amerikanischen Autoren, so Wilkes, Walton und Pufnam und an einem reichen Materiale der Berliner Charité Thomsen und Oppenheim auf die Häufigkeit sensibel-sensorischer Anästhesien bei den Unfallsverletzten hinwiesen. Während aber die amerikanischen Autoren sogleich in richtiger Weise diese Anästhesien und damit das ganze Krankheitsbild als hysterisches auffassten, konnten sich Thomsen und Oppenheim zu dieser Ansicht nicht ohneweiters bekehren. Sie fassten zwar die gefundenen Anästhesien als functionell bedingt auf, aber als Symptome einer jedenfalls von der Hysterie zu trennenden cerebralen Neurose (*Railway brain*), und da sie ausserdem in nicht wenigen ihrer Fälle sicher organische Läsionen fanden (Pupillenstarre, Sehnervenatrophie) und nicht glaubten, dass es sich hier um einfache Complicationen der functionellen Neurose handle, so waren sie auch immer noch geneigt, für die beschriebenen Unfallsnervenkrankheiten wenigstens theilweise eine organische Grundlage anzunehmen. Es ist nun, wie Oppenheim unumwunden anerkennt, ein wesentliches und bleibendes Verdienst Charcot's, mit aller Energie und gestützt auf seine

grosse Autorität, der Ansicht zum Siege verholfen zu haben, dass wenigstens der weitaus grösste Theil der nach Unfällen vorkommenden allgemeinen Nervenerkrankungen und vor Allem diejenigen, die, wie wir später sehen werden, praktisch aus allerlei Gründen zu den wichtigsten gehören, eine anatomische Grundlage nicht haben, sondern rein functioneller Natur sind. Charcot war von der Thatsache ausgegangen, dass ein grosser Theil der Symptome der Unfallsnervenkrankheiten sich in genau derselben Weise durch eine hypnotische Suggestion hervorrufen lasse — ein Umstand, der ihn übrigens mit Nachdruck auf die äusserst wichtige Thatsache der in der Hauptsache seelischen Entstehung dieser Symptome und die Bedeutung des Schreckens, der Furcht und der Angst hinwies —; er erklärte die Symptome sogar direct für autosuggestirt. Die von Oppenheim und Thomsen ebenso wie von ihm selbst und den erwähnten amerikanischen Autoren gefundenen sensibel-sensorischen Anästhesien erklärte er mit Recht für hysterischer Natur und behauptete dann, einen Schritt weitergehend, überhaupt die ganzen von Oppenheim und Thomsen geschilderten Krankheitsbilder seien Hysterie, nichts als Hysterie, und nicht etwa „ein bisher noch nicht beschriebenes Krankheitsbild“. Oppenheim warf in dem sich nun entspinrenden, theilweise lebhaften Meinungskampfe zwischen der Pariser und Berliner Schule zunächst ein, das psychische Bild seiner Kranken unterscheide sich vollkommen von dem der gewöhnlichen Hysterie — die Kranken seien gleichmässig trübe verstimmt, nicht launenhaft und wechselnd in ihrem Verhalten wie die Hysterischen; diesen Einwurf wies Charcot damit ab, dass die gleichmässige trübe Verstimmung typisch für die männliche Hysterie sei. Im weiteren Verlaufe der Debatte kam es zwischen Oppenheim und Charcot ziemlich rasch zu einer Klärung der Anschauungen, und man kann wohl sagen, zu ziemlich voller Einigkeit. Oppenheim erkannte die rein functionelle Natur seiner Unfallsnervenkrankheiten und die hysterische Natur der gerade von ihm und Thomsen urgirten sensibel-sensorischen Symptome an; Charcot und seine Schule erkannten bald, dass es sich bei den Unfallsneurosen nicht um reine Hysterie, sondern in den meisten Fällen um eine Mischung von Hysterie und Neurasthenie handelte. Hervorzuheben ist noch, dass etwa zu gleicher Zeit in England Page auf die Wichtigkeit und Bedeutung der psychischen Momente für die Entstehung der Unfallsnervenkrankheiten hinwies und damit die Bedeutung der Körpererschütterung etwas in den Hintergrund drängte; ganz übersehen hatte diese Dinge allerdings auch Erichsen ja nicht. So fand die auf einem reichen und ausserordentlich sorgfältig untersuchten und kritisch beleuchteten Materiale beruhende Monographie Oppenheim's aus dem Jahre 1887: „Ueber die traumatischen Neurosen“, die immer, wie auch die Gegner seiner Ansichten, die übrigens immer weniger geworden sind, anerkennen, einen Markstein in der Ent-

wicklung der Lehre von den Unfallsnervenkrankheiten bilden wird, und in der er die Lehre von der rein functionellen Natur der betreffenden Krankheitsbilder siegreich vertritt, einen wohl vorbereiteten Boden und zunächst wohl einmüthige Zustimmung aller erfahrenen Fachgenossen. Auch unter den übrigen Aerzten, wenigstens in Deutschland, fanden Oppenheim's Ansichten bald Eingang; wozu ganz besonders beitrug, dass Strümpell in einer kleinen Abhandlung in der ihm eigenen besonders klaren Weise dieselben Ansichten wie Charcot und Oppenheim verfocht und darlegte. Strümpell unterscheidet in einer wissenschaftlich allerdings angreifbaren Weise allgemeine traumatische Neurosen — Fälle, die im Ganzen den von Oppenheim besonders besprochenen schweren Mischformen der Neurosen entsprechen — und local traumatische Neurosen — d. h. typische Fälle hysterotraumatischer Monoplegien etc. Ganz den Oppenheim'schen Anschauungen, dass es sich bei den traumatischen Neurosen um Mischformen von Psychosen und Neurosen und speciell von Hysterie und Neurasthenie handle, angeschlossen habe auch ich mich im Jahre 1889 unter Mittheilung einer kleinen, aber die verschiedensten Formen der traumatischen Neurosen enthaltenden Casuistik.

Doch sollte die Einigkeit unter den Autoren nicht allzu lange Zeit dauern; ich will an dieser Stelle hervorheben, dass die weitere Entwicklung der wissenschaftlichen und praktischen in das Gebiet der traumatischen Neurosen schlagenden Fragen in der Hauptsache in Deutschland vor sich ging, was bei der ausserordentlichen Bedeutung und Ausdehnung der in diesem Lande zuerst eingeführten Unfallversicherungsgesetzgebung wohl nicht zu verwundern ist. Durch die Arbeit Oppenheim's hatte sich, ohne dass dieser Autor das selbst behauptet hatte — er gebraucht in seiner ersten Auflage nur einmal in einer Ueberschrift den Singular „traumatische Neurose“, sonst immer den Plural — aber wohl mit aus dem Grunde, weil die Mehrzahl seiner mitgetheilten Beobachtungen allerdings, wie Oppenheim selbst sagt, eigenartige, vom gewöhnlichen Typus abweichende Combinationen der verschiedensten Neurosen darstellten, wie man sie bei nicht traumatischer Aetiologie kaum beobachtet hatte, unter den Aerzten die Meinung verbreitet, es gebe eine nur nach Trauma auftretende, also in Aetiologie und Symptomen und speciell in der Prognose specifische Neurose, die traumatische Neurose im Singular. Beigetragen hatte zu dieser Annahme wohl, dass es auch recht bequem war, ein sonst schwer zu beurtheilendes Krankheitsbild mit diesem Namen zu decken, der zuerst auch die widerspruchslose Anerkennung der Unfallsschiedsgerichte fand. Dieser natürlich irrigen Ansicht war zuerst Eisenlohr, dann auf der Badener Versammlung südwestdeutscher Neurologen 1890 F. Schultze

und Jolly entgegengetreten: namentlich der letztere Autor erklärte aufs Schärfste, die nach Unfällen entstehenden Neurosen bildeten keine besonderen Formen, keine traumatische Neurose s. s., sondern es handele sich um die alten längst bekannten Neurosen, also um Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, echte Psychosen und um ihre Mischformen. Besonders scharf vertrat diesen Standpunkt gegenüber Oppenheim auch F. Schultze in seinem Referate auf dem Berliner internationalen Congressse 1890; die Schärfe der Meinungsdivergenz lag hier allerdings weniger auf diesem Gebiete, in dem Oppenheim, wie erwähnt, gar nicht grundsätzlich verschiedener Meinung war, als wie wir sehen werden, in der gleichzeitig in hitziger Weise und bei sehr grosser Differenz der Ansichten discutirten Frage nach der Häufigkeit der Simulation. Wie dem aber auch sei, die Richtigkeit der von Jolly und den anderen Autoren ausgeführten Ansichten über die Nichtspecificität der traumatischen Neurosen hat jedenfalls bald allgemeine Anerkennung gefunden; nachdem auch Strümpell auf dem Congressse für innere Medicin 1893 sich auf diesen Standpunkt gestellt hat, ist diese Lehre nicht mehr erschüttert worden, und auch ich habe mich schon 1891 für dieselbe erklärt. Ich habe aber schon damals und später immer wieder hervorgehoben, dass es bei den Unfallsneurosen nicht immer möglich sei, den speciellen Fall bestimmt in den besonderen Topf der Hysterie oder der Neurasthenie, respective Hypochondrie zu thun, dass es für eine ganze Anzahl der Mischformen jedenfalls praktisch sei, den Oppenheim'schen Namen traumatische Neurosen beizubehalten, und dass es nicht nöthig wäre, wie Manche wollten, ihn vollkommen mit Acht und Bann zu belegen. Neuerdings ist diese Anschauung, wie erwähnt, auch von anderen Autoren vertreten worden, so von R. Schultz und Edinger-Auerbach.

Von der Einigkeit in diesen principiellen Fragen unberührt, wogte der Kampf der Meinungen noch weiter und ist auch heute noch nicht ganz zur Ruhe gekommen auf zwei anderen Gebieten. Von den verschiedensten Seiten, ganz besonders aber von Oppenheim, Charcot und Strümpell war auf die Bedeutung der sensibel-sensorischen Anästhesien bei den traumatischen Neurosen hingewiesen worden; man bezeichnete diese Symptome als „objective“ und hielt durch ihren Nachweis eine Simulation für ausgeschlossen. Solche „objective“ Symptome waren besonders wichtig bei einem Krankheitsbilde, dessen leichte Simulationsmöglichkeit und angeblich thatsächliche häufige Simulation gerade von den Gegnern Oppenheim's scharf hervorgehoben und gegen die Haltbarkeit des ganzen Krankheitsbildes überhaupt ins Feld geführt wurde. Nun erkannte man zwar bald, dass die Hautanästhesien und die Gesichtsfeld-einengungen nicht objective Symptome im ganz strengen Sinne waren, wie z. B. eine Muskelatrophie — ein grosser Theil der Autoren, so

Oppenheim, Nonne, Wilbrandt, Sänger, König, ich selber und bis vor Kurzem auch Strümpell hielten aber wenigstens fest an der relativen Objectivität dieser Symptome und damit auch an der Wichtigkeit ihres Nachweises für eine thatsächlich vorhandene Erkrankung. O. Förster und W. König, ferner Wilbrandt und Sänger verdanken wir dann allerlei Verbesserungen speciell in der Methodik der Gesichtsfelduntersuchungen, die die Objectivität dieser Feststellungen noch erhöhen sollten: namentlich die Untersuchungen Wilbrandt's im absolut dunklen Raume können in dieser Beziehung wohl jeder Kritik Stand halten. Trotzdem hat gerade Strümpell, der ihre Bedeutung früher für sehr gross hielt, neuerdings seine Ansichten über die diagnostische Bedeutung der sensibel-sensorischen Anästhesien ganz geändert; er hält sie in keiner Weise mehr für objectiv; ja, er räth sogar ab davon, nach ihnen zu suchen, da sie häufig erst durch das Suchen darnach dem Untersuchten suggerirt würden.

Sehr hitzige, dauernde und leider auch manchmal recht persönliche Kämpfe hat bei der grossen praktischen Wichtigkeit die Frage nach Möglichkeit und Häufigkeit der Simulation der traumatischen Neurosen hervorgerufen. Es gab Autoren, die im Anfänge eine Simulationsmöglichkeit überhaupt leugneten; grösser war aber die Zahl derjenigen, die eine geradezu erschreckende Menge von Simulanten unter den ihnen zur Untersuchung kommenden Fällen fanden. Zu letzteren gehört vor Allem Seeligmüller, dann Hoffmann-Heidelberg, ferner F. Schultze. Auf dem internationalen Congresse in Berlin 1890 kam es gerade in Bezug auf die Simulationsfrage zu heissen Kämpfen zwischen diesen Autoren und Oppenheim; auch Mendel wies auf die Bedeutung der Simulation hin, wenn er sich auch in Bezug auf ihre Häufigkeit viel vorsichtiger ausdrückte als die oben erwähnten Autoren. Im Laufe der Zeit sind beide Parteien wohl von ihren schroffen Standpunkten zurückgekommen; Schuster, der vor Kurzem das Material von Mendel's Klinik und Poliklinik verwerthet hat, ist in Bezug auf die Diagnose Simulation im äussersten Masse vorsichtig; Hoffmann-Heidelberg hat sich später nicht mehr geäussert; nur Seeligmüller behauptet auch neuerdings noch die Häufigkeit der Simulation. Auf der anderen Seite haben sich die früheren Leugner doch wenigstens von der Möglichkeit einer Simulation überzeugt. Seit dem Congresse für innere Medicin in Wiesbaden 1893, auf dem die Frage der traumatischen Neurosen ein Hauptthema bildete, nimmt man im Allgemeinen an, dass eine Simulation des gesammten Krankheitsbildes sehr selten, eine Uebertreibung aber und eventuell die Simulation eines einzelnen Symptomes verhältnissmässig häufig sei; diese Ansicht bezieht sich aber nur auf die Unfallsneurosen mit Entschädigungspflicht; bei denen, wo die Frage einer Entschädigung wegfällt, werden die Krankheitssymptome sogar oft geringer angegeben als sie sind (Sänger, Jeremias). Besonders

hervorgehoben wird in neuester Zeit auch die Schwierigkeit des sicheren Nachweises einer Simulation; man thut gut, in allen zweifelhaften Fällen ein „non liquet“ auszusprechen; ja nach den neuesten Ansichten Strümpell's über die Psychologie der traumatischen Neurosen und speciell der traumatischen Hysterie, die ich übrigens vollkommen theile, kann man zwar wissenschaftlich und theoretisch, aber nicht in der Praxis scharfe Unterschiede zwischen einem hysterischen und einem simulirten Symptome feststellen.

Ausserordentlich wichtig sind die weitergehenden Kenntnisse, die wir in den letzten Jahren über die Aetiologie speciell der Unfallsneurosen s. s. gewonnen haben. Früher kannte man in dieser Beziehung zunächst die körperliche und seelische Erschütterung durch das Trauma selbst, wobei von den älteren Autoren mehr Werth auf die ersteren, von den späteren mehr auf die letzteren Momente gelegt wurde. Dazu kamen die dem Trauma manchmal einige Tage nachfolgenden Schmerzen, die Sorge um die Arbeitsfähigkeit, die Erhaltung der Familie, hypochondrische Vorstellungen.

Nun hatte zwar schon Erichsen, wenigstens in seiner zweiten Arbeit, auf die Bedeutung der Entschädigungsfrage selbst und der sich daran knüpfenden Prozesse für die Hartnäckigkeit speciell hysterischer Symptome nach Unfällen hingewiesen; aber erst A. Hoffmann hat 1891 in einer später mehr gewürdigten Arbeit bestimmt darauf aufmerksam gemacht, dass die Unfallgesetzgebung und ihre Handhabung geradezu traumatische Neurosen heranzüchte. Dahin gehören der directe Hinweis auf die Möglichkeit schwerer Folgen nach kleinen Unfällen in den Fabriksordnungen, die lange hingezogenen Verhandlungen über die Festsetzung der Rente, der Widerstreit in den Ansichten der Aerzte, die Schwierigkeit des Simulationsnachweises etc. etc. Gerade das verführerische Beispiel solcher, die die Aerzte getäuscht hätten, führe zu einer Art psychischer Degeneration und Willensschwäche der Kranken, die sie verhindere, auf eine einmal empfangene Rente freiwillig zu verzichten und den Kampf des Lebens wieder aufzunehmen. Strümpell hat nun neuerdings (1895) in einem sehr gedankenreichen Aufsätze einen Theil dieser von A. Hoffmann aufgeworfenen Fragen wieder aufgenommen und schärfer präcisirt. Er hat das Schlagwort „Begehrungsvorstellungen“ für die Aetiologie und für die Hartnäckigkeit der Unfallsneurosen in die Discussion geworfen; der Verletzte denke heute nach einem Unfälle zunächst daran, eine möglichst hohe Rente zu erlangen und sei nur schwer dazu zu bewegen, diese ganz oder theilweise bei Besserung seiner Arbeitsfähigkeit wieder aufzugeben. Wie bedeutsam die Entschädigungsfrage für die Entstehung und vor Allem für die persönliche Bewerthung der Unfallsneurosen von Seite der Kranken ist, zeigen die Beobachtungen von Sängler und Jeremias, dass Neurotiker ohne

Entschädigungsansprüche ihre Beschwerden oft geradezu s. v. v. untertreiben. Einen anderen Theil der Bemerkungen Hoffmann's hat Jolly neuerdings wieder aufgegriffen; er hält es für besonders schädlich, dass die Verletzten durch ewige Processe, immer wiederholte ärztliche Untersuchungen nie zur Ruhe kämen und geradezu in einen Kampf um die Rente gedrängt würden, der häufig aus ihnen sogar verbissene Querulanten mache. Ich komme natürlich auf diese wichtigen Fragen und auf die von den Autoren gemachten Verbesserungsvorschläge noch eingehend zurück.

A. Hoffmann hat auch, nach Oppenheim, besonders darauf hingewiesen, wie häufig gerade bei den Arbeitern Alkoholismus und Lues seien; beide möchten doch wohl zur Entstehung von traumatischen Neurosen disponiren. Mit diesen Fragen hat sich Sänger später eingehend beschäftigt; auch hebt er die Häufigkeit frühzeitiger Arteriosklerose bei den Arbeitern und ihre Bedeutung für die Entstehung von Unfallsneurosen gebührend hervor. Auch nach meiner Ansicht kann man die Arteriosklerose nicht überschätzen; namentlich möchte ich, wie übrigens auch F. Schultze schon 1891, das frühzeitige Eintreten von präseniler Demenz nach Unfällen, die Arbeiter an der Grenze des 60. Lebensjahres treffen, auf diese Arteriosklerose und ihre Verschlimmerung und Beschleunigung durch den Unfall beziehen. Schliesslich möchte ich noch erwähnen, was ich übrigens oben schon gethan, dass man nenerdings doch wieder mehr wie vor einigen Jahren auch bei den hier zu besprechenden Krankheiten die Möglichkeit feiner disseminirter organischer Veränderungen des Centralnervensystems zulässt — namentlich bei den besonders schweren Mischformen der traumatischen Neurosen — das thun namentlich Strümpell, ferner Crocq fils, Vibert und Coombs Knapp; ich selber glaube an solche organische Veränderungen besonders bei den mit schweren Schädelverletzungen verbundenen Krankheitsfällen. Es müsste sich dann um solche kleinere versprengte Nekrosenherde handeln, wie sie zuerst Schmauss, später auch ich und Andere nach Rückenmarkerschütterungen nachgewiesen haben. Crocq fils und Vibert gehen ganz neuerdings wieder so weit, eine Eintheilung in leichte und schwere traumatische Neurosen zu machen und alle letzteren auf solche organische Verletzungen zurückzuführen; auch Stepp ist ihnen in Bezug auf die Eisenbahnneurosen wieder gefolgt, weil er bei diesen besonders schwere körperliche Erschütterungen annimmt, was aber gar nicht für alle Fälle zutrifft.

Ueberblickt man noch einmal kurz diesen historischen Abriss, so wird man sagen müssen, den Fragen, die heute sichergestellt und entschieden sind, stehen noch ebensoviele strittige und unklare gegenüber; besonders aber ist interessant, dass, wie gerade die letzten Bemerkungen zeigen, auch hier, wie so oft in der Medicin, ein gewisser Kreislauf der

Meinungen stattfindet: dass alte, wie man meint abgethane Fragen und Anschauungen wieder auftauchen und sich von Neuem, vielleicht in etwas veränderter Form, Geltung zu verschaffen suchen. Einen genauen Einblick in diesen Wechsel der Anschauungen und einen Ueberblick darüber, welche Einzelfragen jeweils in dem Mittelpunkt des Interesses standen, kann man durch die Lectüre der kritischen Referate über die traumatischen Neurosen und Unfallsnervenkrankheiten gewinnen, die ich seit dem Jahre 1890 alljährlich für die Schmidt'schen Jahrbücher verfasst habe; nicht wundern wird man sich darüber, dass auch meine Ansichten in manchen Dingen etwas geschwankt, in anderen sich allmählich geändert haben.

Aetiologie.

Die Ursache der traumatischen, respective Unfallsneurosen bildet in erster Linie selbstverständlich das Trauma, respective der Unfall selbst. In Betracht kommen Unfälle der verschiedensten Art, von den Eisenbahnzusammenstößen mit ihren oft schweren allgemeinen Körpererschütterungen bis zur leichtesten peripheren Verletzung; ja, es kann eine mechanische Einwirkung auf den Körper des Verletzten ganz fehlen, in den Fällen, wo Schrecken und Angst die einzigen Folgen des Unfalles waren oder wo dieser sogar gar nicht eintrat, sondern nur ängstlich erwartet wurde. Aber einen tieferen Einblick in die Entstehung und allmähliche Entwicklung der Unfallsneurosen wenigstens haben wir mit dieser Feststellung natürlich nicht gewonnen, denn ein in seiner Art vielleicht ganz gleicher Unfall kann bei verschiedenen Individuen auf sehr verschiedene Weise auf das Nervensystem einwirken, ich möchte sagen auf verschiedenen Wegen in dasselbe eindringen und allmählich die ausgebildete Unfallsneurose erzeugen. Wie im historischen Theile schon ziemlich genau ausgeführt, war die ältere von Erichsen inaugurierte und lange Zeit festgehaltene Ansicht die, dass es sich bei den hiehergehörigen Fällen um durch die Erschütterung direct hervorgerufene organische Veränderungen speciell der Rückenmarks-, dann der Hirnhäute und auch des Rückenmarkes selbst handle; im Wesentlichen um eine chronische Meningomyelitis; den Ausgangspunkt bilde die Erkrankung der Rückenmarkshäute; erst secundär würde das Gehirn betheilt. Namentlich die als Railway spine bezeichneten Fälle wurden in dieser Weise erklärt. Als später im Wesentlichen durch das Verdienst Oppenheim's, Charcot's und Page's die Ansicht der functionellen Natur der sogenannten traumatischen Neurosen sich siegreich Bahn brach, trat der anatomische Standpunkt eine Zeitlang ganz in den Hintergrund. Ich muss zwar bestimmt betonen, dass Oppenheim wenigstens auch der materiellen Erschütterung des Centralnervensystems für die Entstehung seiner traumatischen Neurosen

stets eine wesentliche Bedeutung beigemessen hat; aber er nimmt nicht an, dass diese z. B. im Rückenmarke zu materiellen Veränderungen führte; er führt direct auf sie nur Zerrungen von Muskeln und Bändern der Wirbelsäule und vielleicht kleine Blutungen in die Rückenmarkshäute zurück, die dann wieder durch manchmal recht hartnäckige Schmerzen die Neurose hervorrufen oder vorbereiten sollen. Diese Ansicht von der, wenigstens in Bezug auf das Nervensystem selber, rein functionellen Natur der traumatischen Neurosen ist jedenfalls nach (zeitlich) Oppenheim in Deutschland lange die alleinherrschende gewesen. Zwar hat Strümpell schon früh (1893) hervorgehoben, dass wenigstens für die Unfallsfolgen nach schweren Kopfverletzungen er geneigt sei, feinere disseminirte organische Veränderungen mit progressivem Verlauf anzunehmen: auch ich bin stets der Meinung gewesen, dass es sich in solchen Fällen, namentlich wenn die Zeichen einer schweren Hirnerschütterung — wie Bewusstlosigkeit, Erbrechen — oder auch eine Basisfractur bestanden hatten, um etwas Besonderes handele. Gestützt wurden diese Ansichten sehr wesentlich durch die experimentellen Resultate von Schmauss, der auch nach geringeren, aber wiederholten Erschütterungen des Rückenmarkes feinere organische Läsionen in demselben nachweisen konnte und dadurch, dass man solche feinere versprengte Degenerationsherde auch beim Menschen in der Nähe grosser Quetschungsherde der Medulla nachwies (Bruns u. A.). So finden sich, wie oben schon erwähnt, in der neuesten Literatur immer reichlicher wieder die Versuche, wenigstens theilweise die schweren Formen der sogenannten traumatischen Neurosen auf solche organische Veränderungen, feine moleculäre Alterationen zurückzuführen; ja, wie oben angeführt, gehen manche Autoren schon wieder so weit, alle schweren traumatischen Unfallsfolgen als organisch bedingt anzusehen, namentlich wenn ihnen eine schwere allgemeine Körpererschütterung vorherging. Natürlich können solche Anschauungen nur gestützt werden durch die Beobachtungen von allmählich, aus rein functionellen Symptomen sich entwickelnden schweren organischen Nervenkrankheiten nach Trauma; sehr interessant ist in dieser Beziehung die Mittheilung Erb's über chronisch progressive spinale Muskelatrophie nach Trauma.

Organisch bedingt können wenigstens theilweise die Symptome der traumatischen Neurosen auch indirect durch Gefässerkrankungen sein. Ich verweise in dieser Beziehung auf den sogenannten vasomotorischen Symptomencomplex von Friedmann, bei dem es sich um entzündliche Veränderungen um die Gefässe, also um eine Art Encephalitis handelte. Dann folgt, bei älteren Individuen vor Allem, auf das Trauma leicht eine rasch fortschreitende Arteriosklerose, besonders auch der Hirnarterien. Dass in Folge eines Unfalles aus nervösen Herzstörungen, namentlich andauernder Herzbeschleunigung, allmählich eine ausgeprägte Herzmuskel-

erkrankung sich ausbilden kann, hat Oppenheim schon früh hervor-gehoben; ich habe das mehrmals bei Verletzungen gesehen, bei denen, da es sich um privatrechtliche Ansprüche auf Grund des Haftpflicht-gesetzes handelte, die Regelung der Entschädigungsansprüche sehr lange sich hinzog und vorübergehend zweifelhaft war. Kronthal hat in einem hiehergehörigen Falle die Arteriosklerose auch anatomisch nachgewiesen. Oppenheim hat ja jedenfalls Recht, wenn er annimmt, dass diese Arterio-sklerose, wenigstens in ausgeprägter Form, nicht schon vor dem Trauma vorhanden ist oder gleichzeitig mit ihm entsteht, sondern als Folge des Unfalles allmählich sich entwickelt, also zunächst auch nicht die primären Unfallsfolgen bedingen kann; aber später kann sie doch auch selbstständig nervöse Symptome hervorrufen, die dann auch Folgen des Unfalles sind, aber organisch bedingte.

Hier gehören auch wohl einige Worte über die Prädisposition zu den Unfallsneurosen. Es ist wohl ganz sicher, und wie gesagt, haben darauf Oppenheim schon in der ersten Auflage seiner Mono-graphie, später vor Allem A. Hoffmann und Sängler hingewiesen, dass bei unseren Arbeitern bei Vielen der Alkoholismus, bei nicht Wenigen auch die Syphilis zur Acquirirung von Neurosen disponire. Auch damit hätten wir dann eine gewisse organische Grundlage. Auch wird man ohneweiters zugeben müssen, dass sicher auch in den hier zu-meist in Betracht kommenden Bevölkerungskreisen die erbliche Dispo-sition zu Nervenerkrankungen keineswegs selten ist und, wenn vorhanden, auch für die Entstehung von Unfallsneurosen von grosser Bedeutung sein wird; aber ihr Nachweis ist speciell in der Arbeiterbevölkerung kaum zu führen. Praktisch sind übrigens diese Fragen nur von geringerer Bedeu-tung, weil mit Recht auch bei dem Vorhandensein prädisponirender Mo-mente die Unfallsgesetzgebung eine Entschädigung gewährt, wenn die Verringerung der Arbeitsfähigkeit erst nach dem Unfalle eingetreten ist.

Können wir uns also auch der Ansicht nicht verschliessen, dass bei einem gewissen Theile der heute zu den Unfalls-neurosen gerechneten Fälle — streng genommen gehören sie ja dann nicht hieher — organische Veränderungen wenigstens die Ursache eines Theiles der Symptome sind, so darf das doch nicht die mühsam errungene Erkenntniss erschüttern, dass die weitaus meisten Unfallsnervenkrankheiten echte Neurosen ohne jede anatomische Grundlage sind, und dass für ihre Ent-stehung wie auch für die gleichen Neurosen ohne Trauma, nicht physikalische, sondern psychische, nicht materielle, son-dern seelische Erschütterungen die Hauptrolle spielen. Nur so ist es auch zu erklären, dass Schwere des Unfalles und Folgen desselben so oft in gar keinem Verhältnisse stehen; nach den kleinsten Verletzungen

grobe Störungen, nach ganz schweren manchmal gar keine. Auch die psychischen Erschütterungen durch das Trauma sind mannigfacher Art. Lange bekannt und in seiner Bedeutung ohneweiters klar ist der den Unfall so oft begleitende Schreck; auf ihn hat auch Erichsen schon hingewiesen. Seine Bedeutung tritt besonders in den Fällen scharf hervor, wo er, respective die Angst, ganz allein in Betracht kommen, wo ein ängstlich erwarteter Unfall gar nicht eintritt, wie z. B. eine Explosion oder ein Eisenbahnzusammenstoss, wo vielleicht der später Erkrankte in furchtbarer Aufregung noch mit Aufbietung aller seiner Körperkräfte den Unfall verhütet hat. Gerade diese Fälle haben natürlich die Autoren mit besonderem Nachdruck auf die wesentliche Bedeutung seelischer Momente als Ursachen für die Unfallsneurosen hingewiesen; auch kennen wir ja seit Langem für andere Neurosen, wie z. B. Chorea, Epilepsie und vor Allem die Hysterie die Thatsache, dass sie ein einmaliger heftiger Schreck hervorrufen kann. Im einzelnen Falle kann je nach Art des Unfalles und des betroffenen Individuums die Grösse des Schreckens und der Angst und ihre Wirkung eine sehr verschiedene sein. Ich habe schon 1889 hervorgehoben, dass, z. B. bei Eisenbahnunfällen, die seelische Erregung eines Locomotivführers, der den Unfall kommen sah und ihn vielleicht noch mit dem Aufgebote aller ihm zu Gebote stehenden geistigen und körperlichen Energie zu verhüten gesucht hat, eine viel grössere sei als die des Reisenden, der ruhig in seinem Coupé schläft und vielleicht erst aufwacht, wenn der Unfall schon vorüber ist; ich habe darauf die grössere Häufigkeit der Eisenbahnneurosen bei den Beamten als bei den Passagieren zurückgeführt.*) Auch Erichsen war es schon aufgefallen, dass schlafende Passagiere oft sehr geringe Unfallsfolgen nach Eisenbahnunfällen davontrugen; da die materiellen Erschütterungen bei schlafenden Passagieren nicht geringer zu sein brauchen wie bei wachenden, hätte ihn dieser Umstand ganz besonders auf die Wichtigkeit psychischer Vorgänge bei der Entstehung der traumatischen Neurosen hinleiten müssen.

Sehr bedeutend sind Angst und Schrecken meist bei Massenunglücken, besonders bei solchen, deren Wirkung man sich nicht rasch entziehen und deren Dauer, Wiederkehr und Wirkung man in keiner Weise abschätzen kann — so haben französische Autoren nach dem letzten Erdbeben an der Riviera viele Fälle schwerer Hysterie beobachtet. Auch ist die Wirkung der Angst natürlich eine viel grössere, wenn der zu Unfall Gekommene lange Zeit vielleicht mit schweren anderen Verletzten und in nächster Nähe von Todten in der von dem Unfälle geschaffenen Lage, die auch sein Leben gefährdet, bleiben muss, ehe ihm Hilfe und Rettung zutheil

*) Dasselbe bestätigt ganz neuerdings Sängler in einem Artikel in der Monatschrift für Psych. u. Neurol.

wird, wie das z. B. nach Häusereinstürzen, Verschüttungen und schweren Eisenbahnunfällen nicht so selten ist.

Man hat die Wirkung der Furcht und des Schreckens beim Unfälle, mit einem Worte den ihn begleitenden psychischen Shok noch mehr zu analysiren gesucht und vor Allem mit dieser Analyse eine nähere Erklärung für die Entstehung ganz umschriebener Lähmungen, Anästhesien und Sinnesstörungen, also für die speciell hysterischen Symptome geben wollen. Ich habe schon erwähnt, dass Charcot, der den hystero-traumatischen Symptomen vollkommen gleichende durch Suggestion in der Hypnose hervorrufen konnte, annahm, der Verletzte gerathe durch das Trauma in einen der Hypnose ähnlichen Zustand und suggerire sich dann selbst die betreffenden Symptome, vor Allem in dem vom Trauma hervorragend betroffenen Gliede. Dagegen ist nun, mit einigem Rechte, eingewandt, dass das Trauma, z. B. ein Blitzschlag*), unter Umständen sofortige Bewusstlosigkeit hervorrufe, und dass nach dem Erwachen aus dieser schon die hysterische Lähmung vorhanden sei: da sei doch keine Möglichkeit zur Autosuggestion gegeben. Oppenheim hat gerade mit Rücksicht auf diese Fälle die Hypothese aufgestellt, dass durch das Trauma eines peripheren Körperorganes, z. B. eines Armes, im Centrum auf direct mechanischem Wege die Erinnerungsbilder für die Bewegungen desselben ausgelöscht werden könnten: damit wäre eine hysterische Lähmung erklärt. Beide Deutungsversuche sind sehr geistreich, aber sie sind reine Hypothesen und fordern zu manchen Widersprüchen heraus; vielleicht ist es besser, einfach heute die Thatsache anzuerkennen, dass grobe nervöse Functionsstörungen auf rein psychischem Wege durch den seelischen Shok des Unfalles hervorgerufen werden können, ohne sich auf zu gewagte Detailhypothesen über die Entstehungsart im einzelnen Falle einzulassen.

Mit dem Schrecken und der Angst sind nun aber die seelischen Erregungen, die auf den Unfallsverletzten einwirken können, keineswegs abgeschlossen. Ich komme jetzt auf Umstände, die wir theilweise erst in den letzten Jahren unter der Herrschaft des Unfalls- und Haftpflichtgesetzes in ihrer Bedeutung näher kennen gelernt haben und die zum Theil nur für die Neurosen nach Unfällen im Sinne dieser Gesetze, die Unfallsneurosen, in Betracht kommen. Da wenigstens die Unfallgesetzgebung in Deutschland am längsten besteht und auf die weitesten Kreise ausgedehnt ist, haben natürlich vor allen Dingen, wenn auch nicht ausschliesslich — ich verweise nur auf die älteren englischen Autoren — deutsche Aerzte in diesen Dingen Erfahrungen gesammelt und mitgetheilt. Häufig ist — ich nehme hier einen concreten Fall, wie er oft für Arbeiter oder Beamte nach Unfällen zutrifft — der weitere Verlauf einer Unfallssache der

*) Hier spielt wohl auch die directe Wirkung des elektrischen Schlages auf die Nervensubstanz eine Rolle mit. (Hoche.) (Anm. bei der Correctur.)

folgende; ich will dabei darauf hinweisen, wie wenigstens die nachstehenden Angaben über die erste Periode der Entwicklung der Unfallsneurose fast genau übereinstimmen mit den Angaben, die schon Erichsen über diese Zeit gemacht hat. Der erste Schreck über den erlittenen Unfall ist überwunden; ernstliche chirurgische Verletzungen sind nicht vorhanden, geringere werden zweckentsprechend behandelt. Der Kranke begibt sich — unter Umständen sogar zu Fuss — von der Unfallsstätte nach Hause und fühlt sich zunächst ganz wohl, ja, er kann in den nächsten Tagen noch wieder an die Arbeit gehen. Dann erst stellen sich, wie oft nach körperlichen Erschütterungen, allmählich zunehmende, die verschiedensten Körperstellen betreffende Schmerzen ein — sie sind Folgen von Contusionen, Beulen, Sehnen- und Muskelzerreissungen, vielleicht auch kleineren Blutungen in die Häute des Rückenmarkes — sie sind also zuerst organisch bedingt. Der Kranke kann nun nicht mehr arbeiten, legt sich ins Bett; trotzdem nehmen die Schmerzen, speciell die Rückenschmerzen, in den ersten Tagen noch zu. Der Kranke, der durch den Unfall selbst in seinem seelischen Gleichgewichte noch erschüttert ist, wird nun sehr erregt und ängstlich, er fragt sich, was wird aus mir werden, wird es mit mir auch so gehen wie mit Dem und Jenem, der aus gleichem Anlasse ein Krüppel wurde? Nun kommt das ängstliche Achten auf jedes Symptom, die hypochondrischen Befürchtungen und Erwartungen, die der schmerzungewohnte Kranke an jede Parästhesie, an jeden Schmerz knüpft, und durch die er alle Symptome direct verschlimmert. Dann wird der Schlaf schlecht, der Appetit verringert sich, schon in Folge der ungewohnten Bettruhe; durch das ewige Grübeln über die Schwere der Erkrankung tritt Kopfdruck und Kopfschmerz ein, kurz es entwickelt sich eine ausgeprägte hypochondrische Neurasthenie. Bei dem Arbeiter, der mit seiner Familie von der täglichen Arbeit seiner Hände von der Hand in den Mund lebt, kommen natürlich auch gleich Sorgen um die Existenz dieser Familie hinzu; sie steigern sehr erheblich die nervöse Erregung des Patienten. Vermehren dann, wie so oft, „gute Freunde“ diese Erregung noch durch Erzählung von allerlei Schauergeschichten über ähnliche Fälle, ist der Arzt unvorsichtig und stellt, unbewusst schädliche Suggestionen gebend, die Prognose der Erkrankung möglichst schlecht, so ist die Unfalls-hypochondrie, respective Neurasthenie fertig. Denn die beschriebenen Umstände kommen natürlich nur für diese Neurosenformen in Betracht, nicht für die reinen Hysterien, deren typische Symptome wenigstens meist gleich oder sehr bald nach dem Unfälle vorhanden sind.

Wenn ich oben hervorgehoben, dass ein Theil der psychischen, nach dem Unfälle eintretenden, die Neurose entwickelnden Momente nur nach Unfällen mit Entschädigungspflicht eintreten, so trifft diese Einschränkung jedenfalls nicht zu für die bisher erörterten Dinge. Die hypochon-

drischen Vorstellungen, die aus den Schmerzen in Folge der Verletzung entstehen, die Sorge um die Existenz und um die Möglichkeit der ferneren Ausübung des Berufes, alle diese Dinge können und werden natürlich eben so gut eintreten bei Unfällen ohne wie mit Entschädigungspflicht; ja, man sollte denken, namentlich die Existenzsorgen noch eher bei den ersteren. So habe ich z. B. öfters bei Officieren nach Sturz vom Pferde bei Reit- und Rennübungen ausgeprägte traumatische Neurosen mit sehr schweren hypochondrischen Ideen entstehen sehen. Aber hier trat fast immer in absehbarer Zeit die hypochondrische Idee des Nichtkönnens zurück vor der überwerthigen Idee, den Beruf wieder aufnehmen zu müssen, da davon nicht nur seine Existenz, sondern auch die Erfüllung aller der Hoffnungen, die der Kranke sich auf weiteres Fortkommen und die Erlangung einer hervorragenden Lebensstellung gemacht hatte, abhiengen. Ich habe es oft erlebt, dass auch in diesen Fällen der Wiederbeginn der Arbeit s. v. v. — z. B. das erste Besteigen des Pferdes — vor Allem aber das erste Nehmen des Hindernisses, bei dem vielleicht der Unfall passirt war, dem Kranken sehr schwer wurde, und dass er ehrlich eingestand, Angst davor zu haben; aber schliesslich kriegte er, wie ein solcher Kranker das ausdrückte, „den inneren Schweinehund“ unter; nun war das Spiel gewonnen und bald volle Gesundheit wieder erreicht. Mit einem Worte, traumatische Neurosen entstehen auch in diesen Fällen, ihr Entstehungsmodus ist sogar oft ganz derselbe wie bei den eigentlichen Unfallsneurosen; aber aus inneren, an der Person haftenden, und aus äusseren Gründen ist ihre Prognose eine bessere und ihre Dauer eine kürzere.

Anders ist der Verlauf nun in den meisten Fällen beim unfallsverletzten Arbeiter. Ein ruhig und sicher auftretender Arzt kann es auch hier allerdings oft erreichen, dem Kranken annähernd die Ueberzeugung von der Geringfügigkeit seiner Unfallsfolgen beizubringen oder den hypochondrischen Patienten durch energischen Zuspruch wieder zur Arbeit zu bringen. Aber der Patient geht mit einem gewissen Widerwillen an diese Arbeit, die er nach seiner Ansicht nicht nöthig hat, da er erstens noch nicht ganz gesund ist, zweitens auch eine Rente bekommt, die ihn vor directer Noth schützt. Er macht aber doch den Versuch; sein Krankenlager hat ihn von Muskelarbeit entwöhnt, die Arbeit wird ihm also sehr viel schwerer als früher; es kann vorkommen, dass beim Wiederbetreten der Arbeits- und Unfallsstelle alle die schreckhaften Empfindungen mit voller Macht wieder auf ihn eindringen, die er beim Unfälle durchgemacht hat; er wird aufs Neue ängstlich, schwindlig, muss die Arbeit aufgeben und nach Hause gehen; ein neuer Abschnitt seiner Lei-

denszeit beginnt nun. Denn nun ist natürlich die Idee des Nichtkönnens eine erheblich stärkere bei ihm geworden; sicher sind auch beim weniger gebildeten und eine weniger hervorragende Lebensstellung einnehmenden Menschen, ohne dass sie deswegen ein Vorwurf trifft, die inneren aus seiner Person wirkenden und die äusseren von der Umgebung ausgehenden Momente und Vorstellungen, die zur Ueberwindung der psychischen Schwäche und zu immer wiederholten und schliesslich glückenden Versuchen der Arbeit führen, weniger reichlich vorhanden als bei den Gebildeten und gesellschaftlich Höherstehenden, und es fehlt ihnen oft die bei letzteren vorhandene zwingende Kraft. Das ist nun der Zeitpunkt — denn hier setzt das Rentenfestsetzungsverfahren ein — wo besonders diejenigen Umstände zur Verschlimmerung und Consolidirung der Unfallsneurosen beitragen, die Strümpell unter dem Schlagworte Begehrungsvorstellungen zusammenfasst. Der unfallverletzte und arbeitsunfähige Arbeiter erhält eine Rente, die zwar bei voller Arbeitsunfähigkeit erst zwei Drittel seines früheren Arbeitsverdienstes ausmacht — nur wenn er ganz hilflos ist und specieller Pflege bedarf, kann nach dem Gesetze von 1900 die volle Summe des früheren Arbeitsverdienstes gewährt werden — aber dies Geld ist ihm ein sicheres, es wird ihm ohne jede Arbeit gewährt. Da wird es nun vielen Arbeitern schwer, durch eine theilweise oder vollständige Wiederaufnahme der Arbeit auf diese mühe-lose Einnahme zu verzichten. Ja, unter Umständen kann der Arbeiter mit dieser Rente und kleiner Hilfeleistungen in hauptsächlich von seiner Frau betriebenen Geschäften, z. B. in Wirthschaften, Wäschereien, sogar mehr verdienen als früher bei voller Arbeit. Nun prüft der Kranke, wie Strümpell sagt, alle seine Gliedmassen ängstlich darauf, um wie viel sie wohl in ihrer Leistungsfähigkeit gelitten haben, und schliesslich suggerirt er sich unbewusst alle die Functionsstörungen, die er zu haben wünscht, um eine möglichst hohe Rente zu erreichen. So kommt es, dass dem Kranken schliesslich gar nichts mehr daran liegt, geheilt oder gebessert zu werden, dass alle solche Versuche sogar auf einen widerwilligen, ja manchmal direct widerstrebenden Patienten stossen; ja, dass der Kranke es schliesslich sogar als ein Unrecht gegen sich oder als einen Versuch, ihn finanziell zu schädigen, ansieht, wenn man überhaupt Besserungsversuche bei ihm macht.

Ich erkenne also, wie aus dem Vorstehenden wohl ersichtlich, vollständig die Richtigkeit der Anschauungen Strümpell's an, wenn er in den Begehrungsvorstellungen ein die Unfallsneurosen wesentlich befestigendes, verschlimmerndes und dauerhaft machendes Agens sieht. Aber ich glaube, dass er darin zu weit geht und ich kann ihm darin nicht folgen, wenn er nun den Begehrungsvorstellungen überhaupt die wesentlichste und be-

der Entstehung der eigentlichen Unfallsneurosen im engeren Sinne fast die alleinige Rolle zuschreibt und geneigt ist, die den Unfall begleitenden und auf ihn folgenden seelischen Erregungen, wie den Schrecken, die hypochondrischen Befürchtungen um Leben und Gesundheit, die Sorge um die Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit und die Existenz der Familie ganz in den Hintergrund zu schieben. Strümpell meint, heute sei die erste Frage eines Arbeiters nach einem erlittenen Unfälle: „Werde ich eine Unfallsrente bekommen und wie viel werde ich bekommen?“ Den Wunsch, eine solche Unfallsrente zu bekommen, habe wohl jeder verletzte Arbeiter; ja, die meisten bildeten sich ein, sie könnten eine solche auch als eine Art Schmerzensgeld beanspruchen, auch wenn sie eine Einbusse an Arbeitsfähigkeit gar nicht erlitten hätten. Diese Sucht nach der Rente veranlasse dann den Arbeiter, sein Leiden im Sinne der Erlangung einer möglichst grossen Entschädigung als möglichst schwer anzusehen; schliesslich suggerire er sich alle die Symptome, die er zu haben wünsche. Sicher — das will ich zugeben — kann es manchmal so sein, wie Strümpell es hier darstellt, aber ich glaube, es wird nur selten so sein. Die ersten psychischen Erreger der Unfallsneurose sind in den meisten Fällen nach meiner Ansicht doch die schreckhaften Umstände des Unfalles selbst und die Schmerzen und hypochondrischen Befürchtungen des ersten Krankenlagers; erst in einer späteren Periode, wenn der Kranke durch lange Entwöhnung von schwerer körperlicher Arbeit und vielleicht nach einigen vergeblichen Versuchen, dieselbe wieder aufzunehmen, zu derselben überhaupt zu bequem geworden ist und die mühelos ihm zufallende Rente ihn vor eigentlicher Noth schützt, treten die Begehrungsvorstellungen in aller Nacktheit in Kraft, und der Kranke kann sich dann nicht mehr entschliessen, durch die Wiederaufnahme der Arbeit, sein „Recht“ auf die Rente aufzugeben. Man möge übrigens nicht glauben, dass diese Begehrungsvorstellungen nur bei dem unfallverletzten Arbeiter vorkämen, wo sie noch am ersten entschuldbar sind; das wäre ein grosser Irrthum und ein Unrecht gegen unsere arbeitende Bevölkerung; ich habe sie in abschreckender Deutlichkeit und sehr hässlicher Form auch bei wohlhabenden Leuten, z. B. bei Entschädigungsansprüchen gegen Strassenbahnen oder gegen Privat-Unfallversicherungsgesellschaften, auftreten sehen; namentlich konnten die Verletzten in Bezug auf die oft unglaubliche Höhe der geforderten Entschädigung, die ja bei dem unfallverletzten Arbeiter eine bestimmte Grenze hat, gar nicht weit genug den Mund aufreissen. Häufig werden die Forderungen hier auch wohl ins Masslose übertrieben durch hetzende Verwandte und die Rathschläge des Rechtsanwaltes. Charakteristisch ist in Bezug auf diese Frage auch, dass auch bei kind-

licher traumatischer Hysterie Begehrungsvorstellungen eine Rolle spielen können, wenn Jemand für die hysterische Erkrankung des Kindes verantwortlich gemacht werden kann. Natürlich haben dann nicht die Kinder, sondern ihre Eltern die Begehrungsvorstellungen. Während nun sonst die traumatische Hysterie der Kinder rasch heilt, sind die Fälle mit Begehrungsvorstellungen oft hartnäckiger. Auch die Absicht, dem Erzeuger der Neurose, z. B. dem Lehrer, etwas anzuhängen, spielt hier manchmal eine die Neurose verschleppende Rolle (Schuster-Mendel). Aehnliche psychische Momente wie in den letzterwähnten Fällen haben auch einen verschlimmernden Einfluss bei traumatischen Neurosen Erwachsener nach Körperverletzungen, wenn es zu Strafprocessen kommt; hier wirkt der Hass mit, mit dem der Beschädigte den Verletzer verfolgt; bei Soldaten mit traumatischen Neurosen wirkt schädigend die Abneigung gegen den Militärdienst und die Sucht, davon auf jeden Fall los zu kommen.

Die Begehrungsvorstellungen sind eines von den die Unfallsneurose verschlimmernden und consolidirenden ursächlichen Momenten, die direct aus dem Unfallgesetz hervorgehen. Würden die Verletzten keine Entschädigung für ihren Unfall und den Grad der dadurch bedingten Verringerung der Arbeitsfähigkeit beanspruchen können, so würden natürlich auch die Versuchungen fortfallen, diese Entschädigung durch möglichst Hervorkehrung der noch vorhandenen Schäden zu einer möglichst hohen werden zu lassen. Hier haben selbstverständlich die Autoren Recht, die wie vor Strümpell vor Allem schon A. Hoffmann und Page in der Unfalls-, respective Haftpflichtgesetzgebung selbst die Ursache für die Zunahme der Unfallsneurosen sehen: in der That würden viele Arbeiter schneller wieder zur Arbeit gehen und die krankhaften Folgen der Verletzungen, nicht nur bei Unfallsneurosen, dadurch schneller wieder überwinden, wenn man sie bei der Arbeitsunfähigkeit einfach hungern liesse. Dahin wird es aber nicht wieder kommen, und man wird, trotz des Geschreies einiger übereifriger Moralisten auch unter den Aerzten, die eine psychische Depravation unserer ganzen Bevölkerung durch die Rentengewährung befürchten, bei den weitaus grösseren Segnungen des Gesetzes (Jolly) zunächst diese Schattenseiten mit in den Kauf nehmen müssen und nur suchen können, sie nach Möglichkeit einzuzengen. Das wird nicht ganz leicht sein für diese Dinge; leichter vielleicht für andere die Neurose verschlimmernden Umstände, die nicht eigentlich im Unfallgesetz selbst, sondern in seiner Ausführung, vor Allem in der Art der Entschädigungs-, respective Rentenfestsetzung liegen. Auf diese Umstände haben schon die ersten englischen Autoren, vor allem Erichsen, dann Oppenheim, Morton Prince, Page und neuerdings Jolly hingewiesen; der sehr treffende Name „Litigation Symptoms“, den die Engländer anwenden, zeigt sehr deutlich, wie sehr man sich bei

ihnen der Wichtigkeit dieser Dinge bewusst ist. Sehen wir einmal zu, wie z. B. bei den Rentenfestsetzungen der berufsgenossenschaftlichen Unfallsversicherungen in Deutschland verfahren wird. Ein theilweise arbeitsunfähiger, verletzter Arbeiter hat, nach Ueberwindung der ersten Unfallsfolgen nach ärztlichem Gutachten eine dem Grade dieser Unfähigkeit entsprechende, meist zunächst hohe, Rente, vielleicht direct, vielleicht erst nach Anrufung des localen Schiedsgerichtes und der zweiten Instanz, des Reichsversicherungsamtes erhalten. Da diese Rente genau der Arbeitsfähigkeit entsprechen soll, — eine einmalige Abfindung durch ein Capital ist erst durch das Gesetz von 1900 für kleine Renten den Berufsgenossenschaften erlaubt, aber durch so viele Cautelen zu Gunsten der Verletzten erschwert, dass sie kaum oft eintreten wird —, und diese Arbeitsfähigkeit sowohl nach der guten wie nach der schlechten Seite natürlich schwanken kann, so kommt es sowohl auf Wunsch des Verletzten selbst, wie auf Anordnung der Berufsgenossenschaften zu häufigen Nachuntersuchungen. Diese Nachuntersuchungen finden selten im Wohnorte des Verletzten selbst statt, sondern der kaum zur Ruhe gekommene Kranke wird dazu zu einem anderen Arzte, vielleicht in einem weit entfernten Orte, und womöglich, was auch oft nöthig ist, längere Zeit zur Beobachtung in dessen Klinik gesandt. Er wird dort aufs genaueste untersucht und inquirirt; meist trifft er mit anderen Unfallskranken zusammen, hört von ihren Leiden, von ihren Kämpfen um den Besitz der Rente; empfängt vielleicht direct Unterweisung in der Art, sein Leiden möglichst hervorzukehren und direct zu übertreiben oder lernt, bei den Untersuchungen wenigstens, wonach der Arzt sucht und worauf es ankommt; Alles das wirkt im hohen Masse erregend und jedenfalls ungünstig auf ihn ein. Setzt der betreffende Arzt eine bestimmte Rente fest und ist sie nicht sehr hoch oder gar etwas geringer als die frühere, so ist der Kranke meist damit nicht zufrieden; er ruft erst die Entscheidung des Schiedsgerichtes, dann wieder die des Reichsversicherungsamtes an. Hier kann nun entweder ein höherer Rentensatz bewilligt werden oder die vom begutachtenden Arzte festgesetzte, vielleicht verringerte Rente wird rechtsgiltig. Aber nur für kurze Zeit; in je nach dem einzelnen Falle verschiedener, in kürzerer oder längerer Zeit beginnt das ganze Spiel von Neuem: Untersuchung, Begutachtung, eventuell Kürzung der Rente, Anrufung der ersten und zweiten Instanz, Klagen, Processe. So kommt der Kranke nie zur Ruhe; sein ganzes Sinnen und Trachten wird jetzt eingenommen von dem Kampfe um die Rente, von dem eifrigen Bestreben, sich auch nicht einen Pfennig von derselben kürzen zu lassen; das ganze Verfahren hat ausserdem, da es ein processualisches ist, da es sich um Kläger und Beklagten handelt, etwas Gehässiges an sich, und so wird nicht selten aus dem Kranken, der sich überall übervorthelt sieht, der in der Berufs-

genossenschaft, ja in dem ihn untersuchenden Arzt seinen Feind sieht, der ihm sein gutes Recht auf Rente kürzen will, ein verbissener Querulant; manchmal nicht nur aus ihm, sondern auch aus seinen nächsten Angehörigen, vor Allem der Frau, die nicht selten sogar der treibende Theil ist. Noch schlimmer werden alle diese Dinge, noch mehr sieht sich der Kranke in die Rolle des Märtyrers gedrängt, der nur sein gutes Recht gegen die Ungerechtigkeit der Umgebung vertheidigt, wenn, wie das naturgemäss in dieser Zeit bei Untersuchung durch eine Anzahl verschiedener Aerzte besonders leicht geschieht, dem Kranken gegenüber der ungerechte Verdacht der Simulation ausgesprochen wird. Es ist wohl ohneweiters klar, dass die hier erwähnten Umstände im höchsten Masse geeignet sind, krankhaft nervöse Zustände zu erhalten und zu festigen, ja, auch solche direct hervorzurufen; und diese fallen dann natürlich dem Unfalle zur Last. Aber diese Schädlichkeiten, die nicht im Unfallgesetz selbst liegen, sondern mehr in seiner Ausführung, lassen sich vielleicht wenigstens theilweise aus der Welt schaffen; davon später mehr. Ich will nur noch erwähnen, dass die Schädigungen durch das processualische Verfahren auf Grund des Haftpflichtgesetzes bei privaten Entschädigungsansprüchen und gegenüber privaten Unfallsversicherungen meist noch grössere und dauerndere sind als bei dem berufsgenossenschaftlichen Verfahren; vor Allem dauern diese Prozesse viel länger; es steht bei der Unbemessenheit der Ansprüche mehr auf dem Spiele, und die betreffenden haftpflichtigen Gesellschaften bieten Alles auf, um die Forderungen der Verletzten, die allerdings häufig exorbitant sind, möglichst zu drücken, bei welchem Verfahren die Massnahmen speciell der Agenten der Versicherungen nicht immer ganz einwandfrei sind.

Kurz zusammengefasst kommen für die zu den Unfallsneurosen gerechneten Krankheitsbilder folgende ätiologische Momente in Betracht: Für einzelne, besonders nach schweren Kopfverletzungen auftretende, vielleicht feinere anatomische Veränderungen der Nervensubstanz selbst; öfters auch Arteriosklerose, manchmal diffusere encephalitische Processe (Friedmann). Für die Entstehung der eigentlichen Neurosen: die körperliche Erschütterung, ohne materielle Folgen, wenigstens für das Nervensystem selbst; der psychische Shok des Unfalles selbst und die während des auf ihn direct folgenden Krankenslagers entstehenden, ängstlich hypochondrischen Vorstellungen — Sorge um Leben und Gesundheit, um die Ausübung des Berufes, die Existenz der Familie. Für die Dauerhaftigkeit dieser Zustände bei entschädigungspflichtigen Unfällen die Begehrungsvorstellungen Strümpell's und die ewigen Scherereien durch wiederholte Untersuchungen, falsche Simulations-

beachtigungen, Prozesse etc., denen die Rentenempfänger der Berufsgenossenschaften in starkem Masse ausgesetzt sind.

Symptomatologie. Simulation einzelner Symptome und ihre Erkennung.

Ich habe schon in den ersten Worten der Einleitung bemerkt, dass die Unfallsneurosen sich gruppieren lassen in traumatische Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, einfache Psychosen und in die Mischformen dieser verschiedenen Krankheitspecies. Bei dem ungeheuren Symptomenreichtum und der Masse der Varietäten aller dieser Krankheiten, bei dem Umstande z. B., dass die Hysterie, wie wir sie jetzt auffassen, sich eigentlich täglich neue Symptome selbstständig und selbstthätig erzeugen kann, ist es natürlich nicht möglich, eine erschöpfende Darstellung aller bei den Unfallsneurosen vorkommenden Möglichkeiten zu geben. Ich will deshalb zunächst von den oben angegebenen Formen je einen Fall, der die betreffende Species in möglichster Reinheit darstellt und womöglich aus meiner eigenen Praxis stammt, kurz mittheilen und im Anschlusse daran eine Besprechung der wichtigsten Einzelsymptome der Unfallsneurosen und ihrer Varianten bringen. Dabei wird sich dann zugleich die Gelegenheit bieten, auf die Frage der Möglichkeit und Häufigkeit der Simulation dieser einzelnen Symptome und ihrer Entlarvung einzugehen.

1. Fall von traumatischer Neurose (Oppenheim) s. s., d. h. Mischform neurasthenischer, hypochondrischer und hysterischer Symptome. (Eigene Beobachtung.)

Die Locomotive des Patienten rannte am 12. Juni 1887 beim Rangiren mit einer anderen zusammen. Seine Locomotive wurde zertrümmert; er kletterte aus dem Dache des Führerhauses heraus, wurde dann aber für kurze Zeit bewusstlos. Als er wieder zu sich kam, ging er in die nahestehende Wärterbude, musste später aber von dort weggetragen werden. Er will schon die erste Nacht und von da an stets schlecht geschlafen haben, viel und ängstlich und namentlich oft von dem Unfalle geträumt haben; ferner gibt er an, er sei seit dieser Zeit sehr schreckhaft geworden, empfindlich gegen plötzliche Geräusche, namentlich auch gegen das Pfeifen der Locomotive. Er gibt zu, bei seinem anstrengenden Dienste auch schon vorher etwas „nervös“ gewesen zu sein. Einzelne leichte äussere Verletzungen, die er beim Unfalle erlitten, heilten schnell, die nervösen Erscheinungen aber nahmen immer mehr zu; im Juli 1888 konnte ich folgenden Status aufnehmen: Kräftig gebauter Mann, gut entwickelte Musculatur, keine äusseren Verletzungszeichen. Aengstlich gespannter Gesichtsausdruck, Stimmung leicht deprimirt, mit hypochondrischen Elementen. Klagt über heftiges Schwindelgefühl beim Gehen; dieser Schwindel tritt auch beim Schütteln des Kopfes ein, so stark, dass Patient umzufallen droht. Beim Romberg'schen Versuche kein Schwanken.

Pupillen gleich, alle Reactionen gut. Augenmuskeln und Augenhintergrund intact. S = 1. Eine grobe Prüfung des Gesichtsfeldes ergibt, dass jedenfalls keine erhebliche Einengung besteht. Gehör gut. Geruchsempfindung

beiderseits schwach. Geschmack für süß und salzig beiderseits erloschen. Nirgend anästhetische Partien der Haut, dagegen sehr erhebliche Hyperästhesie der Kopfhaut gegen Nadelstiche und auch grosse Empfindlichkeit der Haut schon gegen Berührungen an der Lendenwirbelsäule; beklopft man diese Stellen, so gerathen die Arme in Zuckungen.

Der Gang ist breitspurig, sehr vorsichtig, als wenn er Schmerzen machte; die Füße werden kaum vom Boden erhoben. Die Wirbelsäule wird steif gehalten; beim Gehen und Stehen legt Patient die linke Hand ins Kreuz, mit der rechten stützt er sich auf einen Stock.

Keine Lähmungen. Grobe Kraft gut. Schnellschlägiger starker Tremor der Finger, beim Stehen auch der Beine; leichter Tremor auch im Gesichte. Die Sehnenreflexe an den Beinen sind erhöht.

Das Herz, dessen Grenzen normal, dessen Töne rein sind, zeigt auch bei völliger körperlicher Ruhe einen Puls von 120—132 per Minute. Zunge belegt. Appetit gering. Oft Durchfälle. Im Urin nichts.

Vom weiteren Verlaufe weiss ich in diesem Falle, dass der Patient, obgleich er mit der höchst möglichen Pension aus dem Dienste entlassen wurde, keineswegs besser wurde. Die Symptome blieben im Allgemeinen dieselben; der Patient hatte schweres Krankheitsgefühl und hat auch noch im nächsten Jahre auf eigene Kosten eine vergebliche Cur in Oeynhaushausen gebraucht.

Dass es sich hier um eine schwere Mischform der Unfallsneurosen handelt, ist wohl leicht ersichtlich. Als hysterische Symptome sind zu betrachten der Verlust der Geruchs- und Geschmacksempfindung (die Gesichtsfelduntersuchung war keine vollkommene), die umschriebenen Hyperästhesien, besonders die der Wirbelsäule; neurasthenische Symptome fanden sich in grosser Anzahl, so Schlaflosigkeit, ängstliche Träume, Hyperästhesie gegen Geräusche, die Rückenschmerzen, vielleicht der Tremor, die Erhöhung der Sehnenreflexe und die Herzerscheinungen; dazu kommen schliesslich noch ausgeprägte hypochondrische Ideen: deprimirtes und ängstlich erregtes Wesen. Man müsste also, wenn man den Fall genau bezeichnen wollte, von traumatischer hypochondrischer Hystero-neurasthenie sprechen — das ist eine sehr weitläufige Bezeichnung, und gerade für diese Fälle ist wohl die Beibehaltung der Bezeichnung „traumatische Neurose“ praktisch. Unter den Beobachtungen Oppenheim's finden sich, wie mehrfach erwähnt, eine grosse Zahl dieser schweren Mischformen; ich selber habe sie in den letzten Jahren viel seltener gesehen, und auch anderen Beobachtern (Strümpell, Oppenheim selbst) scheint es so ergangen zu sein.

2. Fall von reiner traumatischer Hysterie. Monoplegia brachialis hysterotraumatica. (Eigene Beobachtung.)

Der Schlosser M. erlitt am 4. April 1889 einen Schlag mit einem schweren sogenannten Vorschlagshammer auf die Hinterseite der linken Schulter. Der Schlag warf den Patienten um, er wurde aber nicht bewusstlos; der

linke Arm war sofort gelähmt. 24 Stunden nach dem Unfälle constatirte ich Folgendes:

Leichte Schrunden und ein geringer subcutaner Bluterguss in der linken hinteren Schultergegend, keine Verletzung der Knochen oder Gelenke. Totale schlaaffe Lähmung des ganzen linken Armes ohne eine Aenderung in der elektrischen Erregbarkeit. Totaler Verlust der Tast- und Schmerzempfindung der linken oberen Extremität bis zur Achselhöhle; hier scharfer geradliniger Beginn der Sensibilität in gleicher Höhe hinten und vorn; doch ist noch das ganze Gebiet des linken Deltoidens, die linke Supraclaviculargrube und der grösste Theil der linken Thoraxhälfte weniger empfindlich als die entsprechenden rechten Partien. Bei passiver Bewegung heftige Schmerzen im linken Schultergelenk. Totaler Verlust des Lagegefühles im linken Arme; der linke Arm ist kühler, seine Vasomotoren sind sehr erregbar. Linkes Gesichtsfeld für Weiss und für Farben um 15° eingeengt. Eine Stimmgabel wird am rechten Processus mastoideus 30 Secunden länger gehört als am linken: Flüsterstimme wird rechts in 6 Meter, links nur in 1 Meter Entfernung verstanden. (Mittelohren gesund.) Verlangsamung der Geschmacksempfindung beiderseits; die Geruchsprüfung ergibt keine sicheren Resultate.

Ich hatte hier sofort die Diagnose einer hysterotraumatischen Armlähmung gestellt und konnte das mit Sicherheit thun, nachdem etwa vier Wochen später weder elektrische, noch trophische Störungen in den Muskeln des linken Armes eingetreten waren, eine Plexuslähmung also ausgeschlossen war.

Ich habe diesen Fall — der, was ich kaum mehr anzuführen brauche, durch die Art der Lähmung, die Vertheilung der Sensibilitätsstörungen und die begleitenden Sinnesstörungen wohl ein classisches Beispiel einer hysterotraumatischen Monoplegie darstellt — durch viele Jahre beobachtet. Die Armsymptome links blieben immer dieselben. elektrische Veränderungen der Musculatur traten nicht ein. Ab und zu war leichte Streckung und Beugung der Finger möglich. Der Patient war ein moralisch sehr heruntergekommenes Subject, er war schon vor dem Unfälle und besonders nach demselben ein Potator strenuus und gerieth in der Trunkenheit oft in Streit mit anderen Personen. Einmal soll er in solchem Streite seinem Gegner, den er mit dem rechten Arme festhielt. mit der sonst gelähmten linken Hand eine kräftige Ohrfeige versetzt haben. Später stellten sich, offenbar auf alkoholischer Grundlage, echte epileptische, nicht etwa hysterische, Anfälle ein und in einem solchen Anfalle erstickte der Patient. Seine hysterische Lähmung hatte bis zum Tode bestanden. Diese hysterotraumatischen Monoplegien sind sehr selten. im Ganzen habe ich sie bisher viermal gesehen.

Ich mache darauf aufmerksam, dass die classischen Stigmata der Hysterie — speciell die Hautanästhesien, die Muskelsinnstörungen, die Gesichtsfeldeinengung — sich hier schon 24 Stunden nach dem Unfälle bei der ersten Untersuchung fanden.

3. Fall reiner traumatischer Neurasthenie. (Eigene Beobachtung.)

Patient war genau drei Jahre vor meiner Untersuchung bei einer Dampfkesselexplosion am ganzen Oberkörper schwer verletzt worden. Acht Wochen im Krankenhause. Seitdem „damaged man“.

Psychisch verändert, misslaunig, meist deprimirt. Sehr schlafsüchtig, schläft aber unruhig und hat Nachts auch Schmerzen. Klagen über Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen, in Schultern, Armen und Rücken ohne jeden objectiven Befund. Schwäche im Rücken; Patient kann nur kurze Zeit stehen, kann sich nur schwer vom Sitze erheben oder vom Liegen aufrichten. Auch die grobe Kraft der Arme und Beine ist eine minimale. Kein Tremor.

Echter neurasthenischer Kopfdruck, an den Hirnnerven und Sinnesorganen nichts. Auch die Augen und das Gesichtsfeld normal. Weder Anästhesien noch Hyperästhesien. Herz und Lungen gesund. Im Urin nichts.

Es ist in diesem Falle bemerkenswerth, dass von einer eigentlichen Körpererschütterung nicht die Rede war. Der Unfall war aber mit starkem Schrecken verbunden und seine Folgen sehr schwer. Eigentliche hypochondrische Ideen bestanden nicht, auch gar keine hysterischen Symptome. Der Fall ist einer der wenigen meiner Unfallskranken, der durch die Behandlung — statische Elektrizität — wesentlich gebessert wurde.

Hypochondrische Ideen sind fast immer mit den Unfallsneurosen verbunden; wie wir gesehen haben, bilden hypochondrische Befürchtungen sogar einen Hauptfactor für die Entstehung eines ganzen Theiles der Symptome der Unfallsneurose. Auch bei nichttraumatischen Neurasthenikern pflegen sie selten ganz zu fehlen. Doch sind nach Unfällen reine Fälle von Hypochondrie ohne alle neurasthenischen und hysterischen Symptome recht selten; namentlich Kopfdruck, Rückenschmerzen und Schwäche in den Beinen pflegen die Unfallshypochondrie fast stets zu begleiten. Einen im Ganzen ziemlich reinen Fall von Unfallshypochondrie stellt der folgende dar.

4. Fall von ziemlich reiner Hypochondrie nach Eisenbahnunfall. (Eigene Beobachtung.)

Patient machte im November 1886 einen Zusammenstoß zweier Güterzüge mit. Er wurde im Postwagen hin- und hergeschleudert, erlitt am Kopfe und Rücken einige Contusionen, war kurze Zeit bewusstlos, konnte aber nachher nach Hause gehen. Die Behandlung der Contusionen dauerte zehn Tage; darauf versuchte Patient wieder zu fahren, etwa drei Wochen, dann ging es nicht mehr. Konnte weder stehen noch gehen, keinen Briefsack aufheben, bekam sofort Schmerzen im Rücken, Schwindel, Kopfschmerzen. Keine eigentlichen Angstzustände. Weitere Behandlung durch $\frac{1}{4}$ Jahr, von Januar bis April 1887, dann wieder zwei Monate Dienst, bis es gar nicht mehr ging. Jetzt auch Beklemmungen, Furcht vor dem Sterben, vor unheilbarem Leiden. Schlaflosigkeit, ängstliche Träume. Reizbarkeit der Blase. Obstipation. Juni 1887 in Oeynhausen; gar keine Besserung. August 1887 pensionirt. Im Sommer 1888 nochmals ohne Erfolg in Oeynhausen.

Kommt im März 1889 zu mir, um Hilfe zu suchen. Ist sehr verstimmt, deprimirt, reizbar. Klagt auch über Gedächtnisschwäche und hält sich überhaupt für schwer krank. Sprache etwas behindert, der paralytischen ähnlich; sagt „drittende, reitende etc.“. Schlaf durch unruhige Träume gestört. Kolossale Hyperästhesie gegen Geräusche. Die Sinnesorgane ohne besonderen Befund, nur ist das linke Gesichtsfeld für Farben enger als das rechte. Linke Pupille etwas $>$ R. Reactionen gut. Ein schmaler anästhetischer Streifen geht rechts von den untersten Brustwirbeldornen hinten nach vorn in die Höhe des Nabels; sonst ist das Hautgefühl intact. Die Höhe des Anästhesiestreifens entspricht den auf Druck und besonders bei Bewegungen schmerzhaften Wirbeln, der Rumpf wird deshalb bei allen Bewegungen, speciell beim Gehen, steif gehalten. Im Uebrigen klagt Patient noch über Kopfdruck, Schwindel, Flimmern vor den Augen. Die Beine sind schwach, ganz leichter Tremor der Hände. Sehnenreflexe normal. Romberg'sches Symptom. Puls 102. Leichte Arteriosklerose der Radiales. Urin ohne Befund. Tod im Januar 1890 an Influenzapneumonie.

Wie gesagt, handelte es sich in diesem Falle nicht um reine Hypochondrie nach Trauma, obgleich die hypochondrischen Vorstellungen sehr hervortreten. Neben solchen aber fanden sich sehr deutliche neurasthenische Erscheinungen, wie Kopfdruck, Schwindel, Schwäche der Beine, Rückenschmerzen und, allerdings wenige, hysterische, wie die cutanen Anästhesien und die Gesichtsfeldeinengung: schliesslich war die Pulsfrequenz eine sehr bedeutende und es fanden sich auch sonst Zeichen von Arteriosklerose. Bemerkenswerth ist in diesem Falle vielleicht noch, dass der Patient nicht etwa wegen eines Gutachtens, sondern um Linderung seiner Leiden zu mir kam; er war nach endgiltiger Pensionirung noch viel kränker geworden.

Nach allen Autoren und ganz besonders auch wieder nach Oppenheim fehlen zwar psychische Störungen nur selten bei der Unfallsneurose, aber sie haben meist nur einen begleitenden, ich möchte sagen rudimentären Charakter. Die häufigste, geradezu gewöhnliche psychische Anomalie bei den Unfallsneurosen bildet die hypochondrisch-melancholische Verstimmung. Aber auch ausgeprägte eigentliche Psychosen kommen nicht so selten im weiteren Verlaufe der Unfallsneurose vor und hier wirken oft gerade auslösend diejenigen Momente, die ich oben auf S. 11 u. 12 eingehend geschildert habe und die man kurz mit dem Ausdrucke „Kampf um die Rente“ bezeichnen kann (fortgesetzte Prozesse, Untersuchungen, ungerechte Simulationsbeziehung). Eine Anzahl von Oppenheim's Patienten sind an Selbstmord zu Grunde gegangen, andere z. B. der vielbesprochene Fall N., sind schliesslich in der Irrenanstalt gelandet. Ein paarmal hat sich ausgeprägter Verfolgungswahn im weiteren Verlaufe der Unfallsneurose entwickelt (Lehr); mehrmals sah ich Querulantenwahnsinn; nicht so selten folgt auf den Unfall vorzeitige progressive senile Demenz. Sehr selten ist es jedenfalls, dass direct im

Anschlusse an ein Trauma eine acute, dann meist wieder zurückgehende Psychose eintritt, z. B. ein hallucinatorisches Irresein. Einen solchen Fall hat Thomsen beobachtet; ferner hat Goebel einen Fall berichtet, wo die Neurose rasch in Psychose überging. Auch hier handelte es sich um Paranoia persecutoria.

5. Fall von Unfallspsychose. Aus Oppenheim's Beobachtung; von Goebel mitgetheilt.

Frau von 43 Jahren. Am 7. November 1894 schwere Verletzung der rechten Hand, nachher bewusstlos; der gequetschte rechte Mittelfinger musste amputirt werden. Allmählich trophische Störungen — glossy skin und Atrophie der Musculatur am rechten Arme; Contractur der rechten Hand; motorische Lähmung des ganzen Armes auf psychischer Grundlage; Schmerzen in demselben Gebiete. Hyperästhesie der ganzen rechten Körperhälfte; beiderseitige Anosmie und hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung beiderseits. Kopfschmerz, Vergesslichkeit, Uebelkeit, schlechter Schlaf. Im Anschluss daran und unter Zurücktreten der hysterischen Krankheitszustände im Bewusstsein der Kranken rasche Entwicklung einer hallucinatorischen Paranoia mit Verfolgungsideen.

In den vorstehend eingehend geschilderten Krankheitsfällen ist schon der grösste Theil aller bei den Unfallsneurosen vorkommenden Einzelsymptome implicite mitgeschildert. Ich will nun, wie gesagt, auf die wichtigsten derselben noch im Einzelnen eingehen und dabei auch die Möglichkeit ihrer Simulation und ihre Erkennung besprechen.

Psychische Symptome.

In den Bemerkungen zu Fall 5 habe ich schon hervorgehoben, dass bei den Unfallsneurosen psychische Störungen fast immer vorhanden sind. Nimmt man, wie ich das thue, an, dass alle hysterischen und neurasthenischen Symptome im Grunde auf psychischem Boden ruhen, so wird man auch alle Symptome der Unfallsneurosen als seelisch bedingt ansehen müssen. Wenn man aber die Bezeichnung psychische Krankheitserscheinungen für diejenigen reservirt, die man im engeren Sinne und nach dem allgemeinen Sprachgebrauche als solche bezeichnet, dann wird man immerhin Unfallsneurosen antreffen können, bei denen solche Symptome ganz fehlen. Nach meinen Erfahrungen trifft das besonders für umschriebene hysterische Störungen, speciell für die Monoplegien mit Anästhesien zu, also für die Fälle, die Strümpell deshalb früher als locale traumatische Neurosen bezeichnete. Hier ist, wie übrigens auch Oppenheim hervorhebt, das psychische Gleichgewicht oft in keiner Weise gestört — der Kranke ist ruhig, verständig, nicht so wechselnd in seiner Stimmung, wie man das früher für die Hysterie als charakteristisch ansah, weder deutlich deprimirt noch exaltirt oder erregbar.

Die häufigste und für die Unfallsneurosen fast typische psychische Veränderung ist wie gesagt die trübe Verstimmung, eine entweder mehr melancholische oder hypochondrische Depression. Ueber ihre Entstehung ist oben Alles gesagt. Die Verstimmung findet ihren frühesten Nährboden in dem oft schmerzhaften ersten Krankenlager und in den in dieser Zeit einsetzenden trüben Vorstellungen über eigene Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und die Existenz der Familie. Meist sieht man den Kranken die trübe Verstimmung am Gesichte an, sie sind ausserdem wortkarg, verkehren nicht mit anderen Kranken, sitzen still und in sich versunken, vor sich hinstarrend, in einer Ecke. Nur selten nehmen, wenigstens für längere Zeit, melancholische und hypochondrische Vorstellungen so zu, dass der Kranke die Haltung verliert, vorübergehend kann dies aber leicht vorkommen; da erlebt man es nicht so selten, dass, wenn man den Kranken nach seinem Unfalle ausfragt, er in Thränen ausbricht, laut sein Unglück beklagt und seiner Meinung dahin Ausdruck gibt, dass er nie wieder gesund werden wird; gerade in solchen Momenten erkennt man dann oft, wie tief gewurzelt und vielfältig die hypochondrischen Vorstellungen des Kranken sind.

Oppenheim führt noch besonders aus, dass diese mehr passiven hypochondrisch-melancholischen Zustände nicht selten von mehr oder weniger langen heftigen Angstanfällen unterbrochen werden. Solche Fälle habe ich auch gesehen; kann man den Angstanfall selbst beobachten, so objectivirt sich die vorhandene Angst oft ausserordentlich deutlich. Der Kranke, der vorher den ganzen Tag still in einer Ecke sass, läuft nun unruhig umher, die Pulsfrequenz nimmt enorm zu, es treten Anzeichen von Angina pectoris, Athemnoth und Schwindel ein; Schweiss bricht aus; in einem Falle, den ich selbst beobachten konnte, und den später Oppenheim in seiner Monographie beschrieb, trat im Angstanfalle jedesmal Pupillendifferenz ein. Diese Angstanfälle treten häufig auch ein, wenn der Kranke, zumal an der Unfallsstätte, den ersten Versuch zur Wiederaufnahme der Arbeit macht; die schreckhaften Erinnerungen an den Unfall drängen sich ihm dann übermächtig wieder auf. In noch schlimmeren Fällen kann zur Auslösung des Angstanfalles schon die Aufnahme der Anamnese durch den Arzt genügen; bei Locomotivführern, die einen Eisenbahnunfall erlitten hatten, ist es mehrmals beobachtet, dass schon das Hören der Locomotivpfeife oder des Rangirens der Züge die gleiche Folge hatte. Dass bei Leuten, die vom Blitzschlag getroffen sind, die Angst während eines Gewitters besonders gross ist, ist wohl nicht zu verwundern, da Gewitterangst auch ohne erlittenen Blitzschlag ja sehr gewöhnlich ist. Wie alle Angstzustände bergen auch die bei den Unfallsneurosen eine grosse Gefahr für Selbstmordversuche.

In der späteren Zeit — wenn Strümpell's Begehrungsvorstellungen und alle die Schädlichkeiten des Kampfes um die Rente auf den Kranken einwirken, ändert sich das psychische Bild oft sehr. Auch dann ist der Kranke noch deprimirt — allein seine Stimmung ist weniger eine passive, melancholische oder hypochondrische, als, wenn ich so sagen darf, eine verbissene; sein ganzes Wesen dabei weniger ein apathisches, als ein sehr actives, oft direct aggressives. — In den Krankensälen versammeln diese Kranken oft einen grossen Zuhörerkreis um sich, denen sie von ihrem Leiden, vor Allem aber von dem Unrecht, das ihnen widerfahren ist, in übertriebenster Weise erzählen. Namentlich aber dem Arzte gegenüber, der ihn untersuchen und begutachten soll, und in dem der Kranke oft nur den von der Berufsgenossenschaft bezahlten Rentenkürzer sieht, tritt die Verbissenheit oft stark hervor. Es ist mir vorgekommen, dass mir auf anamnestiche Fragen nach dem Unfalle überhaupt die Auskunft verweigert wurde; „was denn das ewige Fragen solle; ich hätte ja Alles in den Acten“. Die Kranken sind dann jedem Zuspruch, jedem wohlmeinenden Rathe gegenüber halsstarrig; sie machen der Untersuchung alle möglichen Schwierigkeiten, stellen ihr Leiden in der übertriebensten Weise dar und sind von seiner Unheilbarkeit überzeugt. Es bedarf der grössten Ruhe des Arztes, der ja kein Pädagoge sein soll, um gegen diese Kranken nicht grob zu werden, was ja gar keinen Nutzen hätte, im Gegentheil, die Ansichten des Kranken von der feindseligen Stellung des Arztes ihm gegenüber nur stärker würde. Wenn man es darauf anlegt, kann man diese Kranken manchmal zu ausgeprägten Zorn- und Tobausbrüchen bringen, in denen sie sich ganz vergessen, die grössten Beleidigungen gegen die Berufsgenossenschaften, die Aerzte, die sie untersucht haben, die Schiedsgerichte, ja gegen alle Personen, die wegen des Unfalles mit ihnen in Berührung gekommen sind, ausstossen. Eine günstige Beeinflussung der Seelenstimmung dieser Kranken durch ärztlichen Zuspruch oder ärztliche Mittel ist überhaupt nicht mehr zu erreichen.

Gerade diese Fälle sind es auch, bei denen sich aus den seelischen Anomalien oft ausgeprägte Psychosen entwickeln. Oppenheim hat mit grossem Rechte und fast vorahnend schon früher darauf aufmerksam gemacht, dass die Unfallsneurosen und vor Allem ihre oft unrichtige Beurtheilung und Behandlung durch Berufsgenossenschaften und Aerzte den Keim einer Paranoia persecutoria in sich trügen. Unter den die Entwicklung dieser Psychose begünstigenden Umständen führt er an, die häufige Verken- nung des Krankheitsbildes, die Nichtanerkennung der Renten- ansprüche oder wenigstens das lange Hinschleppen der Entscheidung, schliesslich den nicht so selten ganz ungerechten Vorwurf der Simulation. Thatsächlich ist der Ausbruch von Verfolgungswahnsinn schon bei einer ganzen Anzahl von Unfallsverletzten beobachtet; wie

ernst diese Dinge aufzufassen sind, geht daraus hervor, dass nicht wenige dieser Fälle auch durch Selbstmord geendet haben. Aber nicht nur ungerichtete Behandlung wirklich schwer Kranker, auch die Begehrungsvorstellungen der Verletzten selber und die aus ihnen hervorgehenden Prozesse und Streitigkeiten machen oft aus der Unfallsneurose eine Unfallspsychose: hier trägt diese dann oft den Charakter des querulirenden Irreseins; wie die Franzosen sagen, zeigt der Kranke das Bild des verfolgten Verfolgers, des persécuté persécuté. Wie so oft, liegt auch hier die Grundlage des querulirenden Irreseins manchmal in einem ersten wirklich erlittenen Unrechte; aber schliesslich verliert der Kranke jede Unterscheidung von Recht und Unrecht und führt dann den Streit nur noch um des Streites willen. In solchen Fällen sah ich es mehrmals, dass auch die Frauen der Verletzten typische Querulantinnen werden, wie sie überhaupt häufig die intellectuellen Urheber des verbissenen Kampfes um die Rente sind; sie sind meist noch weniger als der Mann mit der Rentenbestimmung durch die Berufsgenossenschaften zufrieden und noch weniger geneigt, die einmal erlangte Rente aufzugeben.

Als eine besondere Form der Psychose nach Unfällen möchte ich noch erwähnen eine fortschreitende Demenz, bei der also auch die Intelligenz gestört wird, die bei den Unfallsneurosen meist erhalten bleibt oder höchstens durch die Depression etwas in ihrer Thätigkeit gehemmt ist. Ich sehe hier ab von den organisch bedingten, der Paralyse ähnlichen, progressiven Schwachsinnzuständen, die manchmal nach primären schweren Hirncontusionen auftreten, und bei denen das erste Krankheitszeichen ein schwerer psychischer Erregungszustand mit transitorischer Bewusstseins-trübung sein kann; diese Fälle können natürlich in jedem Lebensalter eintreten. Die Fälle, die ich hier meine, kommen am häufigsten in der zweiten Hälfte des Mannesalters, also zwischen dem 50. und 60. Jahre vor; man kann sie als präsenile Demenz — *Dementia senilis praecox* — bezeichnen. Sie beruhen anatomisch wohl immer auf einer gerade bei den Arbeitern oft früh vorhandenen Arteriosklerose, die dann nach Unfällen oft rapide Fortschritte macht. Das frühzeitige Senium zeigt sich dann auch oft in körperlichen Erscheinungen — man findet Ergrauen und Ausfallen der Haare, welke, faltige Haut, schlaife Musculatur, oft Schwerhörigkeit. Trifft ein Unfall wirklich alte, an der Grenze ihrer Arbeitsfähigkeit stehende Leute, so ist es mit derselben meist vollständig und für immer aus; nach Ueberwindung der ersten Folgen des Unfalles sind sie zu decrepiden Greisen geworden.

Die Simulation psychischer Symptome, wenigstens eine einiger-massen erfolgreiche, ist, wie jeder Psychiater weiss, eine recht schwierige

Sache; für die ausgeprägten hier beschriebenen Psychosen: die Demenz, die Paranoia, das querulirende Irresein kann man sie ganz aus der Discussion lassen. Aber auch die einfache trübe Verstimmung der Unfallsverletzten trägt für jeden einigermaßen psychiatrisch Gebildeten und mit dem Auge des Psychiaters, Sehenden meist den Charakter der Echtheit zur Schau; ich rechne dahin die ganze Haltung des Patienten, das Verhalten gegen seine Umgebung, seine Erregbarkeit; namentlich wird das klar, wenn Angstanfälle auftreten und sich, wie oben beschrieben, deutlich objectiviren. Doch ist damit natürlich nicht gesagt, dass nicht auch einmal Unfallsranke den Versuch machen, geistige Störungen zu simuliren; ich habe das selbst mehrmals gesehen. Gewöhnlich sind sie dann aber sehr ungeschickt und verrathen sich schon durch das Uebertreiben ihrer Symptome. Ein solcher Kranker spielte bei mir den wilden Mann, aber so plump, dass ich ihn ohneweiters durchschaute und ihm dies auch deutlich merken liess; er verliess dann unter Protest das Krankenhaus, spielte in der Nähe desselben seine Rolle noch weiter, war auf dem Bahnhofe schon ganz geordnet, fuhr nach Hause und nahm seine Arbeit wieder auf.

Ein zweiter Kranker benahm sich unter Direction seiner Frau, die ihn offenbar dazu antrieb, so lange diese bei ihm war, unglaublich thöricht, als ich die Frau fortschickte, rasch wieder ganz geordnet; ich konnte ihn nach einigen Tagen nach Hause senden und seine Psychose als simulirt bezeichnen. Nach einiger Zeit hat er durch Erhängen geendigt, er war aber bis dahin wieder gesund gewesen und hatte gearbeitet; er hatte vor dem Selbstmord geäussert, er könne es mit seiner Frau nicht mehr aushalten.

Dass starke Uebertreiber und wirkliche Simulanten bei der Untersuchung aus Furcht vor Entlarvung ängstlich sein können, dass dadurch Zittern und erhöhte Pulsfrequenz eintreten kann, will ich zugeben, doch ist das sicher sehr selten. Abgefeimte Simulanten und alte querulirende Rentenempfänger werden kaum mehr durch eine Untersuchung erregt; die Simulanten wissen ganz gut, dass ein sicherer Nachweis ihrer Täuschung kaum möglich ist, und die alten Unfallsneurotiker sind in ihrem Krankheitsgeföhle so verrannt, dass sie sich gar nicht denken können, dass Jemand an seiner Schwere zweifelt. Man kann ja allerdings schliesslich der Meinung sein, dass die schwere bis zu echten Psychosen führende psychische Verstimmung, die im weiteren Verlaufe durch den Kampf um die Rente und die immer zunehmenden Begehrungsvorstellungen entsteht, kaum mehr eigentliche krankhafte Symptome seien oder wenigstens vom Kranken selbst verschuldete, für die man die Berufsgenossenschaften unmöglich haftbar machen könne (Strümpell); aus diesen ätiologischen Gesichtspunkten ergeben sich hier, wie an anderen Stellen, überhaupt oft

Schwierigkeiten in der Beurtheilung; vor Allem verwischen sich auch die Grenzen zwischen Krankheit und Simulation; darauf muss ich später noch sehr genau eingehen.

Schlaf.

Die Störungen des Schlafes bei den Unfallsneurosen reihen sich, da sie im Wesentlichen psychisch bedingt sind, den psychischen Symptomen nahe an. In den meisten Fällen handelt es sich um eine nervöse Agrypnie — alle Abarten derselben kommen auch hier vor. Es kann zunächst das Einschlafen sehr erschwert sein; stundenlang, manchmal bis zur Morgendämmerung, wälzen sich die Kranken im Bette umher, ohne Schlaf finden zu können. Noch häufiger kommt es nach meinen Erfahrungen vor, dass die Kranken zwar rasch einschlafen, aber schon nach wenigen Stunden wieder erwachen, um nun bis zum Morgen sich ruhelos von einer Seite auf die andere zu wälzen, oder immer nur für einige Minuten in einen Halbschlaf zu versinken. In den Morgenstunden wird dann der Schlaf wieder besser und einigermaßen erquickend. Diese Erquickung fehlt dem an und für sich schon kurzen Schlaf sonst sehr, da er meist durch ängstliche und schwere Träume gestört ist, die nicht so selten an die Schrecknisse des Unfalles anknüpfen; während des unruhigen und unterbrochenen Schlafes in der zweiten Hälfte der Nacht handelt es sich nach Angabe der Kranken weniger um eigentliche Träume als um ein halbwachses Fortspinnen unendlicher Gedankenreihen. Häufig wird auch im Schlafe gesprochen. Das kurz vor dem festen Einschlafen eintretende Wiedererwachen mit einem Rucke durch den ganzen Körper, das ja auch bei Gesunden vorkommt, ist bei den Unfallsnervenkranken jedenfalls sehr häufig; es kann, wie bei allen Neurosen, sehr unbequem dadurch werden, dass es sich oftmals wiederholt und für lange Zeit das Einschlafen verhindert. Am Tage sind die Kranken meist sehr schlafstüchtig, man hört oft die Bemerkung: „ich könnte zu jeder Zeit, auch im Stehen einschlafen“. Von den Fällen, wo Schmerzen den Schlaf beeinträchtigen, sehe ich hier natürlich ganz ab; meine bisherigen Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf neurasthenisch-hypochondrische Zustände; bei rein hysterischen Formen kann der Schlaf ganz gut sein. Selbstverständlich ist der Schlaf auch oft sehr schlecht in den Fällen von Arteriosklerose — mag es sich um solche der Hirngefäße oder um Arteriosklerose des ganzen Gefäßsystemes und consecutive Herzhypertrophie handeln; hier ist die Schlaflosigkeit eine besonders hartnäckige.

Ueber schlechten, unruhigen, wenig erquickenden Schlaf wird fast von jedem Unfallsnervenkranken auf Befragen geklagt. Man braucht diese Klagen natürlich nicht ohneweiters auf gut Glauben hinnehmen. Im Krankenhause findet sich ja leicht Gelegenheit, diese Klagen der Kranken

zu controliren; nach Oppenheim kommt es oft vor, dass sich im selben Zimmer liegende Kranke über den schlechten und sie störenden Schlaf der Unfallsverletzten beklagen. Dass die Schlaflosigkeit, wie angegeben ist, auch eine Folge des schlechten Gewissens bei einem Simulanten sein kann, diese Auffassung muthet mich fast wie ein schlechter Witz an; ich halte auch ein gutes Gewissen für ein gutes Ruhekissen, habe aber oft genug Leute mit sehr schlechtem Gewissen wie die Bären schlafen sehen. Auch den Alkohol- und Tabakmissbrauch kann man als Ursache der Schlafstörung im Krankenhause ja leicht ausschliessen; ich habe übrigens einmal hartnäckige Schlafstörung als eine Art Tabakabstinenzerscheinung gesehen, die sich wieder verlor, als ich mässigen Tabakgenuss gestattete. Selbstverständlich kann ein verletzter Arbeiter auch deshalb oft weniger gut schlafen, weil ihm die körperliche Arbeit fehlt und die andauernde Ruhe ihm ungewohnt ist.

Schwindel.

Mit dem Ausdrucke Schwindel wird von dem Laien bekanntlich ein grosser Missbrauch getrieben; die verschiedensten Dinge werden als Schwindel bezeichnet, und auch die Unfallsneurotiker klagen sehr oft darüber. Echter Drehschwindel ist, wie überhaupt, bei den einfachen Neurosen sehr selten; verhältnissmässig häufig aber habe ich ihn, wie auch schon F. Schultze, nach Unfällen gesehen, bei denen es sich auch nach den übrigen Symptomen um eine Basisfractur gehandelt hatte; hier war der Schwindel dann ein sogenannter Menière'scher und auch die übrigen Menière'schen Symptome waren dann vollständig oder doch rudimentär vorhanden. Eine genaue ohrenärztliche Untersuchung, die man in diesen Fällen nie unterlassen sollte, wies dann stets Hörstörungen, auch Verletzungen der Knochen des inneren Ohres und oft noch eitrige Processe nach. Sonst handelt es sich bei den Unfallsneurotikern entweder um das, was man neurasthenischen Schwindel nennt; die Kranken haben das Gefühl, als ob plötzlich der Boden unter ihnen wiche, und sie ins Leere träten, sie glauben zu schwanken und fürchten, dass man sie für Betrunkene halten könne; oder um das Gefühl plötzlicher Schwäche, einer herannahenden Ohnmacht. Der Kranke fühlt sich wie berauscht (Oppenheim), fürchtet einen Schlaganfall zu bekommen, kalter Schweiss bricht ihm aus, aber zu einer eigentlichen Bewusstseinspause kommt es nicht. Schliesslich kommen auch agoraphobische Erscheinungen bei den Unfallskranken vor und werden als Schwindel bezeichnet.

Sehr häufig klagen Unfallsranke über einen beim Bücken und Senken des Kopfes eintretenden Schwindel; dieser Schwindel ist häufig die wichtigste Ursache für die Arbeitsunfähigkeit derjenigen Kranken,

die sich bei ihrer Arbeit viel bücken müssen, was ja bei den meisten Arbeitern der Fall ist. Lässt man solche Kranke sich bücken, so sieht man manchmal, dass der Kopf hochroth wird, die Arterien stark pulsiren, die Augen hervortreten, dann nimmt meist der Puls an Frequenz zu; in anderen Fällen kann sich seine Zahl aber auch verringern (Erben's Symptom). Wegen der Werthschätzung dieser Symptome rath Oppenheim genau darauf zu achten, dass die Kranken nicht etwa beim Bücken den Athem anhalten, da das natürlich dieselben Erscheinungen hervorruft. Sehr wichtig ist auch die Angabe Oppenheim's, dass starker Schwindel besonders nach Kopfverletzungen vorkommt und nach schweren, besonders wenn es sich um feinere organische Veränderungen des Gehirnes handelt, wohl kaum ganz fehlt.

Typische und auch abortive Menière'sche Schwindelanfälle sind nicht zu simuliren; meist kann man auch, wie gesagt, die organische Veränderung des Nervus VIII oder des inneren Ohres nachweisen. Ebenso wenig lassen sich die von Oppenheim beschriebenen Symptome beim Bücken vortäuschen. Im Uebrigen sind die erwähnten Schwindelerscheinungen rein subjectiver Natur; sie können vollständig erdichtet werden und werden es thatsächlich wohl nicht so selten. Man muss darauf achten, ob die Angaben der Kranken über ihre Schwindelsymptome denen entsprechen, die in unverdächtigen Fällen, z. B. über den so charakteristischen neurasthenischen Schwindel gemacht werden, und die ich oben angeführt habe; natürlich gewinnen die Angaben über Schwindel noch an Werth, wenn sich die Schwindelanfälle, mit anderen nervösen Symptomen, so öfters mit Kopfschmerzen, combiniren.

Krampfanfälle.

Es ist seit altersher bekannt und durch vielseitige Beobachtungen bewiesen, dass epileptische Anfälle die Folgen von Kopfverletzungen, auch ohne nachweisbare Veränderungen des Centralnervensystemes sein, können; ja, diese Anfälle können auch nach einem einmaligen heftigen Schrecken eintreten und dann wiederkehren. In diesen Fällen muss man wohl eine epileptische Prädisposition annehmen. Ich kann hierauf nicht näher eingehen; aus praktischen Gründen habe ich die Epilepsie, die in einem anderen Theile dieses Werkes eingehend behandelt ist, von den Unfallsneurosen sensu strictiori abgetrennt. In meinem Falle 2 (siehe oben) traten zu der hysterotraumatischen Armlähmung später epileptische Krämpfe auf alkoholischer Grundlage, in der der Patient zu Grunde ging.

Sehr selten, wie überhaupt, ist auch nach Unfällen das Vorkommen der Reflexepilepsie; Oppenheim hat einen solchen Fall gesehen und eingehend beschrieben. Ueber die Genese der Reflexepilepsie herrscht bekanntlich noch immer Streit. In den meisten Fällen handelt es

sich um echte, typische hysterische Anfälle. Doch glaube ich, dass manchmal auch, besonders nach Fingerverletzungen, bei denen die Reflexepilepsie besonders oft und nicht selten in rudimentärer Weise, — einfache Zuckungen im Arme — vorkommt, auf dem Wege einer Art von Neuritis ascendens, — ich lege dabei gar keinen Werth auf die Bezeichnung Neuritis, obgleich ich eine ascendirende Nervenentzündung nicht so schroff leugnen möchte wie Möbius und Oppenheim — von der Narbe aus Veränderungen in der Hirnrinde entstehen können, die eine Art Jackson'sche Epilepsie bedingen, so dass dann die Aura immer im verletzten Theile auftritt und die Krämpfe hier beginnen; gerade Oppenheim's Fall 33, bei dem die Krämpfe, was für Hysterie spricht, durch Druck auf die Narbe sich auslösen liessen, stützt im Uebrigen diese Auffassung; ebenso auch sein Fall 34.

Allgemeine hysterische Convulsionen sind auch nach meiner Erfahrung, ebenso wie nach der Oppenheim's bei den Unfallsverletzten ausserordentlich selten. Das liegt wohl daran, dass es sich hier fast nur um männliche Hysterische handelt und bei diesen sind, wenigstens in Deutschland, die allgemeinen Krämpfe höchst selten. Ich konnte nur einmal bei einem Kranken mit hysterotraumatischer Lähmung des rechten Armes durch andauerndes Beklopfen der Patellarsehnen erst Schüttelkrampf des betreffenden Beines, dann allgemeine hysterische Convulsionen auslösen.

Etwas häufiger, aber immerhin noch recht selten, sind umschriebene andauernde rhythmische clonische Krämpfe einer oberen Extremität ohne jede Bewusstseinsstörung; beobachtet sind sie einigemale von Oppenheim, dann von anderen Autoren. Neuerdings hat Eulenburg einen classischen Fall derart beschrieben. Sie treten wie die hysterische brachiale Monoplegie wohl besonders nach directen Armverletzungen, aber auch ohne diese (siehe meine Fälle) auf. Die Bewegungen zeigen sich vor Allem am Schultergelenke, führen zu Abduction, Adduction und Rotation der Schulter; Pro- und Supination des Armes. Ich selber habe rasch hintereinander drei typische Fälle der Art gesehen; zweimal am rechten, einmal am linken Arme. Der erste Fall betraf einen Soldaten, wo die Krämpfe nach heftigem Schrecken plötzlich eintraten; der zweite Fall war ein Arbeiter, der eine Kopfverletzung erlitten; im dritten Falle handelt es sich um einen Führer der elektrischen Strassenbahn, der bei einer Entgleisung in Folge eines über die Schienen liegenden Baumes vom Wagen geschleudert war; genaueres war hier über die erste Verletzung nicht bekannt, schwere chirurgische Unfallsfolgen hatten aber nicht bestanden. Im ersten Falle hörten

die Krämpfe auch im Schlafe nicht ganz auf. Hier beschränkten sich die Krämpfe im Allgemeinen auf die Strecker und Beuger des Handgelenkes, auch leichte Pro- und Supinationsbewegungen kamen hier vor; die Finger blieben ruhig; hielt man aber die Hand fest, was leicht gelang, so traten Krämpfe in der Schulter auf. Der Arm war stark paretisch für Willkürbewegungen und anästhetisch in typisch hysterischen Grenzen bis zur Schulter. Im zweiten Falle betrafen die Cloni Hand- und Fingerbeuger; die Fingerbeuger standen auch in dauernder Contractur, die wie oft bei Hysterie sehr zunahm, wenn man die Finger zu strecken suchte. Hier waren die Krämpfe allmählich während einer mechanischen Behandlung eingetreten; Säger konnte in diesem Falle auch eine hysterische Gesichtsfeldeinengung nachweisen. Im dritten Falle handelte es sich vor Allem um Pro- und Supinationsbewegungen durch Rotation in der Schulter; führt man hier den ganz gestreckten Arm an der Hand nach vorn, so wird er mit einigen Rucken wieder nach hinten gezogen. Auch hier war das Schmerzgefühl bis zur Schulter verringert; auch das Lagegefühl gestört; häufig fanden sich Schmerzen im Arme. Alle drei Fälle gehörten also sicher in das Gebiet der Hysterie; ich glaube auch die gleichen Fälle ohne Stigmata. In allen Fällen nahmen hier die Krämpfe sehr zu bei Untersuchung und Beobachtung der Kranken. Seltener, wenn auch beobachtet, sind ähnliche dauernde Cloni in anderen Muskelgruppen; Oppenheim erwähnt *Tic convulsif* ähnliche Krämpfe im Gesichte; ich selber sah sie einmal am rechten Beine und speciell am Fusse, hatte hier aber den dringenden Verdacht auf Simulation. In den Hals- und Nackenmuskeln, wo ähnliche Krämpfe sonst, wenn auch nicht immer auf hysterischer Grundlage, häufig sind, habe ich sie bei Unfallsverletzten noch nicht gesehen. Die hysterischen Cloni sind sehr hartnäckig, ich beobachte sie jetzt in meinem dritten Falle in gleicher Stärke durch drei Jahre trotz andauernder Behandlung.

Die Frage nach der Simulationsmöglichkeit der Epilepsie brauche ich hier nicht zu erörtern; sie beschäftigt die Aerzte seit den ältesten Zeiten; typische, epileptische Anfälle zu simuliren dürfte jedenfalls sehr schwer sein und die rudimentären Anfälle kennen die Simulanten nicht; ebenso schwer sind Anfälle von Reflexepilepsie, leichter wohl allgemein hysterische, für kurze Zeit nachzumachen; namentlich sind die Reflexepilepsieanfälle wohl ohneweiters als echt anzusehen, wenn sie nach den Lehren der Hirnlocalisation verlaufen. Bei den localen Cloni, die an sich natürlich leicht zu simuliren sind, muss die Andauer der Krämpfe durch Monate und Jahre wohl schliesslich gegen Simulation entscheiden; auch kommen hier die hysterischen Stigmata für die Diagnose in Betracht, die ja allerdings auch fehlen können.

Gefühls- und Sinnesstörungen.

a) Schmerzen, Parästhesien und Hyperästhesien.

Mannkopf'sches Symptom.

Störungen der Sensibilität kommen bei den Unfallsneurosen sowohl als Reiz- wie als Lähmungssymptome, und zwar sowohl an den eigentlichen Gefühlsnerven wie an den Sinnesorganen vor. An den Gefühlsnerven äussern sich die Reizerscheinungen vor Allem als Schmerzen. Dreierlei Arten von Schmerzen kann man bei den Unfallsneurosen unterscheiden. Zunächst in Betracht kommen diejenigen, die an der Verletzungsstelle selbst oder bei allgemeinen Körpererschütterungen an den verschiedensten Körperstellen setzen und die auf directen Contusionen der Haut, der Muskeln und der Knochen, auf Zerrungen von Bändern und Gelenken, auf Quetschungen peripherer Nerven beruhen. Auch aus der Nichtunfallspraxis wissen wir, wie hartnäckig und wie stark solche Schmerzen sein können; selbst nach scheinbar ganz leichten Traumen. Besonders andauernd pflegen Schmerzen nach Gelenkverletzungen zu sein, wenn das Trauma die Gegend des Schulter-, Knie- oder Sprunggelenkes betroffen hat. In letzterem Falle hüte man sich übrigens vor der Verwechslung mit den nicht so seltenen Brüchen der Fusswurzelknochen. Bei Verletzungen am Kopfe sitzen die Schmerzen besonders gerne im Nacken oder an der Austrittsstelle der sensiblen Nerven aus dem Schädel, sowohl im Gebiete des N. occipitalis wie des Trigemini ein. Wenn, wie so oft, das Trauma direct den Rücken betroffen hat, können auch spontane und Druckschmerzen umschriebener oder ausgebreiteter Art hier sehr erheblich sein; erstere natürlich besonders bei Bewegungen oder bei Hustenstößen und Niesen. Tritt in solchen Fällen ganz langsam und allmählich unter zunehmenden Schmerzen eine spitzwinklige Difformität der Wirbelsäule auf, so kann man auch an Kümmel's rareficirende Ostitis denken, die aber nach Kocher meist auf einem primären indirecten Wirbelkörperbruche beruht. Doch ist diese Diagnose in letzter Zeit jedenfalls zu häufig gestellt; z. B. in dem anatomisch untersuchten Falle von Nonne bei dem in vivo allgemein an die Kümmel'sche Knochenerkrankung gedacht war, war die Wirbelsäule vollkommen gesund.

Alle am Orte des Traumas selbst sitzenden und auf directen Contusionen beruhenden Schmerzen pflegen auf Druck und bei Bewegungen der betreffenden Theile zuzunehmen; so die Rückenschmerzen beim Aufstehen, Niedersetzen und Niederlegen sowie beim Bücken; die Gelenkschmerzen natürlich bei jeder Inanspruchnahme der betreffenden Gelenke. Auf jede mögliche Art und jeden möglichen Ort dieser Schmerzen einzugehen, ist unmöglich.

In zweiter Linie handelt es sich bei den Schmerzen der Unfallsneurotiker um typisch neurasthenische Schmerzen; sie sind besonders häufig bei den schweren Mischformen dieser Neurosen, dann bei reiner Neurasthenie, respective bei hypochondrischer Neurasthenie.

Vor Allem häufig, was schon Charcot auffiel, und ihn seine einseitige Auffassung der Verletzungsneurosen als reine Neurasthenie aufgeben liess, ist der neurasthenische Kopfschmerz. Meist handelt es sich hier, wie bekannt, nicht um eigentliche Schmerzen, sondern entweder mehr um eine Art von dumpfem Druck oder Schwere im Kopfe, oder es wird im Gegentheil über ein Gefühl von Leere oder über schwindelähnliche Sensationen geklagt. Der Kopfdruck nimmt meist beim Arbeiten sehr zu. In zweiter Linie steht der fast immer vorhandene neurasthenische Rückenschmerz, über den vorzüglich an den unteren Partien, an der Lendenwirbelsäule und am Kreuzbeine geklagt wird; meist ist der Ort des Schmerzes nicht genau die Mittellinie, sondern er sitzt etwas seitlich davon in den langen Rückenmuskeln. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich auch um eine Art Muskelschmerz, der von der Ermüdung abhängt; die hochgradig gesteigerte Muskelermüdbarkeit ist wohl überhaupt eine wesentliche Erscheinung bei der Neurasthenie und sie äussert sich in Schmerzen, vor Allem natürlich in denjenigen Muskeln, die wie die Rückenmuskeln ziemlich andauernd functioniren müssen.

In dasselbe Gebiet der Ermüdungsschmerzen gehören auch die häufigen schmerzhaften Schwächegefühle in den Beinen und in den Armen (Brachialgie, Oppenheim); diese Schmerzen nehmen auf Druck nicht zu, können sogar dabei gelinder werden.

In manchen Fällen dieser neurasthenischen, manchmal vielleicht auch bei den directen Contusionsrückenschmerzen kommt es zu ein- oder doppelseitigen Contracturen der Rückenmuskeln, da diese das Bestreben haben, die schmerzenden Partien möglichst ruhig zu halten. Stärkere derartige Contracturen können auch Difformitäten (Kyphosen und Skoliosen) der Wirbelsäule bedingen und die sogenannte Kümmer'sche Krankheit vortäuschen (Oppenheim, Schuster). In diesen Fällen ist dann aber der Buckel rasch nach dem Unfalle entstanden.

Schliesslich kommen noch hysterische Schmerzen in Betracht. Dahin gehört vor Allem die Hyperästhesie der Dornfortsätze der Wirbel, die manchmal fast alle Wirbel betrifft (Spinalirritation); wie das für hysterische Symptome charakteristisch ist, sind diese Schmerzen oft von ausserordentlicher Intensität; namentlich ist oft schon die leiseste Berührung der Haut über den Dornen enorm empfindlich, während tiefer Druck oft weniger schmerzhaft ist. Manchmal zucken die Kranken schon mit dem ganzen Körper zusammen, wenn man sich mit der Hand den empfindlichen Stellen nur nähert. Es ist ja längst bekannt (Brodie,

Stromeyer), dass auch bei den hysterischen und meist traumatischen Gelenkneuralgien die Haut über dem Gelenke empfindlicher ist als die Gelenke selbst; über die übrigen Symptome dieser sehr bekannt hysterischen Gelenkneurosen brauche ich hier weiter nichts zu sagen. Eigentliche typische Neuralgien sind, wie auch Oppenheim angibt, bei den Unfallsneurosen selten, natürlich abgesehen von directen Quetschungen peripherer Nerven, wie sie manchmal auch bei Schädeltraumen vorkommen; auch hysterische Neuralgien habe ich nie gesehen.

Parästhesien und Hyperästhesien kommen natürlich bei den Unfallsneurosen in sehr wechselnder Art und mit sehr wechselndem Sitze vor; auf Alles hier einzugehen, ist wohl unmöglich. Es handelt sich, wieder nach Oppenheim, um ganz ähnliche Gefühle wie bei organischen Erkrankungen des Nervensystemes, also um Sensationen wie Kriebeln, Ameisenkriechen, Eingeschlafensein, pelziges, taubes Gefühl, Kälte- und Hitzegefühl. Nach Oppenheim sollen gerade diese oft andauernden und dadurch sehr quälenden Parästhesien den Boden für hypochondrische Ideen bereiten.

Die Beurtheilung der Schmerzen bei den Unfallsneurosen und vor Allem die Entscheidung der Frage, ob es sich um wirklich vorhandene oder um vorgeläuschte Schmerzen handelt, unterliegt natürlich manchmal den grössten Schwierigkeiten. Vor Allem kommt es darauf an, auf das Genaueste zu untersuchen und, namentlich bei Schmerzen an Knochen oder Gelenken, nicht die Hilfe auch ausser Acht zu lassen, die eine genaue Röntgenuntersuchung uns gewähren kann. Ich habe es mehrfach erlebt, dass Schmerzen für einfach nervöse, ja auch für simulirte angesehen werden, während die X-Strahlen den Nachweis grober anatomischer Veränderungen, z. B. Calcaneusbruch, Hüftluxationen etc. etc. lieferten. Im Uebrigen liegt die Sache am klarsten für die neurasthenischen Schmerzen; ihre Symptomatologie ist so charakteristisch, dass man an ihrer Echtheit nicht zweifeln kann, wenn man sie vom Kranken typisch geschildert erhält. Ebenso liegt die Sache z. B. auch bei der hysterischen Wirbelhyperästhesie, der Spinalirritation. In Bezug auf die localen Schmerzen in der Gegend des Traumas dagegen wird man nicht immer zu einer sicheren Entscheidung kommen können; manchmal muss man sich hier mit einem „non liquet“ begnügen. Doch halte man sich hier vor Allem stets vor Augen, dass man auch in ganz unverdächtigen Fällen, z. B. nach Schultergelenkscontusionen, sehr erhebliche, und langandauernde, die Functionsfähigkeit des Armes aufs Empfindlichste störende Schmerzen ohne jeden objectiven Befund beobachten kann, und dass wir hier an dem wirklichen Vorhandensein der Schmerzen keinen Augenblick zweifeln; dass aber doch a priori kein Grund

vorliegt, dieselben objectiv nicht zu erhärtenden Erscheinungen beim verletzten Arbeiter oder beim versicherten Privatmann als simulirt anzusehen, weil diese eine Rente, respective eine Entschädigung beanspruchen. Gerade in dieser Richtung lässt man sich nicht selten ungerecht beeinflussen.

Bei genauerer Beobachtung objectiviren sich übrigens auch diese Schmerzen oft deutlich; bei Schmerzen im Rücken hält der Kranke die Wirbelsäule beim Aufstehen und Niedersetzen oft ganz steif und hilft sich wesentlich mit den Armen; will er etwas vom Boden aufheben, so krümmt er nicht den Rücken, sondern setzt sich mit ganz steifem Rücken in die Kniebeuge und gelangt so mit der Hand zur Erde. Bei Schultergelenkschmerzen liegt der Arm fest am Rumpf, auch passive Erhebungen sind dann oft unmöglich. Bei Nackenschmerzen wird der Kopf ängstlich steif gehalten; beim Niederlegen und Aufrichten stützt der Kranke den Kopf wie bei Caries der Halswirbelsäule. Schliesslich pflegen andauernde Schmerzen sich auch im Gesichtsausdrucke des Kranken deutlich auszuprägen.

Mannkopf und nach ihm Rumpf haben eine Methode — die sogenannte Mannkopf'sche Methode — angegeben, um gerade bei localisirten Schmerzen echte und simulirte zu unterscheiden. Beide Autoren geben an, dass ein Druck auf wirklich schmerzhaft Stellen die Pulsfrequenz bis um 30 Schläge in der Minute steigern könne, während bei nicht vorhandenen, simulirten Schmerzen eine solche Beschleunigung des Pulses ausbleibe. Ich kann mich in Bezug auf das Mannkopf'sche Symptom nur der Ansicht derjenigen Autoren anschliessen, und das ist die grosse Majorität, die demselben nur einen sehr bedingten Werth zuerkennen, vor Allem, weil es zu inconstant ist. Ist es in ausgeprägter Weise vorhanden, so ist es natürlich sehr werthvoll, und man kann dann Simulation wohl mit Sicherheit ausschliessen; ganz falsch aber ist es, aus dem Fehlen des Symptomes mit Sicherheit auf die Simulation angeblicher localer Schmerzen zu schliessen, wie Rumpf das wollte. Andererseits kann eine geringe Steigerung der Pulsfrequenz auch bei Druck auf die Stelle vorgetäuschter Schmerzen vorkommen; der Simulant gerade dreht und windet sich und stöhnt, wenn man seine angeblichen Schmerzstellen explorirt, und dabei kann natürlich die Herzthätigkeit zunehmen.

Nicht unwichtig ist es, schliesslich darauf hinzuweisen, dass bei Unfallsnervenkrankheiten Schmerzen wirklich vorhanden sein können,

ohne durch die Verletzung beim Unfall hervorgerufen zu sein. Es handelt sich da entweder um bewusste oder noch häufiger wohl um eine unbewusste falsche Darstellung des Kranken vom ursächlichen Zusammenhange. Es kommt nicht nur bei den Ungebildeten und in den körperlich arbeitenden Kreisen vor, dass lange vorhandene Functionsstörungen erst bei Gelegenheit eines durch andere Ursachen bedingten Krankheitslagers dem Kranken zum Bewusstsein kommen und dann mit gutem Glauben auf dieselbe Ursache wie die letzte Erkrankung geschoben werden. Bei den Arbeitern sind namentlich wichtig in dieser Beziehung allerhand „rheumatische“ Schmerzen, ferner solche arterio-sklerotischer Natur; dann alkoholische Neuralgien; ferner Folgen früherer nicht der Entschädigungspflicht unterliegender Verletzungen. Auch sonstige schmerzhaft organische Erkrankungen können natürlich neben der Unfallsneurose bestehen und müssen als solche erkannt werden; doch gelingt natürlich dieser Nachweis nicht immer leicht und man kann dann in grosse Verlegenheit kommen. Für die alkoholischen Schmerzen ist ein echt neuralgischer, reissender Charakter und Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme typisch; während, wie erwähnt, echte Neuralgien bei den Unfallsneurosen sonst selten sind.

Von den Hyperästhesien und Parästhesien der Sinnesorgane sei hier vor Allem die nicht seltene übermässige Lichtempfindlichkeit der Augen erwähnt. Sie ist, bei grosser Intensität, meist ein hysterisches Symptom und findet sich dann nicht selten nach Traumen, die die Augen direct oder die Lidgegend betroffen haben, ohne schwere Verletzungen bedingt zu haben. Jeder nur geringe Lichtreiz führt dann zu Blendungserscheinungen, zum Thränen der Augen, zum Zukneifen der Lider; oft ist eine genaue Untersuchung der Augen, vor Allem mit dem Augenspiegel, kaum möglich. Die Lichtempfindlichkeit kann auch jede feine Arbeit, auch das Lesen verhindern. Nicht selten verbindet sich diese Lichtscheu mit subjectiven Lichtempfindungen; Sehen von feurigen Kugeln, Sternen, Strahlen oder im Gegentheil dunklen Flecken. Auch von *Mouches volantes* werden diese Kranken meist stark belästigt.

Die Hyperästhesie gegen Gehörseindrücke ist ein altbekanntes Symptom der Neurasthenie; bei Menière'scher Krankheit mit directer Verletzung der Hörnerven werden oft gewisse Tonreihen geradezu schmerzhaft und schwindelerzeugend empfunden. Dass von bei schweren Eisenbahnunfällen Verletzten manchmal das Pfeifen der Locomotive sehr unangenehm empfunden wird und directe Angstanfälle bedingen kann, habe ich schon erwähnt; doch ist das natürlich keine einfache Hyperästhesie des *Acusticus*, sondern eine psychische, durch Erinnerung an den Unfall bedingte Störung.

Anästhesien der Haut und der Sinnesorgane. Sonstige Störungen der Sehorgane.

Auch die Anästhesien bei den traumatischen Neurosen betreffen sowohl die Haut und die subcutanen Gewebe (Muskel- und Gelenkgefühle etc.), wie die Sinnesorgane; von den letzteren sind von Bedeutung vor Allem die concentrischen Gesichtsfeldeinengungen. Während aber die Schmerzen bei den Unfallsneurosen aus drei verschiedenen Quellen stammen können, sind die Anästhesien einheitlicher Genese — sie sind immer hysterischer Natur. Wenden wir uns zunächst zu den cutanen Anästhesien, und zwar zu ihrer besonders charakteristischen Localisation.

Es ist für die Anästhesien wie für die hysterischen Symptome überhaupt charakteristisch, dass sie sich in ihrer Gruppierung nicht nach den Regeln anatomisch-physiologischer Localisation im Gehirn, Rückenmarke oder den peripheren Nerven richten, sondern nach Anschauungen einer naiven, wenn ich so sagen darf, laienhaften Betrachtung des Organismus angeordnet sind; für diese besteht der Körper aus einer linken und einer rechten Hälfte; diese wieder aus Kopf- und Rumpfantheilen und aus den Extremitäten; die letzteren zerfallen wieder in Unterabtheilungen durch ihre Gelenke. Am wenigsten trifft diese Anordnung nach der naiven Betrachtung des Organismus noch zu für die allerdings nicht gerade häufigen typischen hysterischen Hemianästhesien; eine totale Anästhesie einer Körperhälfte ist wenigstens bei organischen Erkrankungen möglich, wenn auch recht selten; typisch für Hysterie würde es wieder sein, wenn die Hemianästhesie eine partielle in der Weise ist, dass z. B. nur die untere Partie des Rumpfes auf einer Seite und das gleichseitige Bein, oder nur eine Hälfte des Kopfes, der Brust und der gleichseitige Arm bei Freibleiben der unteren Hälfte der gleichen Körperseite anästhetisch sind. Sehr charakteristisch im oben angegebenen Sinne für die Hysterie ist es, wenn, wie oft, nur eine Extremität von Anästhesie befallen ist und diese direct an der oberen Grenze derselben (oberer Deltoidenansatz, Inguinalfalte) aufhört, oder gar die Anästhesie nur einen Theil der Extremität betrifft; Unterschenkel und Fuss, Unterarm und Hand, oder Hand und Finger, Füße und Zehen oder nur Zehen oder Finger, wobei dann die Anästhesie stets Grenzen hat, die kreisförmig um die Extremität senkrecht zu ihrer Längsachse verlaufen, und Vorder- und Hinterseite gleichmässig betrifft. Eine solche Anordnung kommt bei organischen Läsionen nicht vor; auch nicht bei Siringomyelie, wo man das früher behauptete, eine Behauptung, die aber durch genauere Untersuchungen Lehr's und Anderer, trotz des Widerspruches Brissaud's

widerlegt erscheint. Auch eine totale Anästhesie beider Unterschenkel hinten und vorn, bei vollständigem Freibleiben der Oberschenkel und der Genitalgegend, kann organisch nicht bedingt sein. Auch für den wenig Erfahrenen wird aber die Emancipation der Hysterie von den Gesetzen der Anatomie und Physiologie und die hysterische Natur der Gefühlsstörungen ohnweiters klar, wenn z. B. nur die behaarte Kopfhaut (eigene Beobachtung), diese aber in ihrer ganzen Ausdehnung; oder der Kopf und Nacken und obere Theile der Brust und der Arme (Puppenkopfform, Oppenheim) von der Anästhesie betroffen sind. Im höchsten Grade charakteristisch ist es auch, dass nach Kopfverletzungen Anästhesien nicht etwa gekreuzt mit der Verletzung sitzen, sondern auf der gleichen Seite; auch das gehört in das Gebiet der naiven Vorstellungen vom Organismus, die ja von der Kreuzung der Nervenbahnen im Gehirn nichts weiss. Im Uebrigen sitzen die Anästhesien bei Unfallsneurosen am häufigsten am direct verletzten Gliede, — wo gewöhnlich auch die übrigen Symptome, wie Schmerzen und eventuelle Lähmungen am stärksten, respective allein vorhanden sind. Qualitativ können die Anästhesien bei Unfallhysterie sehr verschieden sein. Nicht selten sind sie absolute; man kann dann die gefühllosen Hauttheile und auch die darunter liegenden Gewebe in der stärksten Weise durch Nadelstiche, heisse Gegenstände, Kneifen, starke elektrische Ströme etc. misshandeln, ohne dass die Kranken die geringste Schmerzáusserung machen, und auch ohne dass es zu Reflexzuckungen von Seiten der gereizten Haut kommt. In anderen Fällen besteht nur Hypästhesie; bis zu einer gewissen Intensität werden schmerzhaft Reize ertragen, dann aber treten wieder Schmerzempfindungen und auch Abwehrbewegungen ein.

Bei sehr geringen Hypästhesien bedarf es oft sehr genauer Prüfung, vielleicht eines sorgfältigen Vergleiches beider Körperhälften oder des Achtens auf kleine Differenzen im Auftreten der Reflex-, respective Abwehrbewegungen auf beiden Seiten, um sie zu erkennen.

Meistens sind alle Qualitäten der Hautempfindung erloschen oder gleichmässig abgestumpft. Es kann aber auch vorkommen, dass die Tastempfindung erhalten, die Schmerz- und Temperaturempfindung verloren sind; oder auch, dass die Anästhesie nur den Temperatursinn betrifft. Verlust des Tastsinnes allein bei erhaltenem Schmerz- und Temperatursinn erkennt Pitres als hysterisches Symptom nicht an; diese Störung würde auch sehr leicht zu simuliren sein. Bei Hypästhesien kann der Patient oft auch nicht angeben, wo der Reiz stattfindet; mangelhafte Localisation.

Seltener ist das Muskel- und das Lagegefühl gestört; am häufigsten noch bei brachialer hysterotraumatischer Monoplegie, wie in meinem Falle 2, und in einigen von Charcot. Von der Lage-

gefühlsstörung bei organischen centralen oder spinalen Erkrankungen unterscheidet sich die gleiche Störung bei Hysterie nicht; sie ist meist nur sehr erheblich, drastisch, massiv, wie die Franzosen sagen, wie das hysterische Störungen überhaupt gerne sind. Die Hautreflexe können sich in den hysterisch-anästhetischen Hautpartien sehr verschieden verhalten: meist sind sie vorhanden, vor Allem bei Hypästhesien und namentlich fehlen die constantesten unter ihnen, wie der Plantar- und der Cremasterreflex, oder die stärksten, wie der Conjunctival- oder Nasenschleimhautreflex kaum. Doch sollen sie, wenigstens nach Oppenheim, bei absoluten hysterischen Anästhesien auch fehlen können und bei Hypästhesien auf der weniger fühlenden Seite geringer sein, was dann jedenfalls sehr für die Echtheit der Anästhesie sprechen würde.

Ich komme nun zu den Anästhesien im Gebiete der Sinnesorgane, und zwar zuerst zu denen der Augen: der sogenannten concentrischen Gesichtsfeldeinengung. Wir verdanken die Kenntniss der im höchsten Masse wichtigen Thatsache, dass bei Hysterischen das Gesichtsfeld eine mehr minder grosse Einengung erleiden kann, der Charcot'schen Schule; den Nachweis, dass dasselbe auch bei den traumatischen Neurosen vorkommt, vor Allem den Untersuchungen von Thomsen und Oppenheim. Weitere ausgedehnte Untersuchungen über dieses Symptom und namentlich Bestrebungen, seinen Nachweis möglichst objectiv und sicher zu gestalten, um die Simulation so gut wie möglich auszuschliessen, verdanken wir Förster, beiden König, Wilbrandt und Sänger, von Frankl-Hochwart und Topolanski. Möbius war der erste, der in Deutschland speciell hervorhob, dass die Gesichtsfeldeinengung immer ein hysterisches Symptom sei; dass bei ihrem Nachweis die Unfallsneurose also entweder reine Hysterie sei oder jedenfalls hysterische Elemente neben neurasthenischen oder hypochondrischen enthalte; wesentlich gestützt wurde diese Auffassung, als ich an dem grossen Materiale von König nachweisen konnte, dass auch bei nicht traumatischen Neurosen die Gesichtsfeldeinengung sich fast immer gesellschaftet fand mit cutanen Anästhesien, deren hysterische Natur Niemand bezweifelte, und dass sie fehlte bei reinen Neurasthenien, bei denen auch Hautanästhesien sich nicht fanden. Das hat König selbst auch später als richtig anerkannt. Bei dieser specifisch hysterischen Natur der constanten und reinen concentrischen Gesichtsfeldeinengung, die dann dauernd oder wenigstens temporär eine gleichmässige ist — von der Gesichtsfeldermüdung (siehe unten) sehe ich hier zunnächst ab — ist es natürlich ohneweiters klar, dass sie nicht bei allen Unfallsnervösen nachweisbar ist, dass sie sogar oft fehlen kann und dem einzelnen Beobachter, je

nachdem er mehr hysterische oder mehr neurasthenisch-hypochondrische Fälle zu sehen bekommt, zufällig mehr oder weniger oft begegnen kann. Gerade diese Umstände wurden wenigstens von den Autoren, die sie selten sahen, gegen die Echtheit und Bedeutung der concentrischen Gesichtsfeldeinengung ins Feld geführt.

Die primäre und constante hysterische Gesichtsfeldeinengung zeigt in Kürze folgendes klinische Bild: Die Einengung ist eine nach allen Seiten gleichmässige, concentrisch in diesem, nicht im mathematischen Sinne, da ja das normale Gesichtsfeld nicht ein Kreis ist, sondern median wegen der Nase, nach oben wegen des Augenbrauenbogens nicht so ausgedehnt ist, wie nach aussen und unten. Die Einengung kann eine sehr geringe sein — und gerade diese geringen Einengungen halten Wilbrandt und Sänger für unmöglich simulirbar; oder sie reicht fast an den Fixirpunkt, aber auch in diesen hochgradigen Fällen sind die Kranken bei ihrer Orientirung im Raume nicht gestört. Gewöhnlich sind die Farbengesichtsfelder noch mehr eingeengt als das für weiss; auch kann es vorkommen, dass letzteres normal weit ist und nur die Farbengesichtsfelder eingeengt sind. Eine Umkehr der Farbengesichtsfelder, bei der das für blau enger ist als das für roth — die Charcot als charakteristisch für die Hysterie ansah — ist jedenfalls sehr selten und kann auch durch Ermüdung vorgetäuscht werden, wenn roth vor blau geprüft wird. Die centrale Sehschärfe kann bei hysterischer Gesichtsfeldeinengung normal oder auch herabgesetzt sein. Eine wichtige Eigenthümlichkeit der hysterischen Gesichtsfeldeinengung und ein Fingerzeig für ihre Natur ist es — und diese Erscheinung wurde früher oft fälschlich als ein Grund zur Annahme einer Simulation angesehen — dass bei Prüfungen des Gesichtsfeldes, z. B. an einer Tafel, die Ausdehnung desselben oft absolut immer dieselbe bleibt, ob man den zu Untersuchenden dicht an oder fern von der Tafel stellt, während natürlich bei weiterer Entfernung von der Tafel der Gesichtskreis auf dieser in Wirklichkeit grösser werden muss. Die Einengung kann ein- oder doppelseitig sein; letzteres ist häufiger; doch ist dann meist die Einengung nicht beiderseits gleich stark.

Zu diesem Typus der hysterischen Gesichtsfeldeinengung bei den traumatischen Neurosen haben spätere Untersuchungen dann noch wesentliche Zusätze gebracht, Untersuchungen, deren vornehmstes Bestreben war, gerade die Gesichtsfelduntersuchung möglichst „objectiv“ und so zu einer besonders werthvollen Grundlage für die Diagnose „traumatische Neurose“ und gegen die Annahme einer Simulation zu machen. So konnte König nachweisen, dass der sogenannte Verschiebungstypus Förster's auch bei den durch traumatische Hysterien eingeengten Gesichtsfeldern vorkommt. Förster hatte schon vor langen Jahren in

Fällen sogenannter Anaesthesia retinae, die wir heute wohl zur Hysterie rechnen, gefunden, dass ein Object, das von der Peripherie des Gesichtsfeldes nach dem Fixirpunkte geführt wird, eher in den Gesichtskreis eintritt, dass umgekehrt ein vom Centrum nach der Peripherie geführtes eher aus ihm austritt; dass also im ersteren Falle das Gesichtsfeld nach der betreffenden Seite grösser ist als im letzteren. Führte er nun ein Object in jedem Meridiane zuerst von der temporalen Seite durch den Fixirpunkt zur nasalen Seite und dann nach einer Pause umgekehrt, so erhielt er zwei Gesichtsfelder, die sozusagen aufeinander verschoben waren; das erste war temporal, das zweite nasal grösser. Ein solcher Befund bei gleichzeitiger concentrischer Einengung ist natürlich kaum zu simuliren und stützt sehr die „Objectivität“ und Echtheit dieses Untersuchungsergebnisses.

Wilbrandt und Sängner konnten dann später den Nachweis führen, dass der Förster'sche Verschiebungstypus dadurch zu Stande kommt, dass die Netzhaut während des Durchgehens des Objectes durch das Gesichtsfeld ermüdet, dass also die Grenze des Gesichtsfeldes beim Austritt des Objectes immer näher am Fixirpunkte liegt als beim Eintritt; führt man also das Object durch einen ganzen Meridian zunächst von aussen temporal nach innen nasal, so muss das Gesichtsfeld nach der temporalen Seite grösser sein; macht man es umgekehrt, auf der nasalen. Darauf weiter fortgesetzte Untersuchungen lehrten diese Autoren dann, dass diese Ermüdbarkeit der Netzhaut bei allgemeinen nervösen Störungen und auch bei den Unfallsneurosen sehr häufig vorkommt; führten sie z. B. ein Object nur im horizontalen Meridian zuerst von der Schläfen- nach der Nasenseite und dann umgekehrt, so war bei vorhandener Ermüdbarkeit der Punkt, wo das Object bei der zweiten Führung temporalwärts wieder verschwand, näher am Fixirpunkte, als der, wo es hier zuerst eingetreten war; dasselbe kam an der Nasenseite zu Stande, wenn das Object nun wieder nasalwärts geführt wurde und so fort, bis schliesslich eine mehr weniger erhebliche Einschränkung als dauernde, bei weiteren Ermüdungsversuchen nicht mehr zu verändernde übrig blieb (sogenannte Ermüdungseinschränkung).

Bei besonderer Anordnung dieses Ermüdungsversuches konnte man ein vollkommen spiralisches Gesichtsfeld herausfinden. Die Ermüdungseinschränkung kam vor bei primär normalem oder auch bei primär schon concentrisch eingeengtem Gesichtsfelde. Alle diese Untersuchungsergebnisse konnte auch König später an einem grossen Materiale bestätigen. Hervorheben will ich noch, dass nach meiner Ansicht die primär concentrische Einengung ein typisch hysterisches Symptom ist, dass dagegen die Ermüdungseinschränkung im Allgemeinen als ein nervöses, neurasthenisches Symptom

bezeichnet werden muss; da bei den traumatischen Neurosen sich Hysterie und Neurasthenie fast stets mischen, so ist es leicht erklärlich, dass hier neben der constanten hysterischen Gesichtsfeldeinengung auch die Ermüdbarkeit sehr häufig ist.

Wilbrandt's Verdienste um die möglichst grosse Sicherung und Objectivirung der durch die Gesichtsfelduntersuchung gewonnenen Resultate sind damit aber noch nicht erschöpft. Wesentlich vermehrt hat er dieselben noch durch eingehende Untersuchungen über die sogenannte Erholungsausdehnung des Gesichtsfeldes im absoluten Dunkelraume, die er uns in seiner letzten grossen Arbeit mitgetheilt hat. Durch diese Untersuchungen, zu deren Ausführung allerdings ein etwas complicirter, nur im Krankenhause herzustellender Apparat nöthig ist, konnte Wilbrandt beweisen, dass durch Erholung im absoluten Dunkelraume das Gesichtsfeld der Gesunden eine grössere Ausdehnung erreichte, als man es bisher kannte; dass ferner vorher ermüdete Gesichtsfelder im Dunkelraume, wenn die Ermüdung eine nicht zu schwere ist, rasch wieder ihre frühere Ausdehnung gewinnen; dass diese Erholung, je nach dem Grade der Ermüdung, rascher oder langsamer eintritt; dass unter Umständen, namentlich bei schon primär, nicht künstlich concentrisch eingeengten Gesichtsfeldern Stunden bis zur Erholung vergehen; ja, dass in ganz schweren Fällen hysterischer (primärer) Einengung auch bei einem Aufenthalte von 24 Stunden im Dunkelraume jede Erholungsausdehnung ausbleiben kann. Namentlich die verlangsamte Erholungsausdehnung im Dunkelraume ist wohl ein Verhalten, das den Verdacht einer Simulation nicht mehr aufkommen lassen kann.

Von sehr viel geringerer Bedeutung als die Störungen des Sehens sind bei den Unfallsneurosen die Affectionen des Gehörs. Es handelt sich um eine gewöhnlich einseitige, sehr selten doppelseitige, mehr weniger starke Herabsetzung des Gehörs, deren nervöser Ursprung wahrscheinlich gemacht wird durch eine starke Veränderung der cranio-tympanalen Leitung (Baginsky). Die geringere Bedeutung der sensorischen Störungen auf acustischem gegenüber denen auf optischem Gebiete hat verschiedene Gründe; erstens sind diese acustischen Störungen sehr viel seltener als die optischen; zweitens sind sie sehr viel schwieriger zu beurtheilen und mit Sicherheit auf rein nervöse oder psychische Störungen zurückzuführen. Die Functionsprüfungen der Augen sind sehr viel feiner ausgebildet und sehr viel sicherer als die des Ohres; vor Allem wird eine sichere Zurückführung von Hörstörungen auf eine nervöse Grundlage oft sehr erschwert durch gleichzeitig vorhandene alte Erkrankungen des Mittelohres; es ist dann oft kaum möglich zu sagen, was von den Störungen auf die periphere, was auf die centrale Ursache zu schieben ist.

Auch ein- oder doppelseitige Störungen des Geruches oder Geschmackes kommen schliesslich bei den traumatisch-hysterischen Neurosen vor; entweder handelt es sich um volle Aufhebung oder um eine Herabsetzung dieser Empfindungen. Die Prüfung auf diese Störungen ist eine einfache; nur soll man sich sowohl bei den Geschmacks- wie bei den Geruchsprüfungen auf rein schmeckende, respective riechende, nicht zugleich den Trigemini reizende Substanzen (starke Säuren, Ammoniak etc.), beschränken. Oppenheim hebt auch bei den Prüfungen dieser Sinne hervor, dass ihre Resultate sich unter Umständen einigermassen objectiviren; z. B. wenn Ekel-, Würg- und Abwehrbewegungen bei sehr schlecht riechenden (*Asa foetida*) oder schmeckenden (*Chinin*, *Quassia*) Substanzen ganz ausbleiben.

Wichtig ist es noch, ein paar Worte hinzuzufügen über das Verhältniss der Sinnesstörungen und speciell der Gesichtsfeldeinengungen zu den cutanen Anästhesien. Meistens ist es so, dass wo eine der beiden Störungen sich findet, man auch die andere nachweisen kann; im Einzelnen herrschen hier aber grosse Verschiedenheiten. Einseitige cutane Anästhesie kann sich z. B. mit einseitiger, meist gleichseitiger Gesichtsfeldeinengung verbinden; meist sind aber auch bei Hemianästhesie beide Gesichtsfelder eingeengt; dann oft das auf Seite der Anästhesie stärker. Bei doppelseitiger Hautanästhesie besteht meist auch eine doppelseitige, beiderseits oft nicht gleichmässig starke Gesichtsfeldeinengung; sehr selten ist die Gesichtsfeldeinengung in diesen Fällen nur einseitig. Doch können doppel- und einseitige Gesichtsfeldeinengungen auch bestehen ohne jede cutane Anästhesie; selten sind cutane Anästhesien ohne jede Gesichtsfeldeinengung, doch kommt auch diese Variation entgegen den Angaben von Thomsen und Oppenheim sicher vor. Das Verhalten der Gehörs-, Geschmacks- und Geruchsstörungen zu den cutanen Anästhesien unterscheidet sich nicht von dem der Gesichtsfeldeinengung; es können neben den Hautanästhesien alle übrigen Sinne ein- oder doppelseitig gestört sein, oder nur einzelne, respective ein einziger.

Was die Häufigkeit des Vorkommens sensibel-sensorischer Anästhesien bei den traumatischen Neurosen anbetrifft, so kann ich da nur nach meinen eigenen Erfahrungen urtheilen. Wie schon gesagt, sind diese Störungen typisch hysterisch und sie kommen deshalb nur bei denjenigen Fällen von Unfallsneurosen vor, die entweder reine Hysterie sind, oder bei denen doch jedenfalls, neben anderen, hysterische Elemente sich finden. Dieser früher überschene Umstand ist vielleicht ein Grund mit dafür, dass den einzelnen Autoren diese Symptome so sehr verschieden häufig aufgestossen sind und deshalb die Angaben über ihre Häufigkeit so erheblich differiren.

Ich selber habe unter den ersten acht von mir publicirten Fällen von traumatischen Neurosen 4mal Gesichtsfeldeinengungen und dann jedesmal auch cutane Anästhesien gefunden, also in 50 Procent; im Jahre 1893 habe ich meine Resultate nochmal zusammengestellt; unter 39 Fällen fand ich 14mal concentrische Gesichtsfeldeinengungen, also in etwa einem Drittel der Fälle; diese 14 Fälle fanden sich aber unter 18, die entweder reine Hysterie waren oder hysterisch neurasthenische Mischformen; in den meisten dieser Fälle fanden sich auch cutane Anästhesien. Die übrigen 21 Fälle waren reine Fälle von Unfallsneurasthenie, respective -Hypochondrie. Ich muss auch nach meinen späteren Erfahrungen die sensibel-sensorischen Anästhesien bei den Unfallsneurosen für häufig halten, namentlich die geringeren Grade von Gesichtsfeldeinengung; zusammengestellt habe ich meine Befunde später aber nicht mehr und muss auch zugeben, dass ich speciell die Gesichtsfeldprüfung, in den letzten Jahren in ohnedies diagnostisch klaren Fällen nicht immer angestellt habe; verweisen will ich in dieser Beziehung noch auf die meine Ansichten stützenden Mittheilungen Nonne's aus dem Jahre 1895.

Ich habe die bei den traumatischen Neurosen vorkommenden hysterischen Anästhesien der Haut und der Sinnesorgane deshalb so eingehend geschildert, weil ich ihrem Nachweise grosse Bedeutung für die Diagnose der Unfallsneurosen, speciell der Unfallhysterie und ihrer Mischformen, und vor Allem für die möglichst sichere Ausscheidung einer Simulation beimesse. Bekanntlich sind aber die Ansichten über den Werth dieser Untersuchungsergebnisse sehr verschiedene, und der Kampf der Meinungen ist gerade hier ein sehr lebhafter gewesen. Neuerdings hat sich auch Strümpell, der in seinen ersten Arbeiten über diesen Gegenstand und auch noch als Referent 1893 in Wiesbaden diese Symptome und ihren Nachweis für ganz besonders wichtig hielt, zu der Meinung bekannt: Die Anästhesien und die Gesichtsfeldeinengungen seien keine objectiven Symptome; ihr Nachweis spreche deshalb nicht ohneweiters gegen Simulation und beweise nichts für oder wider die Arbeitsfähigkeit des Verletzten; ja, es sei vielleicht besser, gar nicht darnach zu suchen, da diese Symptome durch die Untersuchung auf dem Wege der Suggestion erst entstehen könnten.

Diesen Einwendungen gegenüber, die bei einem Autor wie Strümpell natürlich sehr schwer genommen werden müssen, ist Folgendes zu bemerken: Sicher sind die sensibel-sensorischen Anästhesien nicht „objective“ Symptome im strengen Sinne des Wortes, wie z. B. eine

Pupillenstarre oder eine Sehnervenatrophie, denn wir sind zu ihrer Constirung auf die Angaben des Untersuchten angewiesen. Es handelt sich ausserdem um hysterische Symptome, die, wenn ich so sagen darf, ihre eigene Psychologie haben; zum vollen Verständniss ihrer Natur sind wir trotz vieler Mühe noch nicht gekommen. In Wirklichkeit gefühllos sind die Hautpartien bei hysterischen Anästhesien nicht: das kann man schon daran erkennen, dass niemals Decubitus oder andere trophische Störungen in ihnen vorkommen; auch sind die Kranken mit concentrisch eingeengtem Gesichtsfeld im ausgefallenen Theile desselben nicht wirklich blind — sie würden sonst überall anlaufen, während sie de facto sich ganz leicht und sicher im Raum orientiren. Es kann sich nur um eine Herabsetzung dieser Empfindungen, um eine Nichtverarbeitung der von den anästhetischen Theilen ausgehenden Reize durch die Psyche handeln, also um rein psychische und jedenfalls sehr viel Subjectives enthaltende Dinge. Wie dem aber auch sei, so muss man jedenfalls zugeben, wenn man in so und so vielen ganz unverdächtigen Fällen von Hysterie diese Anästhesien nachweisen kann, wenn man dann dieselben Befunde auch bei den traumatischen Neurosen mit Entschädigungsansprüchen macht, wenn man schliesslich speciell die Untersuchungen auf das Gesichtsfeld mit allen Cautelen — Verschiebungstypus, Ermüdungstouren, Erholungsausdehnung im absoluten Dunkelraume — macht und immer wieder positive Resultate erhält, so muss man, sage ich, zugeben, dass man die erhaltenen Untersuchungsbefunde wenigstens als „relativ objective“ anerkennen kann. Ich wenigstens bin immer sehr erfreut, wenn ich Gesichtsfeldeinengungen und cutane Anästhesien in mir zur Begutachtung zugehenden, sonst zweifelhaften Fällen nachweisen kann; sie sind mir eine starke Stütze für die Wirklichkeit der Krankheit und gegen die Annahme einer Simulation; jedenfalls kann ich mich der Warnung Nonne's, diese Dinge gering zu achten, nur anschliessen und seinen dringenden Rath, in allen zweifelhaften Fällen — und das sind doch nicht wenige — darauf zu untersuchen, nur unterstützen. Wichtig ist an dieser Stelle noch der Hinweis Oppenheim's darauf, dass in der Psychiatrie — abgesehen von einigen organisch bedingten Psychosen — es eigentlich objective Symptome im strengen Sinne Strümpell's gar nicht gäbe; — man kann nicht einmal einen schweren Tobsuchtsanfall oder einen Selbstmordversuch in diesem Sinne objectiv nennen, und trotzdem stellen auch die Psychiater sichere Diagnosen und wollen im Allgemeinen bemerkenswertherweise von Simulation wenig wissen.

So viel über die ersten beiden Einwände Strümpell's gegen den Werth und die Bedeutung der sensibel-sensorischen Anästhesien; auch

gegen den dritten und vierten Einwand lässt sich noch Manches sagen. Ich glaube selbst, dass wenn man einen Kranken so und so oft, speciell auf Hautanästhesien untersucht hat, man ihn durch diese Untersuchungen veranlassen kann, sich solche früher vielleicht nicht oder nur in geringer Ausdehnung vorhandenen Gefühlsstörungen zu suggeriren. Aber das beweist noch nicht, dass alle diese Störungen vom Untersucher selbst suggerirt, also geradezu durch ihn erzeugt werden. Dagegen sprechen doch stark solche Fälle, wie mein Fall 2, wo diese Störungen schon bei der ersten Untersuchung, 24 Stunden nach der Verletzung, vorhanden waren, und zwar mit allen anderen für die Monoplegia brachialis hysterotraumatica charakteristischen Einzelheiten, wie sie von Charcot zuerst geschildert, und die damals in Deutschland kaum den Aerzten bekannt waren. Dass im letzten Grunde auch diese so bald nach dem Unfälle nachgewiesenen typischen Anästhesien suggestiv entstanden sind, nehme ich auch natürlich, wie ich ausdrücklich nochmals hervorheben will, an; denn ich halte alle hysterischen Symptome für psychische, durch Vorstellungen bedingte; aber ich glaube nicht, dass wenigstens für gewöhnlich die Untersuchung darauf der suggestive Factor zu ihrer Entstehung ist. Und ist nicht auch die Möglichkeit, dass solche Dinge überhaupt durch die Untersuchung suggerirt werden können, ein Grund mehr zu der Annahme, dass es sich, wo das passirt, natürlich abgesehen von bewusster Simulation, um krankhaft nervös erregbare Menschen handelt?

Diese letztere Bemerkung wendet sich auch schon in etwas gegen den letzten noch nicht discutirten Einwand Strümpell's. Dass an und für sich die cutanen Anästhesien und die Gesichtsfeldeinengungen nicht ohneweiters die Arbeitsfähigkeit des Kranken beschränken oder gar aufheben, wird einfach schon dadurch bewiesen, dass viele Kranke mit solchen Störungen in voller Arbeit bleiben. Aber sie sind ein Zeichen für die Hysterie des Untersuchten und sind deshalb für seine Beurtheilung von Werth, weil sie das Vorhandensein dieser Neurose bei ihm sicherstellen. Nur nebenbei will ich hier hervorheben, dass alle Versuche, speciell die besonders „objectiven“ Gesichtsfeldeinengungen, für die Diagnose der traumatischen Neurosen in ihrem Werthe herabzusetzen dadurch, dass man nachweisen wollte, sie kämen auch bei Gesunden vor, als nicht gelungen bezeichnet werden müssen; theilweise haben sie sogar das Gegentheil von dem bewiesen, was sie beweisen wollten (Schmidt-Rimpler, Peters, Vogel — siehe auch die Ausführungen König's).

Alle die hier hervorgehobenen Umstände können uns natürlich nicht veranlassen, die Behauptung aufzustellen, eine Simulation sensibel-sensorischer Anästhesien sei bei den traumatischen Neurosen überhaupt nicht möglich. Eine solche Behauptung würde ganz falsch

sein; ist es doch schon bewiesen, dass Simulanten die stärksten Hautreize ausgehalten haben, ohne mit der Wimper zu zucken, und auch Gesichtsfeldeinengungen sind zu simuliren, wenigstens sehr starke. Aber im letzteren Falle kann man bei Anwendung aller oben angegebenen Cautelen doch zu einer Gewissheit über ihre Echtheit kommen; man muss nur nicht bei jeder Untersuchung absolute Constanz der Einengung verlangen; das würde im Gegentheile eher für Simulation sprechen, da man bei der Ermüdbarkeit der Hysterischen a priori einen häufigen Wechsel in der Ausdehnung des Gesichtsfeldes bei mehrfach wiederholten Untersuchungen erwarten muss. Auch muss man wissen, dass bei den noch häufig angestellten Untersuchungen des Gesichtsfeldes Hysterischer mit Kreide an der Tafel das Gesichtsfeld am gleichen Tage sich nicht ändert und vor Allem oft nicht grösser wird, wenn man den Kranken weiter von der Tafel fortstellt; dieser Befund ist oft als Grund für Simulation angesehen, ist aber weiter nichts als ein neuer Beweis für die rein psychische Natur dieser Einengung, ebenso wie die Möglichkeit dieser Kranken, auch bei starker Einengung sich im Raume zu orientiren, die man früher auch als Grund für die Unechtheit der Einengung ansah.

Bei den Anästhesien und noch mehr bei den Hypästhesien ist es nöthig, auf die Verschiedenheit der Reactionen der Kranken bei Reizen in den gut und minder gut fühlenden Hautpartien zu achten. Man kann übrigens bei den Angaben über Gefühllosigkeit eine absolute Constanz nicht verlangen; diese fehlt hier, wie jeder Erfahrene weiss, auch bei den organisch bedingten Anästhesien; wie wechselnd sind oft die Angaben Tabischer über die Ausdehnung eines anästhetischen Hautbezirkes während einer Untersuchung! Es kommt eben neben der Anästhesie bei diesen Untersuchungen auch noch auf die Aufmerksamkeit des Kranken an, und diese kann natürlich eine sehr wechselnde sein. Auch denke man nicht gleich an Simulation, wenn ein Kranker bei einem unverhofft ihm applicirten Nadelstiche oder einem ebenso angewandten starken faradischen Strome an einer angeblich gefühllosen Hautstelle stark zusammenzuckt; es kann sich da entweder um einen starken Hautreflex oder auch nur um eine Schreckzuckung in Folge der unverhofften Application handeln; natürlich kann in solchen Fällen keine complete Anästhesie bestehen, wohl aber ein Verlust der Schmerzempfindung (Oppenheim). Auch das ist kein unbedingter Beweis für Simulation, wenn ein Untersucher bei jeder Berührung einer angeblich gefühllosen Hautstelle prompt angibt: „Ich fühle nichts!“, während er nach dieser Angabe die Berührung doch empfinden muss; ich mache sehr oft in meiner Sprechstunde die Erfahrung, dass die Kranken unter Fühlen Schmerzempfinden verstehen

und bei Pinselberührungen dann nichts zu fühlen angeben; man muss ihnen erst sehr genau erklären, dass der Pinsel keinen Schmerz erzeugt und sie auch angeben sollen, wenn sie seine Berührung bemerken. Ferner muss man sorgfältig darauf achten, die Hautreize bei Gefühlsuntersuchungen nicht in einem regelmässigen Rhythmus zu machen; thut man das, so antwortet der Kranke diesem regelmässigen Rhythmus entsprechend; ruft vielleicht schon: „Jetzt“, noch ehe wieder eine Hautstelle berührt ist; unter solchen Umständen kann dann natürlich eine positive Reaction auch bei Berührung in Wirklichkeit gefühlloser Hautpartien eintreten und zu Irrthümern Veranlassung geben, oder sogar, wenn man die Berührung gar nicht ausführt.

Zum Schlusse dieses Abschnittes weise ich nochmals mit Nachdruck auf einen Rath Oppenheim's hin: Man gehe gerade an die Prüfung der sensiblen Symptome mit voller Objectivität, nicht mit vorgefasster Meinung heran und man wird sich von ihrem Vorhandensein oft überzeugen und damit eine werthvolle Stütze für die Beurtheilung des Falles gewinnen.

Da in diesem Abschnitte besonders viel von Störungen des Sehens die Rede war, so will ich anhangsweise das hier noch bringen, was sonst von Augenstörungen bei den traumatischen Neurosen beobachtet wird. Pupillendifferenzen findet man nicht selten; es fragt sich natürlich, ob sie immer von Bedeutung sind; sicher sind sie das, wenn sie im Angstanfalle sich verstärken, wie sie das manchmal thun. Wichtig ist, darauf hinzuweisen, dass diese Differenz manchmal nur bei abgedämpftem Lichte deutlich ist und bei hellem Lichte verschwindet; und dass manchmal die Pupille auf der Seite geklagter Schmerzen weiter sein kann, was dann für die Echtheit dieser Schmerzen in die Wagschale fallen wird.

Etwas reflectorische Pupillenstarre oder eine Pupillenlähmung beweist, wenn sie bei Unfallsneurosen vorkommt, ebenso wie eine Sehnervenatrophie, dass es sich um organische Complicationen handelt; dagegen hat Oppenheim einmal andauernden, sehr raschen Wechsel in der Pupillenweite, sogenannten Hippus, bei reiner Neurose beobachtet. Von Muskelaffectionen ist wohl am häufigsten die musculäre Asthenopie, die Convergenschwäche; die Augen erreichen einen gewissen Grad der Convergeng, dann tritt Strabismus divergens auf. Auch eine Schwäche der Accommodationsmusculatur kommt wohl vor. Diese Muskelschwäche und Ermüdbarkeit kann, wie in anderen Muskeln, auch zu lebhaften Schmerzen führen und dadurch den Gebrauch der Augen sehr stören.

In der neuesten Zeit hat man auch viel von hysterischen Augenmuskellähmungen geschrieben; es sollen ausser Blicklähmungen auch

Lähmungen einzelner äusserer Augenmuskeln vorkommen, vor Allem Ptoſis, dann Mydriasis und Miosis (Nonne, Beselin). Häufiger als Lähmungen sollen Contracturen einzelner Augenmuskeln sein, die dann Lähmungen vortäuschen können. Hitzig hat einen sehr interessanten derartigen Fall nach Trauma gesehen und ausführlich kritisch erörtert; die Pathologie der hysterischen Augenmuskellähmungen ist aber ein in theoretischer Beziehung so schwieriges Gebiet, dass ich hier darauf nicht näher eingehen kann; jedenfalls sind sie bei den Unfallsneurosen auch sehr selten.

Lähmungen, Contracturen, Gehstörungen.

Die „Lähmungen“ bei den traumatischen Neurosen können wie die Schmerzen drei verschiedene Grundlagen haben. Es handelt sich entweder um „Pseudolähmungen“, die aber von den Laien als Lähmungen bezeichnet werden; also um gewollten Nichtgebrauch einzelner Gliedmassen durch Ruhigstellung von Muskeln und Gelenken, bedingt durch die bei ihrer Bewegung eintretenden Schmerzen. Ich habe diese Dinge schon im Capitel über die Schmerzen berührt; so halten diese Kranken bei Schmerzen im Rücken diesen ängstlich steif; bei Schmerzen im Schultergelenke den Arm so fest und ruhig am Thorax adducirt, dass schliesslich daraus eine Ankylose entstehen kann. Bei Rückenschmerzen stützen die Kranken ihren Rücken beim Niedersetzen; beim Aufstehen helfen sie sich mit den Armen etc. etc. Auch kann hier schliesslich eine Contractur der Rückenmuskeln eintreten und sogar einen Gibbus vortäuschen (siehe oben). Natürlich können bei solchen durch Schmerzen bedingten Bewegungsstörungen die Kranken auf eine energische Aufforderung hin, ihre Schmerzen einmal für kurze Zeit überwinden und dann eine Bewegung vollbringen, die sie sonst ängstlich vermeiden; das ist natürlich in keiner Weise ein Beweis für eine Simulation.

Mit in das Gebiet der durch Schmerzen bedingten „Lähmungen“ gehören, soweit es sich nicht um einfache Hysterie handelt, auch die von Ehret beschriebenen sogenannten Gewohnheitslähmungen. Sie finden sich namentlich an den Füssen und betreffen speciell die Peronei. In Folge schmerzhafter Empfindung beim Stehen und Gehen halten die Kranken ihren Fuss andauernd in starker Varusstellung mit Adduction der Fussspitze; dadurch werden die *Musculi peronei* passiv immer gedehnt und zuletzt bis nahe an einen Lähmungszustand geschwächt.

Die in zweiter Linie hier in Betracht kommenden neurasthenischen Schwächezustände steigern sich ebenfalls niemals zu eigentlichen Lähmungen. Sie betreffen vor allen Dingen die Beine und den

Rücken. Die schmerzhaft Müdigkeit in den Beinen kann bei Neurasthenischen so gross werden, dass sie diese Gliedmassen wie ein Myelitiker hinter sich herziehen; dabei legen sie oft in charakteristischer Weise eine Hand zur Stütze in die Kreuzgegend. Namentlich fällt diesen Kranken das Treppensteigen oft schwer. Hier können aber, und das ist wieder sehr charakteristisch, die Schmerzen abnehmen, wenn die Kranken einige Zeit gegangen sind und die erste Schwäche überwunden haben; was natürlich bei den organisch bedingten Rückenschmerzen nicht vorkommt. Die Rückenschmerzen und die Schwäche sind, wie alle neurasthenischen Symptome, oft Morgens besonders stark. In den Armen sind neurasthenische Schwächezustände sehr viel seltener und oft mit Zittern verbunden; davon unten mehr.

Von eigentlichen Lähmungen kommen bei den „traumatischen Neurosen“ nur hysterische vor. Ihre Localisation ist eine sehr wechselnde. Sehr selten sind jedenfalls vollständige, echte hysterische Paraplegien; am häufigsten kommt an den Beinen, und dann immer in beiden Beinen ganz gleichmässig, diejenige Form der motorischen Störung vor, die Blocq zuerst beschrieben und als Astasie-Abasie bezeichnet hat; bei dieser Form steht die gute Bewegungsfähigkeit der Beine im Liegen in einem mehr weniger starken Gegensatze zur Unfähigkeit, dieselben Muskeln beim Stehen oder Gehen zu gebrauchen. Davon werde ich noch eingehend bei den Gehstörungen sprechen. Am häufigsten sind hysterische Monoplegien, und zwar vor Allem die hystero-traumatische Monoplegia brachialis; entsprechende Beinlähmungen sind sehr viel seltener.

Ebenso wie die Anästhesien haben auch die hystero-traumatischen Lähmungen ihre Besonderheiten, die sie oft auf den ersten Blick als solche erkennen lassen. In ursächlicher Beziehung ist zunächst bemerkenswerth, dass sie meist in den direct lädirten Körpergebieten, respective Extremitätentheilen sich finden und dass sie bei Kopfverletzungen nicht gekreuzt mit dieser, sondern an derselben Seite sitzen. Auch richten sie sich ebensowenig wie die Gefühlsstörungen nach anatomisch-physiologischen Gesetzen, sondern gruppieren sich nach den naiven Vorstellungen der Laien über den Organismus. Auf diese Weise kommen Symptombilder zu Stande, wie sie organische Läsionen der Nervencentren oder peripherischer Nerven nicht oder nur ausnahmsweise bedingen. So fehlt bei der hysterischen Hemiplegie fast immer eine Lähmung der Zunge oder der Gesichtsmuskeln oder sie wird durch eine manchmal gleichseitige, manchmal gekreuzte Contractur ersetzt; bei Monoplegia brachialis hysterica sind entweder alle Armmuskeln total gelähmt, was bei der ihr am ähnlichsten sehenden Plexuslähmung doch kaum vorkommt; oder es ist die Lähmung auf die

Hand und die Finger beschränkt, aber auf alle ihre Bewegungen; oder auf Hand und Unterarm bei vollständigem Freibleiben aller Oberarmmuskeln. Dasselbe trifft für die gleichen Beinlähmungen zu. Auch die Lähmungen sind hier also nach den Gelenkabschnitten abgegrenzt. Dazu kommt, dass, wenigstens bei Erwachsenen, fast immer im Gebiete der hysterischen Lähmungen auch die oben beschriebenen Anästhesien bestehen; diese Anästhesien sind meist genau über das Gebiet der Lähmungen ausgebreitet, sie decken sozusagen die gelähmten Muskeln; sie können aber auch weniger ausgedehnt sein. z. B. bei totaler Lähmung des Armes nur Hand und Unterarm betreffen; häufiger aber als eine solche Einschränkung der Anästhesien ist eine Ausdehnung über das gelähmte Gebiet hinaus; so kann bei einer Monoplegia brachialis neben dem gelähmten Arme auch noch die gleiche Brust- und Rücken- oder Kopfseite gefühllos sein. Manchmal ist bei Armlähmungen — siehe Beobachtung 2 — auch noch das Muskel- und Lagegefühl ganz aufgehoben. Natürlich treten bei hysterischen Lähmungen niemals degenerative Atrophien und elektrische Störungen im Sinne der Entartungsreaction ein.

Ich will hier gleich noch einige bei hysterischen Lähmungen vorkommende Dinge erwähnen, die zwar relativ selten sind, aber deswegen von Bedeutung, weil sie den Unkundigen leicht zur irrthümlichen Annahme einer Simulation verleiten. Es kann sich die hysterische Lähmung beschränken auf die bewusst willkürlichen Bewegungen s. s. und so kann es nach Oppenheim z. B. vorkommen, dass ein Kranker seinen gelähmten Arm kräftig zur Stütze gebraucht, wenn er plötzlich in Gefahr geräth zu fallen; ein Verhalten, das übrigens auch bei gewissen organischen cerebralen Lähmungen vorkommen kann. In meinem Falle 2 versetzte der Kranke mit einer Jahre lang bestehenden hysterischen Armlähmung in der Erregung mit diesem Arme seinem Gegner eine kräftige Ohrfeige. Als hiehergehörig beschreibt Oppenheim einen Kranken, der auf directe Aufforderung die Zunge nicht vor die Zähne bringen konnte; wohl aber dieselbe weit herausstreckte, als man eine Geschmackprüfung bei ihm vornahm. Ebenso wie Oppenheim habe ich es gesehen, dass ein Kranker einen hysterisch vollkommen gelähmten Arm, wenn man den passiv erhobenen losliess, nur langsam fallen liess, also doch Muskelkraft anwandte; und ich habe in einem solchen Falle direct die Diagnose auf eine hysterische Armlähmung gestellt, weil ich bei Erhebung des Armes merkte, dass ich nicht die ganze Schwere des Armes trug, sondern der Kranke unbewusst activ mit dabei half. Sehr charakteristisch, aber ganz besonders stark den Simulationsverdacht anregend, ist der ebenfalls von Oppenheim erwähnte, auch von mir oft beobachtete Umstand, dass wenn man einen Kranken mit hysterischer Lähmung auf-

fordert, die paretischen Glieder zu gebrauchen oder Widerstand gegen passive Bewegungen derselben anzuwenden, er sich scheinbar sehr anstrengt und alle möglichen Glieder in Bewegung setzt, nur nicht das gelähmte; im Gegentheil, das Glied wird bei den Anstrengungen immer schlaffer; der Kranke schickt sozusagen gar keinen „Willen“ hinein. Besonders leicht denkt man natürlich an Simulation, wenn diese vollständige Bewegungslosigkeit des betreffenden Gliedes bei intendirten Bewegungen im Widerspruche steht mit dem, was das betreffende Glied bei mehr automatischen Bewegungen, das Bein z. B. beim Stehen und Gehen, leistet. Das sind dann Krankheitsbilder, die gerade das Umgekehrte wie die Astasie-Abasie darstellen; Oppenheim nimmt an, dass in diesen Fällen die Erinnerungsbilder für die betreffenden Bewegungen ausgefallen sind.

Die hysterischen Lähmungen können schlaffe sein oder sich mit Contractur verbinden. Oppenheim nimmt an, dass schlaffe Lähmungen seltener seien als spastische; jedenfalls stimmt es auch mit meinen Erfahrungen, dass schlaffe Lähmungen, wie in meinem Fall 2, fast nur an den Armen vorkommen. Von den bei organischen, speciell Hirnläsionen vorkommenden Contracturen an den oberen Extremitäten unterscheiden sich die hysterischen Contracturen meist sehr erheblich. Fast stets betreffen sie erstens nur Hand und Finger und nur sehr selten Ellenbogen und Schulter. Dann kommen an Hand und Finger allerlei Arten von Contracturstellung vor; so sah Oppenheim Schreibfederstellung der Finger, dann einfaches Ballen der Hand zur Faust; ich selber sah „Predigerstellung“ der Hand und der Finger nach Fall eines Mauersteines auf die Hand, also Extensionsstellung der Hand und der Grundphalangen bei leichter Beugung der zweiten und dritten Phalanx. An den unteren Extremitäten ähneln die hysterischen Contracturen den organischen mehr; meist sind es Streckcontracturen; doch kommen auch Beugespannungen vor, z. B. isolirte solche im Kniegelenke; nicht selten gehen sie hier aus von hysterischen Gelenkneuralgien, besonders solchen im Hüftgelenk; dann besteht naturgemäss das Bestreben, das betreffende Gelenk festzustellen. Höchst charakteristisch ist es noch für die hysterischen Contracturen, dass sie viel intensiver sind als die, speciell bei organischen Hirnläsionen vorkommenden, und dass sie bei Versuchen, sie zu lösen, durch active Muskelspannung an Stärke meist deutlich zunehmen, so dass sie mit aller Kraft nicht auszugleichen sind; meist äussern die Kranken auch lebhafte Schmerzen bei diesen passiven Bewegungsversuchen (Gelenkneuralgien). Im Schlafe lösen sich, von vereinzelt Ausnahmen abgesehen, die hysterischen Contracturen wie die organischen; dagegen ist es mir in einigen Fällen nicht gelungen, eine so tiefe Chloroformnarkose zu erlangen, dass die gespannten Glieder schlaff wurden; stets war auch vor dem vollen Erwachen aus der Narkose die Contractur in alter Stärke wieder vorhanden.

Die Sehnenreflexe können an den gespannten Gliedern gesteigert sein; sie sind es bei Hysterie überhaupt oft; doch ist die Steigerung nicht so constant wie bei den organischen Contracturen und kann auch fehlen; sehr häufig sind die Sehnenreflexe, z. B. bei einseitiger Contractur eines Beines, an beiden Beinen gesteigert. Bei schlaffen hysterischen Lähmungen können die Sehnenreflexe normal oder gesteigert sein; sie fehlen natürlich nie.

Ich habe oben schon erwähnt, dass der hysterischen Lähmung degenerative Atrophien und elektrische Störungen im Sinne der Entartungsreaction fremd sind; selbst sogenannte Inactivitätsatrophien können, auch bei Jahre lang bestehenden hysterischen Lähmungen fehlen. Doch ist letzteres nicht ausnahmslos; in seltenen Fällen kann es zu ziemlich deutlichem Muskelschwund und quantitativer Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit auch bei der Hysterie kommen. Ich selber habe längere Zeit einen später vorübergehend durch Hypnose geheilten, schweren Fall von traumatischer Hysterie gesehen, bei dem links eine Beugecontractur der Hand und der Finger, mit Oedem der Hand, Atrophie der Interossei und fibrillären Zuckungen in den kleinen Handmuskeln bestand; ausserdem Streckcontractur in beiden Fussgelenken mit starker Atrophie beider Waden. Die contracturirten Gelenke waren bei Bewegungen sehr schmerzhaft; auch in den Waden bestand aber keine qualitative Aenderung der elektrischen Erregbarkeit.

Ich will der Uebersicht halber hier noch einmal die Symptomatologie der einzelnen hysterischen Lähmungen im Zusammenhange anführen; das Einzelne habe ich meist schon erwähnt. Bei der sehr seltenen hysterischen Hemiplegie ist der Arm meist schlaff gelähmt oder es steht nur die Hand in Contracturstellung, und zwar in sehr variabler Form (siehe oben), das Bein befindet sich meist in Streckcontractur; es wird aber nicht wie bei einer organisch spastischen Lähmung beim Gange circumducirt, respective wie eine Sense im Bogen bewegt (faucher der Franzosen), sondern wie leblos nachgezogen; Charcot sagt, wie der Stecken eines Steckenpferdes. Wie schon erwähnt, sind Gesicht und Zunge meist nicht mitgelähmt; doch sind einzelne Fälle hysterischer Facialislähmung beschrieben, und diese Lähmung kann leicht auch durch eine hysterische Contractur auf der von der Lähmung abgewandten Seite vorgetäuscht werden; in anderen Fällen finden sich diese Contracturen aber auch auf Seite der Extremitätenlähmung. Ueber die zugleich vorhandenen hysterischen Anästhesien habe ich dem oben Gesagten nichts hinzuzufügen.

Von den hystero-traumatischen Monoplegien des Armes gibt Fall 2 ein typisches Bild, das ich nicht weiter zu erläutern brauche. Hysterische Monoplegien der Beine zeigen wohl keine anderen Symptome, wenn sie

allein vorkommen, als wenn sie sich mit Armlähmungen zu Hemiplegien verbinden; wie gesagt, sind sie meist spastischer Natur.

Ueber die Simulationsmöglichkeit der Lähmungen bei Hysterie habe ich hier nach dem, was ich oben schon angeführt, wenig mehr zu sagen. Wie alle hysterischen Symptome sind auch die hysterischen Lähmungen natürlich simulirbar; das ist sogar für sie charakteristisch; aber um z. B. eine hystero-traumatische Monoplegie des Armes mit allen ihren Besonderheiten zu simuliren, dazu gehört eine so genaue Kenntniss der Nosographie der Hysterie, wie sie heutzutage nur wenige Aerzte besitzen. Dazu kann der ganz gleiche Lähmungszustand auch in ganz unverdächtigen Fällen, ja auch bei Kindern vorkommen.

Auch die neurasthenischen Schwächezustände haben in ihrem ganzen Bilde etwas so typisches und sind anderseits wieder so einfacher Art, dass sie erstens schwer zu simuliren sind, und dass zweitens ein Simulant, der gern viel fürs Geld gibt, sie sich kaum zur Simulation aussuchen würde. Am ersten können noch die Pseudolähmungen, die Fixirungen der Gliedmassen in Folge von Schmerzen bei ihren Bewegungen simulirt werden; in der That erlebt man auch hier Simulation am häufigsten. Hier kann nur die genaueste Untersuchung — ich weise nochmals mit Nachdruck auf die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung hin — helfen oder eine längere Beobachtung, auch ohne Wissen des Untersuchten; selbst ohne etwas Spionage geht es in solchen Fällen nicht immer ab, so widerwärtig das auch ist. Sieht man dann den Exploranden mit Leichtigkeit und dauernd Bewegungen ausführen, die er bei der Untersuchung angeblich nicht leisten kann, dann ist die Simulation erwiesen; eine einmalige Ausführung einer solchen Bewegung beweist natürlich noch nichts gegen bei ihr vorhandenen Schmerzen. Ueberhaupt kommt es in diesen Fällen vor Allem wohl darauf an, die Wirklichkeit der Schmerzen nachzuweisen; kann man das, so hat man natürlich keinen Grund mehr, an einer durch sie bedingten Bewegungsbehinderung zu zweifeln.

Oppenheim hat in seiner viel citirten Monographie den Gehstörungen bei den traumatischen Neurosen ein eigenes Capitel gewidmet. Jedenfalls sind sie so häufig, meist sehr auffällig und deshalb so wichtig, dass auch ich sie hier näher betrachten will. Es kann zunächst das Gehen behindert sein durch Schmerzen im Rücken in Folge organischer Läsion der Wirbelsäule, ihrer Muskeln und Bänder; ferner auch durch

schmerzhaft Affectionen in den Beinen, besonders in den Gelenken. In der Hauptsache werden dann wohl alle schmerzhaften Theile ängstlich steif gehalten; namentlich führt Oppenheim sehr charakteristische Gangstörungen bei Fixation der Hüftgelenke an; hier kommt der Patient nur durch abwechselndes, stossweises Vorschieben einer Beckenseite weiter, der Rücken wird meist ganz gerade gehalten, öfters auch hinten übergebogen, an der schmerzenden Stelle ruht oft eine Hand.

Ueber den neurasthenischen Gang habe ich oben schon Alles gesagt.

Am seltsamsten sind wieder die hysterischen Gehstörungen; sie sind aber, wenigstens bei der traumatischen Neurose der Erwachsenen, im Ganzen selten; sehr viel häufiger kommen sie bei Kindern vor, bei denen traumatische Hysterie nicht so selten ist. Die meisten hysterischen Gehstörungen lassen sich unter die von Charcot-Bloq beschriebenen Astasie-Abasie einreihen; volle Paraplegie ist, wie gesagt, sehr selten. Die einfachste Form der Astasie-Abasie ist die, wo im Liegen alle Bewegungen der Beine mit Kraft und Sicherheit möglich sind, bei Steh- und Gehversuchen der Patient aber einfach zusammenbricht. Ich selber sah am häufigsten bei Erwachsenen wenigstens, eine „cerebellare Form“, eine Art *démarche titubante*; namentlich fehlte hier bei Steh- und Gehversuchen jeder Halt im Rumpfe; mehrere dieser Patienten wurden mir mit der Diagnose Kleinhirntumor zugeschickt. Auch einen Fall, wie ihn Oppenheim als Pseudoataxie bezeichnet, habe ich einmal gesehen. Es handelte sich um einen jungen Arbeiter, der von seinen Mitarbeitern misshandelt war. Hier bestand die Gehstörung darin, dass bei jedem Gehversuche zunächst das den ersten Schritt machende Bein mehrmals bis vielemale stampfend auf den Boden aufgesetzt und wieder zurückgezogen wurde, schliesslich blieb es stehen und nun folgte das andere Bein nach, und ging nun zunächst der Gang normal von Statten. Trat aber irgend ein Hinderniss ein, Auf- und Absteigen vom Trottoir z. B., oder musste der Kranke umdrehen, so hielt er an, und das beschriebene Spiel begann von Neuem; ebenso trat es auch nach jeder Pause im Gange wieder ein. Diesen Kranken heilte ich zunächst durch „Nichtbeachtung“ rasch; er wurde aber bald wieder rückfällig, und das zweitemal gelang mir eine Heilung nicht. Man kann diese eigenthümliche Gehstörung auch als „stotternden Gang“ bezeichnen; beim Stottern tritt die Störung ja oft auch nur im Beginne eines Sprechactes auf.

Schliesslich kann eine Astasie-Abasie auch noch eintreten durch erhebliches Zittern der Extremitäten, speciell der unteren beim Gehen (Forme *trépидante* der Astasie-Abasie der Franzosen). In diesen Fällen pflegt aber meist der Tremor auch bei Bewegungen der Beine im Liegen

vorhanden zu sein. Manchmal wird bei Geh- und Stehversuchen dieses Zittern so stark, dass es in ein eigentliches Stampfen und Trampeln übergeht (saltatorischer Reflexkrampf — Bamberger). Aehnliches kommt vor in denjenigen Fällen, die Nonne und Fürstner als pseudospastische Parese mit Tremor bezeichnet haben; davon unten noch mehr. Uebrigens können nicht nur das Zittern, sondern auch andere Störungen, Parese, Ataxie, bei der Astasie-Abasie bis zu einem gewissen Grade auch bei Bewegungen im Liegen vorhanden sein; nur werden alle diese Symptome, auch bei diesen nicht ganz typischen Fällen beim Stehen und Gehen sehr viel stärker oder überhaupt erst deutlich.

Auch Oppenheim erkennt an, dass nirgends so sehr wie bei den beschriebenen Gehstörungen der Uebertreibung und Simulation Thür und Thor geöffnet ist, und dass es hier oft sehr schwierig ist, Wahrheit und Dichtung zu unterscheiden. Am schwersten ist auch hier wieder die sichere Beurtheilung der durch Schmerzen bedingten Gehstörungen: denn da man meist in Bezug auf die Wirklichkeit der Schmerzen ganz auf die Angaben des Untersuchten angewiesen ist, hat man natürlich auch keinen objectiven Anhaltspunkt für die Reellität der durch sie angeblich bedingten Gehstörungen. Ich habe es selbst mehrfach erlebt, dass ein Explorand, der bei mir im Zimmer lebhaft stöhnend an zwei Stöcken umherschlich, die Stöcke in der Luft schwenkte und wie ein junger Hirsch davon lief, wenn er meinte, aus der Schussweite zu sein. Gerade in solchen Fällen kann man natürlich das Nachspioniren nicht entbehren. Auch die hysterischen Gehstörungen legen wenigstens dem Unkundigen den Verdacht auf Simulation oft sehr nahe; wer aber die verschiedenen Formen der hysterischen Astasie-Abasie kennt, kann diesen Verdacht meist leicht zurückweisen.

Fast jeder Unfallsnervenranke schwankt, wenn man ihn auffordert, mit geschlossenen Augen und zusammengestellten Füßen zu stehen. Auch dieses Symptom, von dessen Bedeutung die Betreffenden oft wissen, wird, wenigstens nach meinen Erfahrungen, sehr oft enorm übertrieben und auch wohl ganz simulirt. Ich muss auch Oppenheim Recht geben, wenn er sagt, er wisse nicht, wie man ein echtes „Romberg'sches Symptom“, z. B. bei Tabes, von einem simulirten unterscheiden solle. Auch ich habe erlebt, dass wenn man mit lauter Stimme unverhofft dem Schwankenden zuruft: „Stehen Sie fest,“ das Schwanken für einige Zeit aufhört, aber dasselbe kann man auch bei Tabes erleben, wenn sie nicht zu vorgeschritten ist. Handelt es sich um Romberg'sches Schwanken bei Unfallsneurasthenikern, so sieht man meist auch lebhaftes Zittern in den geschlossenen Lidern.

Die Sehnenreflexe.

Die Sehnenreflexe, speciell die von der Patellar- und Achillessehne, sind bei den traumatischen Neurosen ausserordentlich häufig erhöht. Es ist ja bekannt, dass bei jeder einfachen Neurasthenie eine starke Steigerung der Patellarreflexe und ein echter Achillesclonus vorkommen kann; es ist jedenfalls ganz falsch, beim Vorkommen des letzteren immer an eine organische Erkrankung zu denken. Da nun fast alle Unfallsneurosen neurasthenische Elemente haben und in selteneren Fällen reine Neurasthenie sind, so ist es natürlich leicht verständlich, dass bei ihnen auch die Sehnenreflexsteigerung oft beobachtet wird. Auch kann ja jede psychische Erregung eine Steigerung der Sehnenreflexe bedingen, und an Gründen zu einer solchen fehlt es speciell bei den Unfallsneurosen im engeren Sinne nie, namentlich auch nicht während der Untersuchung durch den Arzt; ich brauche in dieser Beziehung nur auf das Capitel „Aetiologie“ zu verweisen.

Auch bei der Unfallshysterie können die Sehnenreflexe ganz erheblich gesteigert sein, und zwar wieder in genau derselben Weise wie bei der Neurasthenie. Ich habe oben schon erwähnt, dass in einem hysterisch gelähmten und contracturirten Beine die Sehnenreflexe lebhafter sein können als im gesunden; dass aber noch häufiger in solchen Fällen an beiden Beinen sich Steigerung der Sehnenreflexe findet. In manchen Fällen nimmt aber die Steigerung der Sehnenreflexe bei der Hysterie weit über das Mass dessen zu, was bei der Neurasthenie vorkommt. So findet man, dass, wenn man solche Kranke auf eine Patellarsehne klopft, nicht nur das geklopfte, sondern auch das andere Bein, dann Rumpf und Arme zusammenzucken; wiederholt man das Beklopfen schnell hintereinander, so tritt convulsivisches Zittern der Beine ein, und schliesslich kann man, wie ich es selbst mehrmals erlebt, damit einen typischen grossen hysterischen Anfall auslösen. Gar nicht so selten sieht man bei der Hysterie, dass eine Zuckung der Beine, die dann natürlich nicht immer eine Quadricepszuckung ist, schon eher eintritt, als man mit dem Hammer die Patellarsehne erreicht hat; und dieser Umstand hat mehrmals dafür genügt, dass der Explorand mit Bestimmtheit für einen Simulanten erklärt wurde. Das Verhalten aber erklärt sich sehr leicht aus dem Umstande, dass dem Hysterischen das Beklopfen der Patellarsehne, das ein Zusammenfahren des ganzen Körpers hervorruft, sehr unangenehm ist; er zuckt deshalb schon vor dem Beklopfen aus Angst zusammen. Auch der Achillesclonus zeigt sich bei der Hysterie oft anders als bei der Neurasthenie und bei organischen Erkrankungen; die einzelnen Zuckungen sind verschieden stark

und folgen in weniger regelmässigen Intervallen aufeinander, so dass man oft den Eindruck willkürlicher Bewegungen hat; aber auch das habe ich in ganz unverdächtigen Fällen beobachtet. Seltener ist der Reflex an der Sehne des Triceps oder Supinator longus am Arme erhöht; die Sehnenreflexe am Arme sind überhaupt weniger constant als die am Beine, auch bei Gesunden.

Ein Fehlen des Kniephänomens kommt natürlich bei incomplicirten traumatischen Neurosen nicht vor.

Bei dem Nachweis eines erhöhten Patellar- und Achillessehnenreflexes muss man natürlich immer genau zusehen, ob nicht eine sie bedingende organische Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarkes vorhanden ist, die ja manchmal sich mit einer Unfallsneurose combiniren kann. Oft ist mir eine solche Combination allerdings nicht begegnet; bewiesen würde sie sein, wenn gleichzeitig mit den erhöhten Sehnenreflexen sich das Babinski'sche Phänomen fände; nämlich eine Streckung der Zehen oder wenigstens der grossen Zehe bei Reizen der Fusssohle. Zu wenig scheint es mir noch bekannt, dass z. B. auch bei der Tuberculose — nicht nur der Lunge, sondern auch jedes andern Organes — und zwar noch ehe höheres Fieber und schwere Cachexie besteht, eine Steigerung der Sehnenreflexe, speciell der der Achillessehne, bis zum Clonus vorhanden sein kann, für die man eine organische Grundlage nicht findet; auch bei sonstigen erschöpfenden Krankheiten, speciell bei Krebskachexie, bei Inanition in der Reconvalescenz fieberhafter Erkrankungen und nach starken körperlichen Anstrengungen hat man Aehnliches gelegentlich beobachtet.

Auch die locale Erregbarkeit der Muskeln beim Beklopfen, die idiomusculäre Muskelzuckung, die sich nach Oppenheim bei den traumatischen Neurosen durch Stärke und lange Dauer auszeichnen soll, kommt bekanntlich in besonderer Stärke auch bei Tuberculose vor, ferner auch beim Alkoholismus; beide Complicationen sind beim unfallverletzten Arbeiter nicht selten, und man muss jedenfalls an sie denken.

Einen regelrechten Patellar- und Achillesclonus zu simuliren, halte ich für unmöglich, dagegen sind die Zuckungen durch den ganzen Körper, das Schütteln und Umsichschlagen, wie es bei Hysterie manchmal bei Untersuchung der Patellarreflexe vorkommt, natürlich zu simuliren, und die Beobachtung, dass die „Reflexzuckung“ im Knie manchmal auch eintritt, wenn man die Patellarsehne gar nicht direct berührt, sondern dicht vor ihr den Hammer anhält, ferner die oben beschriebenen Eigenthümlichkeiten des hyste-

rischen Achillesclonus erregen natürlich sehr leicht den Verdacht der Simulation. Demgegenüber kann ich nur das eine sagen, dass alle diese scheinbaren Sonderbarkeiten auch in ganz unverdächtigen Fällen von Hysterie ohne jeden Entschädigungsanspruch, sogar relativ oft, zur Beobachtung kommen.

Dass die Sehnenreflexe bei einem Simulanten während der Untersuchung aus Angst vor einer Entlarvung sich steigern können, halte ich für sehr wahrscheinlich; die Angst wirkt wie jede andere psychische Erregung; ob das aber oft vorkommt, ist eine andere Frage, die ich weiter oben schon erörtert und verneint habe. Sicher ist, dass eine stärkere Abkühlung des Körpers eine Steigerung der Sehnenreflexe bedingen kann, was Sternberg und F. Schultze besonders hervorheben; vor dieser Fehlerquelle ist es aber leicht, sich zu schützen.

Das Zittern.

Vielfach ist auf den vorstehenden Seiten und namentlich auch in den von mir mitgetheilten Krankengeschichten vom Zittern bei den traumatischen Neurosen die Rede gewesen; jedenfalls ist dieses Symptom ein sehr häufiges und deshalb sehr wichtiges bei diesen Neurosen; aber es ist auch wieder eines von denjenigen, über dessen Bedeutung und Werth für die Erkennung der Krankheit und Ausschaltung der Simulation der Streit kein Ende finden kann.

Am häufigsten kommt jedenfalls bei den Unfallsneurosen das einfach „nervöse“ Zittern vor. Es ist ja nichts Neues, dass auch ganz gesunde Menschen bei psychischen Erregungen stark zittern können und es ist ferner bekannt, dass das Zittern ein sehr häufiges Symptom der Neurasthenie ist. Beide Umstände erklären natürlich sehr leicht das häufige Vorkommen des Zitterns bei den Unfallsneurosen. Das nervöse Zittern findet sich namentlich in den Fingern und Händen und kann dort bei Bewegungen, namentlich bei feineren Manipulationen sehr zunehmen; nur bei starken Graden nehmen auch Arme, Beine, Rumpf und Kopf an diesem Zittern theil. Es kann aber auch vorkommen, dass das Zittern bei Bewegungen abnimmt. Stets aber wird es stärker, wenn entweder vom Patienten selbst oder aber von einem Beobachter die Aufmerksamkeit darauf gerichtet wird, während es bei voller geistiger und körperlicher Ruhe des Patienten ganz verschwinden kann. Seltsamerweise wird dies Verhalten des Zitterns von vielen Gutachtern immer wieder als ein Grund zur Annahme seiner Simulation angesehen, obgleich es, um das Irrthümliche dieser Annahme zu begründen, genügt, darauf hinzuweisen, dass dasselbe Verhalten sich auch bei ganz unzweifelhaft echten Zitterformen, z. B. bei

der Paralysis agitans findet; man könnte also eher bei bedeutender Zunahme des Zitterns während der Untersuchung durch den Arzt auf eine sehr bedeutende nervöse Erregbarkeit des Untersuchten schliessen.

Auch die verschiedenen hysterischen Zitterformen, deren Kenntniss wir vor Allem wieder französischen Autoren verdanken, fehlen natürlich bei den traumatischen Neurosen nicht. Die charakteristische Form des hysterischen Zitterns ist ein sehr feinschlägiger, rascher und gleichmässiger Tremor, bei dem man eigentlich eher von einem Vibriren sprechen könnte; er findet sich fast nur in den Fingern; diese Form des hysterischen Zitterns ist aber jedenfalls ein sehr seltenes Symptom; ich habe es nur einmal in einem Falle nicht traumatischer Hysterie gesehen, und auch Jolly betont seine Seltenheit. Dagegen sah ich mehrfach bei traumatischer Hysterie ein Zittern, das vollkommen dem groben Intentionstremor der multiplen Sklerose glich; die begleitenden Erscheinungen liessen aber eine organische Erkrankung dann leicht ausschliessen.

Oppenheim und nach ihm die Charcot'sche Schule haben bei traumatischen Neurosen auch eine Zitterform beschrieben, die in jeder Beziehung der Paralysis agitans gleicht, so sehr, dass Oppenheim dieser Form den Namen Pseudoparalysis agitans traumatica beigelegt hat. Das Zittern ist hier langsam, sehr rhythmisch, betrifft besonders Hand und Finger und verringert sich oder hört auf bei abgelenkter Aufmerksamkeit; ja, es kann sich dabei sogar die charakteristische Körperhaltung der Paralysis agitans zeigen. Auch hier kann das Zittern bei intendirten Bewegungen aufhören. Der Verlauf und das Vorhandensein sensibel-sensorischer Anästhesien beweisen aber trotz aller Aehnlichkeiten, dass es sich um ein hysterisches Zittern handelt.

Schliesslich haben in neuester Zeit bald nacheinander Nonne und Fürstner auf eine besondere Form der Unfallsneurosen aufmerksam gemacht, die sie pseudospastische Parese mit Tremor nennen und bei der also das Zittern eine hervorragende Rolle spielt. Es muss übrigens betont werden, dass auch schon Oppenheim diesen Symptomencomplex sehr deutlich (siehe z. B. seine Beobachtung 3) beschrieben hat und auch auf seine Uebereinstimmung mit Bamberger's saltatorischem Reflexkrampf hinweist. Es handelte sich in allen diesen Fällen um eine erhebliche Parese, speciell eines oder beider Beine, sowie um eine Neigung zu Spasmen, die besonders eintraten, wenn der Untersucher mit dem Beine passive Bewegungen machen wollte. Durch diese auch beim Gehen zunehmenden Spasmen hatte nun schon der Gang etwas sehr eigenthümliches; es war ein Fussspitzengang, bei dem die Fussspitze am Boden klebte und nachgezogen wurde. Sehr erschwert wurde der Gang noch durch einen, meist schon beim Stehen eintretenden schüttelnden Tremor, der vor Allem

die Beine betheiligte, an dem aber auch Rumpf und Arme eventuell theilnahmen. In den Armen trat bei intendirten Bewegungen ein schüttelnder Intentionstremor ein. In schweren Fällen wurde aus dem Versuch zu gehen ein Trampeln und Stampfen an Ort und Stelle; der Patient fiel, wenn nicht gehalten, zu Boden. Nonne hat in einigen seiner Fälle sensibel-sensorische Anästhesien nachgewiesen und damit ihre Zugehörigkeit zur Hysterie. Ich habe auf die nahen Beziehungen dieser Fälle zu, wenn nicht auf ihre Identität mit der Astasie-Abasie à forme trépidante hingewiesen; von organischen Erkrankungen kann die disseminirte Encephalomyelitis sehr ähnliche Bilder erzeugen, sie wird sich aber meist durch das Vorhandensein bulbärer Symptome und durch ihre infectiöse Aetiologie von der pseudospastischen Parese unterscheiden lassen.

Für die Beurtheilung des Tremors bei den Unfallsneurosen ist es zunächst von Wichtigkeit, etwaige organische Erkrankungen auszuschliessen. Das ist meist leicht für die multiple Sklerose; in zweifelhaften Fällen, wo die differentielle Diagnose zwischen Hysterie und multipler Sklerose sonst sehr schwer war, hat mir manchmal der Nachweis des Extensionstypus des Plantarreflexes (Babinski) die Entscheidung für eine organische Erkrankung geliefert. Ebenso leicht ist meist eine progressive Paralyse auszuschliessen; nur selten kommt wohl die Unterscheidungsdiagnose gegen Morbus Basedowii in Betracht und ist dann wohl auch meist leicht zu stellen; schwer kann, wie oben ausgeführt, die Unterscheidung des Zitterns der Pseudoparalysis agitans von dem der echten Schüttellähmung sein, die ja auch nach Verletzungen vorkommen kann. Natürlich kommt in praktischer Beziehung auch sehr in Betracht die Unterscheidung des neurasthenischen Zitterns vom alkoholischen Tremor, und diese Unterscheidung ist vor Allem dann nicht immer leicht, wenn man nur Gelegenheit hat, den Verletzten in der Sprechstunde zu untersuchen. Meist führt aber das Vorhandensein anderer typischer Symptome des chronischen Alkoholismus, dann die Zunahme des Zitterns Morgens im nüchternen Zustande und sein Aufhören bei erzwungener Abstinenz schon nach kurzem Krankenhausaufenthalt leicht zur richtigen Diagnose.

Schon das einfache, aber sehr regelmässige und meist feinschlägige Zittern wie es für manche Fälle von Hysterie und bis zu einem gewissen Grade auch für die Neurasthenie charakteristisch ist, lässt sich meines Erachtens wenigstens für längere Zeit nicht simuliren; noch weniger ist das möglich für die ausgebreiteten und schweren Zitterbewegungen in den Fällen wie Pseudoparalysis agitans hysterica und pseudospastischer Parese mit Tremor. Am ersten lässt sich noch ein grober Intentionstremor meines Erachtens nach vortäuschen; ebenso auch ein

grobes, aber nicht rhythmisches Zittern einzelner Finger, wie ich es einige Male bei Morbus Basedowii gesehen habe. Eine Erkennung der Simulation dürfte in solchen Fällen nicht ganz leicht sein; umsoweniger, als, wie mehrfach hervorgehoben, eine Abnahme des Zitterns bis zum Aufhören bei Nichtbeobachtung und Ruhe des Kranken auch bei allerlei sicher echten Zitterformen vorkommen kann und nach meiner Ansicht eher das Gegentheil als ein Grund zur Annahme einer Simulation ist. In solchen Fällen kann nur wiederholte genaue Untersuchung und lange Beobachtung, wenn überhaupt, zu einem richtigen Urtheile führen. Fuchs hat zur Erkennung eines einseitigen simulirten Zitterns, speciell der Hände, eine Methode angegeben, die von der Erfahrung ausgeht, dass man mit beiden Händen nicht zu gleicher Zeit ganz verschiedene Willkürbewegungen machen kann. Simulirt nun Jemand mit der rechten Hand Zitterbewegungen, die dann ja Willkürbewegungen wären, und lässt man ihn mit der linken Hand vorgemachte complicirte Bewegungen nachmachen, so werden die simulirten Bewegungen der rechten Hand entweder aufhören oder doch sehr gestört werden; namentlich oft treten dann hier dieselben Bewegungen auf wie links. Gegen die Sicherheit dieser Methode ist aber vielerlei einzuwenden; ich habe das von Anfang an gethan und die meisten späteren Autoren sind mir gefolgt.

Erstens hören auch echte Zitterbewegungen bei Willkürbewegungen manchmal auf; besonders oft das Zittern der Paralysis agitans, und mir scheint es sicher, dass auch einseitige echte Zitterbewegungen der Hände durch complicirte Bewegungen der anderen Seite schwer gestört und aufgehoben werden können, weil sich den echten Zitterbewegungen dann unbewusste Willkürbewegungen beimischen. Ferner ist es mir in allen nach Fuchs untersuchten Fällen sehr schwer gewesen, beide Hände eines zu Untersuchenden gleichzeitig genau zu beobachten und dabei noch selbst vom Exploranden nachzunehmende Bewegungen vorzumachen, und schliesslich ist einseitiges Zittern an sich bei den Unfallsneurosen sehr selten.

Oben habe ich schon erwähnt, dass ich fibrilläres Muskelzittern in den kleinen Handmuskeln einmal bei einer schweren hysterischen Contractur der Finger und der Hand bei gleichzeitiger „hysterischer“ Muskelatrophie gesehen habe; übrigens sind fibrilläre Muskelzuckungen der Interossei auch bei Neurasthenie nicht so selten. Einigemale habe ich auch bei Unfallsneurotikern das von F. Schultze beschriebene Muskelwogen, ein fortwährendes, wellenförmiges, ziemlich langsames fasciculäres Zucken der gesammten Körpermusculatur, gesehen; die Vorderfläche der Unterschenkel kann dabei aussehen wie ein vom Winde bewegtes Aehrenfeld. Rumpf hat dasselbe auch nach elektrischen Reizen, speciell der Quadriceps, in dem auch das spontane

Muskelwogen meist am deutlichsten ist, beobachtet. Da ein ganz ähnliches Muskelwogen bei vielen Leuten auch bei Abkühlung der Körperoberfläche vorkommt, muss man natürlich in einem warmen Raume untersuchen, wenn man dieses Symptom zur Diagnose verwerthen will.

Sprachstörungen.

Störungen der Sprache sind nach meinen eigenen Erfahrungen, wenigstens bei den eigentlichen Unfallsneurosen, also bei Erwachsenen, recht selten. Während meines leider nur kurzen Aufenthaltes bei Charcot in Paris im Jahre 1886 kam eines Tages in die Dienstagspoliklinik ein Mann, der Tags zuvor in den Champs élysées überfallen und auf den Kopf geschlagen war. Er bot das typische Bild des hysterischen Mutismus: konnte weder ein Wort noch einen Ton hervorbringen, verstand aber Alles und konnte sein Erlebniss fliegend niederschreiben.

Traumatisch hervorgerufenen hysterischen Mutismus habe ich später nur bei Kindern gesehen; einmal war eine Ohrfeige die Ursache; bei Erwachsenen sah ich das typische Bild nur noch einmal ohne traumatische Aetiologie.

Oppenheim erwähnt eine einfache Verlangsamung oder auch eine explosive Sprache bei den traumatischen Neurosen; ein eigentliches Scandiren, wie wir es bei multipler Sklerose oder bei der Encephalomyelitis disseminata kennen, ist das aber nicht; die Intervalle zwischen den einzelnen Silben sind ganz unregelmässige. Da es auch ein hysterisches Stottern gibt — in den Fällen, die ich sah und bei denen mir bisher ein Trauma als Ursache nicht vorkam, war charakteristisch, dass die einzelnen Silben- und Wortwiederholungen in sehr grosser Regelmässigkeit erfolgten und dass das Stottern sich nur im Beginn eines längeren Redeactes fand; das letztere kann zwar in der Hauptsache, aber nicht so ausschliesslich auch beim echten Stottern der Fall sein —, so könnte ein solches Stottern auch wohl nach Verletzungen und Unfällen beobachtet werden; ein von Bernhardt beschriebener Fall scheint mit hieherzugehören.

Störungen der Hirnnerven. Kehlkopfsymptome.

Von Störungen des Sehens und der Augenmuskeln, von Geruchs- und Geschmacks- und von den seltenen Hörstörungen ist schon an anderer Stelle ausführlich gesprochen. Ebenso habe ich vom Facialis und Hypoglossus erwähnt, dass nicht so selten in ihrem Gebiete einseitige Spasmen, sehr selten im Gesichte auch einseitige Paresen hysterischer Natur vorkommen. Spastische Erscheinungen im Trigeminus, die sonst bei Hysterie

wohl auftreten, sind bei traumatischen Formen bisher nicht beschrieben; auch das Schlucken ist nie erschwert (Oppenheim). Dass die so häufige hysterische Aphonie auch nach Traumen vorkommt, ist selbstverständlich; oben habe ich einen Fall citirt, wo sie sich mit anderen Symptomen zum Mutismus combinirt hatte; isolirte traumatisch-hysterische Aphonie ist von Oppenheim, F. Schultze, Holtz und Burger, wclch letzterer diesen Dingen eine Monographie gewidmet hat, beschrieben. Holtz glaubt auch, hysterische Abductorenlähmung gesehen zu haben, doch hat Burger wohl Recht, wenn er annimmt, dass es sich in diesen Fällen um einen Krampf der Adductoren gehandelt habe.

Erscheinungen von Seiten des Herzens und des Gefässsystemes.

Vasomotorische Erscheinungen. Hysterische Hämoptoë.

Krankhafte Erscheinungen von Seiten des Herzens sind ein sehr wichtiges Zeichen der traumatischen und speciell der Unfallsneurosen. Ihre Wichtigkeit hat drei Gründe: 1. handelt es sich hier um ein leicht nachweisbares, bestimmt objectives und bei Anwendung einiger Cautelen nicht zu simulirendes Symptom; 2. sind Herzerscheinungen hier ein nicht seltenes Symptom und es gibt Fälle, wo sie die einzigen dauernden Unfallsfolgen sind, oder wo wenigstens neben ihnen die anderen Symptome kaum hervortreten; 3. sind gerade die Herzerscheinungen der traumatischen Neurosen von besonders übler Prognose, da sich, wie vielfache Erfahrungen lehren, aus einfachem Herzklopfen im Laufe der Jahre eine zum Tode führende organische Herzmuskelerkrankung entwickeln kann.

Die bei den traumatischen Neurosen, und zwar, wie ich glaube, speciell bei der Unfallsneurasthenie vorkommenden nervösen Herzerstörungen äussern sich in den meisten Fällen in einer erheblichen Zunahme der Frequenz des Pulses. Pulszahlen von 120 per Minute und mehr sind dabei nichts Ungewöhnliches. Selten ist der Puls unregelmässig und aussetzend; auch eigentliche Anfälle von paroxysmeller Tachykardie habe ich bei Unfallsneurosen bisher nicht beobachtet. Der Puls kann entweder dauernd eine abnorm hohe Zahl zeigen oder seine Frequenz ist zwar bei voller geistiger und körperlicher Ruhe eine ungefähr normale, steigt aber auf abnorme Höhe bei ganz geringer körperlicher Anstrengung — beim Bücken, nach einigen Schritten, beim Sprechen einiger Worte — ja, ich habe eine Zunahme von 12 per Minute gesehen, wenn der auf dem Sopha liegende Patient nur den Arm bewegte, um mir die Hand zu reichen. Diese abnorme Erhöhung der Pulsfrequenz nach geringen körperlichen Anstrengungen kann trotz gleich

wieder folgender Ruhe lange Zeit andauern; so habe ich vor Kurzem einen Unfallpatienten beobachtet, der Morgens früh im Bette einen Puls von 60 Schlägen hatte; nach dem etwa eine Viertelstunde dauernden Wege bis zu meiner Wohnung, den er notabene unter Begleitung zurücklegte, zeigte der Puls eine Höhe von 120 per Minute; und war, selbst nachdem der Untersuchte eine Stunde ruhig auf meinem Untersuchungssopha gelegen hatte, nur auf 90 Schläge gesunken. Selbstverständlich kann auch eine psychische Erregung die Pulszahl sehr erhöhen; so berichtet Oppenheim nach Untersuchungen von ihm und Lehr über erhebliche Steigerungen der Pulszahl, wenn der Untersuchte von seinem Unfalle erzählte; das ist bei der häufig hier gerade besonders grossen Erregung durch das Wiedererinnern an die Schrecken des Unfalles sehr natürlich, und bildet bei deutlicher Ausprägung einen sicheren Beweis für die grosse Labilität der Herzinnervation.

Gar nicht so selten habe ich es, wie ich oben schon hervorgehoben, auch beobachtet, dass die nervöse Beschleunigung der Herzthätigkeit das einzige oder doch fast das einzige erhebliche Symptom im betreffenden Falle war; der oben erwähnte Patient klagte nur noch über Amblyopie auf einem Auge, deren Simulation ich aber leicht erweisen konnte; eine andere Patientin litt ausserdem an Schlaflosigkeit und Brustschmerzen, beides wohl directe Folge ihrer Herzneurose, und daneben nur noch an Tremor und Kopfdruck. Der erstcitirte Patient merkte selbst übrigens nichts von der erheblichen Beschleunigung seiner Herzthätigkeit nach körperlichen Anstrengungen, ein Verhalten, wie man es auch bei schwerer paroxysmeller Tachykardie sehen kann; meist sind die Patienten aber bei den Herzklopfanfällen ängstlich erregt und zeigen leichte asthmatische Störungen.

Aufgefallen ist es mir in den letzten Jahren noch, dass ich schwere und langandauernde Herzneurosen, namentlich aber solche als fast isolirtes Symptom, nicht so oft bei den unter das eigentliche Unfallversicherungsgesetz fallenden Arbeitern, als bei solchen Verletzten gesehen habe, die entweder privaten Unfallversicherungsgesellschaften angehörten oder aber an Gesellschaften oder Privatpersonen auf Grund des Haftpflichtgesetzes Entschädigungsansprüche hatten. Ich habe schon erwähnt, dass in den letzteren Fällen die seelischen Erregungen oft ganz besonders grosse sind, weil die Processe oft Jahre lang verschleppt werden und die Begehrungsvorstellungen der Verletzten durch Anregungen von Verwandten und eventuell auch der Rechtsbeistände ins Ungemessene gehen; dadurch und in Folge der dann unausbleiblichen Enttäuschungen ist natürlich gerade eine besondere Schädigung der Herzinnervation leicht zu erklären. Kommen zu den langdauernden

Processen auf civilrechtlichem Gebiete und den Begehrungsvorstellungen noch Hass- und Rachegefühle — handelt es sich also z. B. um schwere Neurose nach Körperverletzung, bei der die Thäter auch strafrechtlich verantwortlich gemacht werden, so sind die das Herz schädigenden Momente noch vielfältiger; gerade in einem solchen Falle habe ich Herzerscheinungen gesehen, die mich mehrmals das Schlimmste befürchten liessen, die sich aber nach Erledigung aller Processe langsam vollständig besserten.

Ganz besonders betonen muss ich aber nach einer ganzen Reihe eigener Erfahrungen, was Oppenheim übrigens schon vor Jahren gethan hat, die oben unter 3 hervorgehobene Thatsache, dass es bei den krankhaften Erscheinungen von Seiten des Herzens nach Unfällen zwar oft lange Jahre und manchmal dauernd beim nervösen Herzklopfen bleibt, dass sich aber nicht so selten auch organische Herzerkrankungen daraus entwickeln; am häufigsten wohl Erkrankungen des Herzmuskels mit Hypertrophie des linken Ventrikels; selten Herzklappenfehler mit entsprechenden Geräuschen. So sah ich bei der oben schon citirten Frau, bei der zuerst neben rein nervösen Herzerkrankungen, Schlaflosigkeit, Schmerzen in der Herzgegend mit Kopfdruck und Tremor bestanden hatten und die beim Zusammenstosse zweier elektrischer Strassenbahnwagen verunglückt war, die rein nervösen Herzerkrankungen, eine andauernd erhebliche Beschleunigung des Pulses, Jahre lang allein bestehen; jetzt aber ist eine ausgeprägte Hypertrophie des linken Ventrikels vorhanden. Hier kam es ausser den oben schon erwähnten Umständen — den langdauernden Processen und den ungemessenen Begehrungsvorstellungen — für die andauernde Erregung der Herzthätigkeit noch in Betracht, dass auch der psychische Shok des Unfalles sehr bedeutend gewesen war; diesen Umstand erwähnt auch Oppenheim in seinen Fällen mit späterer organischer Herzerkrankung als häufig vorliegend. Jedenfalls hat die nicht so seltene Entwicklung schwerer organischer Herzerkrankungen für die Unfallsneurosen eine ernste prognostische Bedeutung. Dasselbe gilt für die Entstehung, respective das rasche Fortschreiten arteriosklerotischer Processe des Gehirns, speciell nach Kopfverletzungen, auf das ebenfalls Oppenheim und nach ihm Kronthal und Sperling schon früh hingewiesen haben. Ich habe sie auch oft beobachtet und vielfach in ihrer Begleitung präsenile, progressive Demenz eintreten sehen.

Da ein nervöses Herzklopfen bei psychischen Erregungen entstehen und jedenfalls leicht zunehmen kann, so können natürlich auch Simulanten,

wenn sie untersucht werden, eine erhöhte Pulsfrequenz zeigen. Ich muss aber Oppenheim unbedingt darin zustimmen, dass wenigstens die oben beschriebenen Zustände für keinen Kundigen den Verdacht hervorrufen können, als wären sie einfach die Folge der Angst vor Entlarvung. Dass Alkohol- und Tabakmissbrauch die Herzthätigkeit beschleunigen und unregelmässig machen können, ist bekannt; das kann und muss man natürlich ausschliessen. Am schwersten wird es gerade bei den Herzerkrankungen immer sein, zu entscheiden, ob nicht eine solche, z. B. eine Herzverfettung mit Pulsbeschleunigung, schon vor dem Unfalle bestanden hat. Das Mannkopf'sche Symptom wird natürlich besonders deutlich sein können, wenn schon auch sonst nervöses Herzklopfen besteht; im Uebrigen habe ich darüber oben schon Alles gesagt.

In den gelähmten oder wegen Schmerzen ruhig gehaltenen Gliedern kann sich bei den Unfallsneurosen durch die passive Haltung und Bewegungslosigkeit eine Cyanose einstellen, die manchmal mit Oedem und Herabsetzung der Hauttemperatur verbunden ist, wie das zuerst Kriege beschrieben hat. Oedeme in den gelähmten und contracturirten Gliedern bei Hysterie sind lange bekannt; auch hier werden sie aber meist mechanisch, z. B. in der Hand durch das passive Herabhängen des Armes oder durch die Circulationsstörung, die die Contractur bedingt, entstehen; sie sind dann also nicht ein eigentlich hysterisches Symptom, sondern die mechanische Folge eines solchen. So sah ich Oedem der Hand einmal deutlich bei schlaffer Monoplegia brachialis hysterica; ein anderesmal in dem schon erwähnten Fall von hysterischer Contractur an der linken Hand und den linken Fingern; beidemale schwand es rasch nach Heilung der Lähmung, respective der Contractur. Oppenheim erwähnt auch noch, dass in einigen seiner Fälle ein vorher nicht vorhandenes Oedem an den Beinen nach Gehversuchen eintrat; wo ich das gesehen habe, handelte es sich um ein Oedem in den Knöcheln nach Fractur an dieser Stelle, deren Callus die Circulation hinderte. In solchen Fällen muss man stets auch die Röntgendurchleuchtung zu Hilfe nehmen, wenn der Fall nicht sonst ganz klar liegt.

Hierher gehört auch die manchmal bei Unfallsneurosen beobachtete starke Steigerung der Erregbarkeit der Hautgefässnerven. Diese führt oft, wie Kriege zuerst beschrieb, zu einer ausgeprägten Urticaria factitia oder wenigstens zu einer sehr erheblichen Quaddelbildung um die zum Zwecke der Sensibilitätsprüfung gemachten Nadelstiche. Doch kommen diese Symptome auch bei Gesunden vor.

Obgleich das nicht ganz an diese Stelle gehört, muss ich doch hier noch ein paar Worte über die sogenannte hysterische Hämoptoë sagen. Diese kommt auch nach Unfällen vor, und noch vor einigen Jahren hat Strümpell einen typischen, hiehergehörigen Fall beschrieben und an

seine Beschreibung kritische, besonders auch differential-diagnostische Bemerkungen geknüpft. Gar nicht so selten wird in diesen Fällen die falsche Diagnose Lungentuberculose gemacht. Das Krankheitsbild ist folgendes: es besteht ein fortwährendes, aber sehr leichtes und oberflächliches, fast stets trockenes Husten und Räuspern; oft nimmt der Kehlkopf kaum an dem Husten theil; die Kranken husten eigentlich hauptsächlich mit den Lippen. Das Sputum ist sehr spärlich und wird nur mühsam entleert; auch die Blutbeimengungen sind gering, aber dafür beständig vorhanden; während wir bei eigentlicher Hämoptöe zunächst reichliche Blutbeimengungen haben, die aber nach einiger Zeit wieder verschwinden. Das Sputum enthält weder Eiterkörper noch Tuberkelbacillen; es stammt aus dem Munde und beweist seinen Ursprung durch reichliche Beimengungen von Pflasterepithelien und Speiseresten. Das Blut wird dem Sputum beigemischt durch Gefässerreissungen im Rachen, die die Folge des ewigen Hustens und Räusperns sind; oder es geräth in den Mund durch Saugen am Zahnfleische. Im letzteren Falle ist also der Kranke direct Schuld an der Blutbeimengung; hier geht Krankheit und Simulation untrennbar ineinander über. Gerade in dieser Beziehung ist die hysterische Hämoptöe, wie Strümpell des Weiteren ausführt, von ganz besonderem Interesse.

Anderweitige Symptome.

Von trophischen Störungen habe ich schon erwähnt das Vorkommen von Inactivitätsatrophie bei hysterotraumatischen Muskellähmungen oder Muskelcontracturen. Auch nach Gelenkverletzungen findet man nicht selten Muskelatrophie in der Nähe des verletzten Gelenkes; in den meisten Fällen werden nur die Strecker des betreffenden Gelenkes betroffen, also bei Knieverletzungen der Quadriceps; bei solchen der Hüfte der Glutaeus maximus, des Sprunggelenkes die Wade, des Ellenbogengelenkes der Triceps und des Schultergelenkes der Deltoideus. In schweren Fällen aber atrophiren nicht nur alle das betreffende Gelenk bewegenden Muskeln, sondern auch noch in der Nähe gelegene, nicht an der Gelenkbewegung betheiligte, so z. B. bei den besonders häufigen Kniegelenksverletzungen die Muskeln des Unterschenkels. Die Sehnenreflexe, so z. B. die von den Patellarsehnen oder der Tricepsreflex sind in entsprechenden Fällen gesteigert; die atrophischen Muskeln sind paretisch und ihre elektrische Erregbarkeit ist im Verhältniss zur Atrophie herabgesetzt. Die Dauer der Muskelschwäche und Atrophie kann entsprechend der Dauer des Gelenkleidens eine sehr lange sein. Auf die verschiedenen Theorien über die Entstehung der arthrogenen Muskelatrophie einzugehen, ist hier nicht der Ort.

Steypp hat Fälle von raschem Ergrauen der Haare nach Eisenbahnunfällen beschrieben, früher hatte man das besonders nach lang dauernden Verschüttungen und anderen Unglücksfällen in Bergwerken beobachtet.

Eigentliche Blasen- und Mastdarmstörungen kommen in uncomplirten Fällen traumatischer Neurose nicht vor; der allerdings hier nicht so seltene häufige Urindrang bei wenig gefüllter Blase (Pollakiurie) ist, abgesehen von organischen Bedingungen (Alter, Blasenkatarrhe), ein psychisches Symptom. Obstipation ist sehr häufig; sie ist wohl durch die den meisten Unfallverletzten ungewohnte körperliche Ruhe bedingt. In anderen Fällen hat man auch hartnäckige Diarrhöen beobachtet, z. B. auch in meinem Falle 1, ohne eine Ursache dafür zu finden. Albuminurie kann manchmal, namentlich nach Kopfverletzungen, vorübergehend eintreten; besteht sie länger und findet man im Urinsediment Nierenbestandtheile, so handelt es sich wohl um eine vom Unfall unabhängige Complication. Dagegen ist nicht daran zu zweifeln, dass sowohl vorübergehende Glykosurie wie ein dauernder Diabetes mellitus die Folge von Verletzungen, und zwar aller nur möglichen, nicht nur von Kopfverletzungen sein kann (Ebstein). Auch geistige Erschütterungen können ja die Zuckerharnruhr hervorrufen. Wir treten hier allerdings aus dem Rahmen der eigentlichen traumatischen Neurosen heraus. Wichtig ist es, worauf besonders Thiem hinweist, für den Nachweis des Zusammenhanges zwischen Verletzung und Zuckerausscheidung, in solchen Fällen den Urin möglichst bald nach dem Unfälle zu untersuchen; findet sich z. B. schon Zucker in dem zur Zeit des Unfalles in der Blase vorhandenen Urin, so kann die Melliturie nicht durch den Unfall bedingt sein. Diese Untersuchung wäre Sache des zuerst behandelnden Arztes; sie wird natürlich oft ihre grossen Schwierigkeiten haben. v. Jacksch und Strümpell haben wohl zuerst darauf hingewiesen, dass auch eine alimentäre Glykosurie nach Unfällen häufig ist; man weist dieselbe nach einer von Naunyn angegebenen Methode dadurch nach, dass man dem zu Untersuchenden nüchtern ein gewisses Quantum (100 Gramm) Traubenzucker gibt; in Fällen von alimentärer Glykosurie tritt dann in den nächsten Stunden Zucker im Urin auf. Spätere Autoren haben die Beobachtungen Strümpell's bestätigt; über ihren diagnostischen Werth lässt sich noch nichts Bestimmtes sagen; es sind da noch weitere Untersuchungen an Gesunden und nicht traumatisch Nervösen nöthig. Diabetes insipidus, meist verbunden mit Polydipsie, kommt als Folge speciell von Kopfverletzungen ebenfalls vor; vor Kurzem sah ich das Symptom ausgeprägt bei einem Kranken, der durch Fall auf den Schädel eine Basisfractur, ein subperiostales Hämatom und eine rechte Facialislähmung erlitten hatte.

Der allgemeine Ernährungszustand ist bei den Unfallsneurosen meist ein guter, und selbst dieser Umstand ist bei voreingenommenen Unter-

suchen manchmal Grund genug gewesen, um eine Simulation der nervösen Beschwerden anzunehmen. Demgegenüber weist Oppenheim, was allerdings kaum noch nöthig sein sollte, mit Recht darauf hin, in welchem guten Ernährungszustande sich oft lange Zeit Tabiker, Paralytiker, Kranke mit multipler Sklerose, also schwer organisch Nervenkrankte befinden. Manchmal aber nimmt auch bei den Unfallsneurosen die allgemeine Ernährung rasch ab. Die Kranken werden decrepide, und zwar nach meinen Erfahrungen besonders oft in den Fällen, wo sich in Folge frühzeitiger und fortschreitender Arteriosklerose eine Dementia senilis praecox einstellt. Aehnliche rasch fortschreitende Ernährungsstörungen kann man auch erleben bei der Entwicklung organischer Herzkrankheiten nach Unfällen.

Die meisten Unfallverletzten behaupten auf Befragen, impotent oder wenigstens in ihrer Potenz schwer geschädigt zu sein. Diese Angabe ist, wie Oppenheim sagt, uncontrolirbar und nicht gerade sehr wahrscheinlich. Dagegen ist eine Herabsetzung der Libido sexualis, wenigstens bei neurasthenisch-hypochondrischen Unfallsneurosen sehr wahrscheinlich, da bei diesen Neurosen auch in nicht traumatischen Fällen der Geschlechtstrieb oft sehr gering ist; ja, oft halten diese hypochondrischen Kranken den Beischlaf direct für gefährlich für ihren Krankheitszustand.

Oppenheim nimmt an, dass auch ohne Complicationen bei Unfallsneurosen Fieber entstehen könne. Ich halte das, abgesehen von der ersten Zeit nach bestimmten Hirnverletzungen für wenig wahrscheinlich; versteckte Fieberquellen sind oft sehr schwer zu entdecken. Es wird ja von manchen Seiten ein hysterisches Fieber angenommen; doch scheinen mir alle die ein solches beweisen sollenden Fälle noch nicht einwandfrei.

Verlauf der Unfallneurosen. Vorkommen. Alter der Kranken.

Den Verlauf der typischen Fälle, speciell der Unfallsneurose s. s. — und nur von dieser lässt sich Allgemeines sagen —, habe ich schon im Capitel Aetiologie implicite mitgegeben. Wir haben hier gesehen, wie sich meist langsam und allmählich aus den directen Unfallsfolgen durch eine Reihe genau erörterter Momente ausgesprochene Unfallsneurosen entwickeln; ist diese Entwicklung vollendet, so bleibt dieser Zustand meist ein stationärer; Besserungen oder gar Heilungen sind selten, kommen aber vor. Das Leben wird wohl nur bei Entwicklung schwerer Arteriosklerose oder von Herzerkrankungen, also durch organische Complicationen, abgekürzt. Eine rasche, ja momentane Entstehung des ganzen Krankheitsbildes kommt wohl nur bei Hysterie nach Unfällen vor; diese reine Unfallhysterie ist selten, kann aber ebenso hartnäckig sein wie die Unfallsneurasthenie und -Hypochondrie, sowie ihre Mischformen. Immerhin sind bei ihr volle

Heilungen häufiger. Vorkommen kann die traumatische Neurose natürlich in jedem Stande, da Jeder unter Umständen einem Trauma ausgesetzt ist. Die Unfallsneurose s. s. kommt natürlich nur beim versicherten Arbeiter vor; ganz ähnliche Zustände aber bei allen Verletzten, die Ansprüche an private Versicherungsgesellschaften oder durch das Haftpflichtgesetz haben. Im Allgemeinen wird das männliche Geschlecht die übergrosse Majorität der Unfallverletzten stellen, aus Gründen, die von selbst einleuchten. Traumatische Neurosen kommen schliesslich in jedem Alter vor; im Kindesalter scheint aber eigentlich nur traumatische Hysterie aufzutreten; Neurasthenie und Hypochondrie sind hier ja auch sonst sehr selten; ebenso habe ich bisher bei Soldaten nur traumatische Hysterie gesehen.

Diagnose der Unfallsneurosen. Forensische Fragen. Allgemeines über Simulation und Uebertreibung. Zusammenhang zwischen Unfall und Neurose. Grad der Erwerbsfähigkeit. Einiges über Gutachten.

Die ärztliche und speciell die diagnostische Thätigkeit ist bei den meisten Fällen von Unfallsneurosen eine ganz andere als bei den sonst dem Arzte zur Untersuchung kommenden Kranken. Diese suchen den Arzt freiwillig, aus besonderem Vertrauen auf, um seine Hilfe für ihr Leiden zu erlangen; die Untersuchung hat den Zweck, die Diagnose festzustellen und auf Grund dieser Diagnose Anweisungen für Heilung oder Linderung des Leidens zu geben. In ähnlicher Weise steht der Arzt dem Patienten bei den traumatischen Neurosen nur in sehr wenigen Fällen gegenüber, meist nur in den seltenen Fällen, die keinen Anspruch auf Entschädigung haben. Bei den eigentlichen Unfallsneurotikern, namentlich wenn die Neurose erst ihre Höhe erreicht hat, ist seine Stellung dem Untersuchten gegenüber eine ganz andere. Der Patient kommt fast niemals freiwillig zu ihm, sondern er wird von der Berufsgenossenschaft, den Gerichten, im besten Falle von seinem Anwalte geschickt; es handelt sich bei der Feststellung der Diagnose in den meisten Fällen nicht um auf sie begründete Rathschläge zur Heilung oder Besserung, sondern die Berufsgenossenschaften, die Gerichte oder der Patient selbst verlangen ein Gutachten über den Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit und über den Grad der durch die Unfallsfolgen bewirkten Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit. Die Thätigkeit des Arztes ist also eine in der Hauptsache forensische, denn auch die einfachen Gutachten für die Berufsgenossenschaften müssen natürlich so sorgfältig abgefasst werden, als wenn es sich um solche pro foro handelte. Da nun in fast allen diesen Fällen es sich um eine nach der Schwere der Unfallsfolgen abzumessende, einmalige oder fortlaufende Geldentschädigung handelt,

für deren Höhe das ärztliche Gutachten massgebend ist, die Untersuchten aber natürlich ein Interesse daran haben, dass diese Entschädigung möglichst hoch ausfällt, so spielt bei jeder dieser Untersuchungen auch die Frage mit hinein, ob die geklagten Krankheitserscheinungen überhaupt vorhanden oder simulirt oder wenigstens sehr übertrieben sind. In der That haben, abgesehen von den Militär- und Gerichtsärzten, die meisten übrigen Aerzte erst durch die Thätigkeit bei den Berufsgenossenschaften Gelegenheit gehabt, sich mit der Frage der Simulation und ihrer Erkennung zu beschäftigen. Die Thätigkeit des Arztes und speciell die Stellung der Diagnose wird aber gerade hier besonders erschwert dadurch, dass in den meisten Fällen der zum Arzte zur Untersuchung geschickte verletzte Arbeiter zu diesem nicht das besondere Vertrauen hat wie der freiwillige Client, sondern im Gegentheile in ihm sogar oft den Vertreter der Berufsgenossenschaft sieht, der ihn schädigen will. Alle diese Momente machen es nur zu natürlich, dass die ärztliche Thätigkeit speciell für die Berufsgenossenschaften nicht gerade zu den angenehmsten gehört; sie ist in der That oft eine sehr widerwärtige; und leider hat diese Widerwärtigkeit, die in der Sache liegt, wie das menschlich natürlich ist, manchmal auch zu ungerechter Behandlung und Beurtheilung der in Frage kommenden Personen geführt.

Die diagnostische Thätigkeit des Arztes hat sich bei den traumatischen Neurosen auf folgende Fragen zu erstrecken: 1. Handelt es sich bei der angeblich nach Unfall entstandenen Krankheit um eine der oben beschriebenen Neurosen? 2. Handelt es sich überhaupt um eine Krankheit und nicht um eine Simulation derselben oder um eine wesentliche Uebertreibung? 3. Wenn Krankheit besteht, ist der erlittene Unfall Ursache derselben? 4. Ist der Verletzte durch seine Krankheit in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt und in welchem Maasse? 5. Ist eine Heilung oder Besserung der Erkrankung zu erwarten oder nicht? Die Frage 5 soll im Capitel Prognose erörtert werden; die Beantwortung von 2, 3, 4 und 5 gehört vor Allem in die vom Arzte in diesen Fällen geforderten Gutachten.

Die erste dieser Fragen: „Handelt sich um eine Unfallsneurose?“ ist im Allgemeinen nicht schwer zu entscheiden. Bei einiger Kenntniss der allgemeinen Neurosen überhaupt, bei genauer Untersuchung und Achtung auf die im symptomatologischen Theile beschriebenen Krankheitsbilder und Einzelsymptome, eventuell nach genügend langer Beobachtung wird man, zunächst abgesehen von der Simulationsfrage, hier wohl meist alle Zweifel heben können. Abgesehen davon, dass man sich natürlich hüten muss, direct chirurgische Unfallsfolgen zu übersehen, was nicht immer leicht ist, und zu deren Ausschluss ich wiederholt sorg-

fältige Röntgenuntersuchung angerathen habe, kommt es natürlich vor Allem darauf an, den Fehler zu vermeiden, eine deutlich organische Erkrankung des Nervensystems zu übersehen und mit einer Neurose zu verwechseln. Hier kommen vor Allem zwei Schwierigkeiten in Betracht. Erstens können, wie namentlich neuere Beobachtungen gelehrt haben, in Folge einer allgemeinen oder mehr localen Körpererschütterung entstehende organische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes — ich nenne als Beispiel nur die Mittheilung Erb's über die chronische Polyomyelitis anterior nach Trauma — erst lange nach dem Trauma sich deutlicher documentiren, so dass man in solchen Fällen viele Monate bei Mangel jedes objectiven Befundes der Annahme einer allgemeinen Neurose zuneigen kann oder gar auf den Gedanken der Simulation kommt. Man wird nach diesen Erfahrungen gut thun, namentlich in Fällen erheblicher directer Erschütterung des Rückenmarkes oder Gehirns, seine Diagnose auch bei zunächst negativem objectiven Befunde einige Zeit in suspenso und die Möglichkeit eines späteren Eintretens einer schweren organischen Erkrankung offen zu lassen. Es kommt dazu, dass man in neuerer Zeit, wie ich glaube mit Recht, überhaupt geneigt ist anzunehmen, dass nach schweren Kopf- und Rückenmarkerschütterungen feinere organische Veränderungen auch progressiver Natur im Nervensystem entstehen können, deren Symptome sich kaum von denen der Neurosen unterscheiden lassen.

In zweiter Linie können Schwierigkeiten entstehen, wenn sich die Symptome der Neurose — hier handelt es sich wohl meist nur um Hysterie — mit solchen einer organischen Erkrankung des Nervensystemes oder anderer Theile des Organismus mischen, sei es nun, dass beide Erkrankungen Folgen des Unfalles sind, oder durch den Unfall die Neurose einer vielleicht schon Jahre lang bestehenden organischen Erkrankung superponirt wird. So erwähnt Oppenheim Combinationen von Tabes und traumatischer Neurose; es sind ferner Verbindungen von Hysterie mit Syringomyelie — auch von mir — und ganz besonders häufig mit multipler Sklerose beobachtet worden. Mir wird immer ein Fall in Erinnerung bleiben, wo ein Unfall neben einer organischen Lähmung des rechten Musculus serratus anticus major eine typische hysterische Monoplegie des rechten Armes und eine hochgradige beiderseitige hysterische Gesichtsfeldengung hervorgerufen hatte, und wo ich zuerst unter dem Eindrucke der hysterischen Armlähmung die organische Serratuslähmung ganz übersah. Die hysterische Monoplegie heilte hier rasch, die Serratuslähmung blieb ungeheilt. Gewiss wird es auch schwierig sein, neben der nervösen Herzpalpitation eine einsetzende organische Herzerkrankung frühzeitig zu entdecken und ihr den ihr zukommenden Antheil an den Krankheitssymptomen zuzumessen. In allen diesen Mischfällen hilft natürlich nur eine ganz genaue Untersuchung von sachverständigster

Seite; man zögere auch nicht, die Vertreter anderer Specialgebiete zur Untersuchung heranzuziehen, wo das irgend Erfolg für die Aufklärung des Falles verspricht; ich weise hier nochmals hin auf die Fälle von Menière'schem Schwindel mit ihren oft nur dem ausgebildeten Ohrenarzte erkennbaren organischen Grundlagen, speciell den Verletzungen der Schläfenpyramide; gerade in diesen Fällen habe ich gesehen, dass bei demselben Falle von einigen Aerzten ein einfach nervöser Schwindel, von anderen gar Simulation angenommen wurde.

Schwierig und manchmal unlöslich ist die Aufgabe bei vorhandenem Alkoholismus zu entscheiden, ob thatsächlich vorhandene nervöse Krankheitssymptome einem erlittenen Unfälle oder dieser chronischen Vergiftung zur Last fallen; die Symptome können in beiden Fällen sich fast vollständig gleichen und ausserdem kann der Alkoholismus jedenfalls sehr zu Entstehung einer Unfallsneurose disponiren. Bei diesen Schwierigkeiten ist es für den Begutachter sehr angenehm, dass nach Entscheidungen des deutschen Reichsversicherungsamtes auch bei sicher nachweisbarem Alkoholismus der Unfall als entschädigungspflichtig angesehen wird, wenn thatsächlich erst durch ihn die bis dahin vorhandene Arbeitsfähigkeit aufgehoben ist; man soll also auf eine etwaige Prädisposition durch den Alkoholismus keine Rücksicht nehmen. Doch thut man natürlich Recht, wenn man die Berufsgenossenschaft oder die Gerichte auf den vorhandenen Alkoholismus aufmerksam macht.

Die grösste Schwierigkeit bei der Diagnose und Begutachtung der traumatischen Neurosen bietet jedenfalls bei einer nicht geringen Zahl von Fällen die Frage: „Liegt überhaupt eine Krankheit vor oder handelt es sich um eine reine oder wenigstens theilweise Simulation? Ich habe im speciell symptomatologischen Theil bei jedem einzelnen Symptome auch die Möglichkeit seiner Simulation und ihrer Erkennung, so wie einige besondere, die Simulation angeblich ausschliessende Methoden eingehend erörtert und brauche hier nur noch einige allgemeine, aber sehr wichtige Bemerkungen über die Simulationsfrage bei den Unfallsneurosen zu machen. Die Simulationsfrage hat schon seit dem ersten Bekanntwerden der hiehergehörigen Krankheitsbilder durch Erichsen die Gemüther der Aerzte bewegt, zumal da es sich in den ersten der hiehergehörigen Fälle oft um solche von „Railway spine“ handelte, bei denen auf Grund des Haftpflichtgesetzes Klagen gegen Eisenbahngesellschaften erhoben wurden, die wegen der Höhe der gemachten Forderungen und der oft grossen Zahl der auf einmal Verletzten grosses Aufsehen erregten. In Deutschland hat diese Frage namentlich nach dem Erscheinen der ersten Auflage von Oppenheim's Monographie über die traumatischen

Neurosen geradezu eine Sturmfluth von Meinungsäusserungen hervorgerufen und eine Zeit lang die Autoren in zwei feindliche Lager getrennt; Lager, die so erbittert aufeinander waren, als wenn es sich um gegenseitige Angriffe auf die persönliche Ehre gehandelt hätte und nicht um Dinge, die man sachlich mit einander verfechten könnte.

Man konnte a priori annehmen, dass die Entscheidung über die Simulation bei Krankheitsbildern, wie die traumatischen Neurosen, deren Symptome, wie wir heute wissen, fast alle psychisch bedingt sind, und denen eine Objectivität nur bis zu einem gewissen Grade zuzuerkennen ist, den Aerzten Schwierigkeiten bieten würde; es kam dazu, dass das Gros der Aerzte hier zum erstenmale vor Entscheidungen gestellt wurde, die bis dahin nur einen kleinen Theil derselben, die Militärärzte, die Psychiater, die Gerichts- und Gefangenärzte beschäftigt hatten, — so dass ihnen zunächst jede Erfahrung fehlte. Es kann also nicht wundernehmen, dass die ersten Publicationen über die Häufigkeit der Simulation bei den Unfallsneurosen sehr verschiedene Zahlen darboten, Zahlen, die so ungeheuer von einander abwichen, dass man die betreffenden Autoren getrost in zwei Gruppen theilen kann; erstens in solche, die fast überall oder doch bei einem grossen Procentsatz der Unfallsneurosen Simulation witterten, zweitens in solche, die zwar vereinzelte Fälle von Simulation zugaben, aber eigentlich überhaupt nichts davon wissen wollten. So fanden bis zum Jahre 1891 unter den von ihnen Untersuchten Hoffmann und F. Schultze 33 Procent, Seeligmüller 25 Procent, Rumpf und Mendel, der sich übrigens sehr vorsichtig ausdrückte, eine grosse Anzahl von Simulanten ohne bestimmte Zahlenangabe; Oppenheim dagegen nur 4 Procent, Hitzig 3 Procent, ich selber 7—8 Procent, und Knapp, Benedikt und Möbius wollten überhaupt nichts von der Simulation wissen. Später traten auf die Seite der Autoren mit grossen Simulanzahlen Eisenlohr, Reinhard, Schmidt-Rimpler, Unverricht; gegen die Häufigkeit der Simulation sprachen sich Kast, Nonne, Dubois, Sahli, Strümpelli Ebstein, Knapp, Jolly, Bäumlner und Wernicke aus. Uebrigens haben sich die Zahlendifferenzen später nicht mehr in der oben angegebenen Schärfe erhalten. So musste Schultze schon 1891 zugeben, dass er bei grösserem Materiale nicht mehr 33 Procent, sondern nur noch 10 Procent Simulanten gefunden habe; Schuster steht in seinen neuesten Publicationen aus Mendel's Klinik fast ganz auf Oppenheim's Standpunkt. Hoffmann hat später nichts mehr über diese Dinge publicirt; nur Seeligmüller ist auf seinem früheren Standpunkte stehen geblieben. Anderseits hat z. B. Strümpell offenbar später mehr auf Simulation erkannt als früher; auch ich selber glaube in den letzten Jahren mehr Simulanten gesehen zu haben als früher, kann das aber nicht zahlenmässig belegen, über 8 Procent werde ich aber sicher nicht gekommen

sein. Ausserdem handelte es sich nur in wenigen Fällen um totale Simulation, meistens nur um Simulation einzelner mehr oder weniger im Krankheitsbilde hervorstechender Symptome.

Diese grossen Differenzen in dem Nachweis oder besser wohl gesagt, in der Annahme von der Häufigkeit der Simulation mussten jedenfalls sehr auffallen, und man hat sich vom Anfang an Mühe gegeben, eine plausible Erklärung dafür zu finden. Möbius, der im Anfange ganz auf Seite Charcot's, und zwar seiner älteren Auffassung, die in den traumatischen Neurosen nichts als Hysterie sah, stand, glaubte speciell Seeligmüller gegenüber annehmen zu dürfen, dass die grosse Zahl angenommener Simulanten bei einzelnen Autoren auf der Nichterkennung oder vielleicht sogar nicht Anerkennung der auch in Deutschland gar nicht seltenen männlichen Hysterie beruhe; Oppenheim und ich waren der Ansicht, dass die simulantenreichen Autoren nicht genug Gewicht auf psychische Symptome legten, und dass Einzelnen von ihnen wohl überhaupt genügende psychiatrische Kenntnisse fehlten. Doch konnten, da einerseits unter den Vertretern der Annahme einer häufigen Simulation sich doch auch anerkannt ausgezeichnete Neurologen und Psychiater fanden, und andererseits später auch die Leugner der Bedeutung der Simulationsfrage doch zugeben mussten, dass diese doch nicht so ganz selten sei — diese Momente später nicht mehr für die Erklärung der immer noch grossen Differenzen in den Meinungen genügen. Es musste sich um innere, in der Sache liegende, zum Theile unüberwindliche Schwierigkeiten handeln. Ich habe schon in meinen ersten kritischen Referaten über die traumatischen Neurosen in Schmidt's Jahrbüchern auf einen Theil dieser Umstände hingewiesen und bin in meinen Ansichten, zu denen ich durch Andere allerdings auch Manches hinzulernt habe, im Laufe der Jahre immer mehr bestärkt worden. Die innerlichen Schwierigkeiten, die die Simulationsfrage bei den Unfallsneurosen darbietet, sind sehr mannigfaltige. Zeigen diese Neurosen allerdings das ausgeprägte Bild einer Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie oder gar das von Oppenheim besonders beschriebene Bild der schweren Mischformen dieser Neurosen, so sollte, auch bei geringer Sachkenntniss, der Verdacht der Simulation kaum aufkommen. Aber das ist keineswegs immer so, fast ebenso häufig — das hat zuerst Eisenlohr, dann ich und später vor Allem Strümpell hervorgehoben — sind diejenigen Fälle, bei denen es sich gar nicht um schwere allgemeine Neurosen, sondern mehr um locale Störungen mit nur geringen allgemein nervösen Erscheinungen, die man sehr suchen muss, handelt; so z. B. um Schmerzen im Schultergelenke nach Contusionen desselben, um Schmerzen in Hand und Arm bei Quetschung der Finger und derartiges mehr, und dazu kommt, dass diese Schmerzen nach Angabe der Patienten manchmal nur bei der Arbeit eintreten, in der Ruhe ganz fehlen sollen,

was ja auch ganz plausibel ist. Wie will man nun in solchen Fällen mit Bestimmtheit entscheiden, ob der Untersuchte die von ihm geklagten Schmerzen wirklich empfindet oder sie simulirt? Man würde dazu nur im Stande sein, wenn man den Exploranden andauernd ohne sein Vorwissen beobachtet, ihn sozusagen mit einem Netz von Spionage umgibt; ich habe nun zwar oben zugegeben, dass in vereinzeltten Fällen der Arzt nicht nur berechtigt, sondern fast verpflichtet zu einer solchen Beobachtung ohne Wissen des Kranken ist, zu einer systematischen Spionage wird er sich aber kaum hergeben und dazu auch bei seiner sonstigen Thätigkeit kaum im Stande sein. Die Angaben aber, die man in solchen Fällen von Nachbarn und Hausgenossen, oft anonym, oder auch von eigens von den Berufsgenossenschaften angestellten Aufpassern über das Verhalten des Verletzten erhält, sind nur mit grosser Vorsicht aufzunehmen; jedenfalls ist diese Beobachtung ohne jede Sachkenntniss erfolgt. Davon geben die Unfallsacten oft drastische Beispiele.

Will oder kann man eine solche Beobachtung nicht anstellen, so muss man dem Untersuchten einfach glauben oder nicht glauben. Haben wir aber dann zum Nichtglauben ohneweiters irgend welche berechtigte Gründe? Ich meine nicht. Wenn ein Kranker ohne irgend welche Ansprüche auf Entschädigung in unsere Sprechstunde kommt und etwa über seit Wochen andauernde Schmerzen nach Contusion eines Schultergelenkes klagt, so glauben wir ihm doch auch, ohne dass wir objective Grundlagen für seine Beschwerden nachweisen können. Ebenso müssen wir nach meiner Ansicht zunächst einmal bei jedem Verletzten mit Entschädigungsansprüchen handeln, denn die Thatsache, dass Jemand einen Anspruch auf eine solche macht, ist doch sicher nicht ohneweiters ein Grund zu der Annahme, dass dieselben Störungen, die ich jenem Andern ohne weiters geglaubt habe und die thatsächlich oft vorkommen nach Unfällen, wie sie der Rente beanspruchende Arbeiter erlitten hat, bei diesem simulirt sind. Wenn wir nun auch nicht veranlasst werden können, auf Treu und Glauben hin, in solchen Fällen einfach die Thatsächlichkeit der Angaben des Untersuchten zu bescheinigen, so sind wir in diesen zweifelhaften Fällen doch jedenfalls verpflichtet, ein „non liquet“ auszusprechen — das hat auch F. Schultze immer empfohlen — wir müssen sagen, ich weiss nicht, ob der zu Begutachtende im betreffenden Falle wirklich Schmerzen hat oder ob er lügt; und wir können dann noch nach unserem rein subjectiven Ermessen hinzufügen: Die und die Gründe scheinen mir für, die gegen eine Annahme einer Simulation zu sprechen. Die Berufsgenossenschaften und die Gerichte, denen ja allerdings ein solches „non liquet“ nicht angenehm ist, müssen wissen, dass wir heutzutage nach bestem Wissen und Gewissen gar nicht in der Lage sind, in all diesen Fällen eine bestimmte Entscheidung

zu treffen; sie dürfen nicht etwa auf dem Standpunkte stehen, dass ein solches Urtheil ein Zeichen geringeren Sachverständnisses des betreffenden Gutachters ist; dann werden auch jüngere Aerzte sich geeigneten Falles zu einem solchen „non liquet“ bekennen, die jetzt doch manchmal fürchten dürften, dass die Gerichte und Genossenschaften ihnen in solchen Fällen den erwähnten Vorwurf machen könnten. Handeln wir nicht so, geben wir, wie das nach meiner Ansicht nicht so selten geschieht, Urtheile mit einer Bestimmtheit ab, zu der wir nach den thatsächlichen Grundlagen nicht berechtigt sind, so können wir nach zwei Richtungen hin fehlen; nehmen wir die Thatsächlichkeit der Beschwerden an, so erhält vielleicht der Explorand eine Entschädigung, die ihm nach Recht und Gerechtigkeit nicht zusteht; erklären wir den Untersuchten aber für einen Simulanten, so nehmen wir damit eine viel schwerere Verantwortung auf uns und können unter Umständen unser Gewissen schwer belasten. Was das anbetrifft, will ich nur darauf hinweisen, dass wir bei der Mangelhaftigkeit unseres Wissens und Könnens selbst bei schweren organischen Erkrankungen nicht immer objective Krankheits-symptome nachweisen können, und dass es z. B. auch nach Unfällen vorgekommen ist, dass Kranke mit centralen Knochenabscessen und multiplen Hirncysticerken einfach für Simulanten erklärt sind; dass es sich in diesen Fällen nicht immer um Folgen des erlittenen Unfalles gehandelt hat, ist ein schwacher Trost, da ja der Kranke jedenfalls von dem Zusammenhange seiner Leiden mit dem Unfalle überzeugt und vor Allem thatsächlich krank und kein Simulant war. Und dass ein solcher falscher Simulationsverdacht den dazu schon disponirten Kranken unter Umständen zum ausgeprägten Verrückten mit Verfolgungswahnsinn ausbilden, ja, ihn zum Selbstmorde treiben kann, habe ich oben schon hervorgehoben.

Eine noch grössere Schwierigkeit in der Unterscheidung von Simulation und Krankheit bei den traumatischen Neurosen, als sie diese unbestimmten Fälle mit geringen Krankheitssymptomen mit sich bringen, liegt aber begründet in den Anschauungen, wie wir sie uns über Ursache und Entwicklung, speciell der Unfallsneurosen s. s. besonders nach Strümpell heute gebildet haben — hier kommen vor Allem die „Begehrungsvorstellungen“ in Betracht — und in der ganzen Auffassung, die wir heute von der Natur der hysterischen Symptome haben, die den integrirenden, wenn nicht alleinigen Bestandtheil einer grossen Zahl der traumatischen Neurosen bilden. Zuerst die Begehrungsvorstellungen. Auch früher wussten wir ja schon, dass wesentliche Theile der traumatischen Neurosen, und speciell ihre Dauerhaftigkeit, nicht

einfach und ohneweiters Folgen des erlittenen Unfalles sind, sondern hervorgehen aus hypochondrischer Furcht vor andauernder schwerer Krankheit und aus der Sorge um die eigene Existenz und die der Familie; aber es war natürlich in keiner Weise möglich, für diese schädigenden ängstlichen Vorstellungen den Kranken irgend wie verantwortlich zu machen. Spielen aber die Begehrungsvorstellungen wirklich die grosse Rolle zur Fixirung und in einzelnen Fällen vielleicht sogar zur Entstehung der Unfallsneurosen, die Strümpell ihnen zuweist — und dass ihre Rolle keine kleine ist, davon bin auch ich überzeugt — dann kann man, wenigstens so lange man die freie Willensbestimmung des gesunden Menschen annimmt, kaum mehr festhalten an der vollkommenen Unverantwortlichkeit dieser alten Unfallsneurotiker für ihre Leiden, und Strümpell zieht auch wirklich diese Consequenz, indem er diese Unfallsneurosen nicht mehr als unvermeidliche Folgen des Unfalles ansieht. Und wenn, wie Strümpell ferner sagt, der Verletzte, dessen Hauptgedanke sei: „Werde ich eine Rente erhalten und wie viel werde ich erhalten?“ die Functionen seines Körpers in Rücksicht auf diese Fragen prüft und diese Prüfungen dann nach seinem Wunsche — also in der Richtung einer möglichst geringen Arbeitsfähigkeit und demnach möglichst hohen Rente — ausfallen, dann verschieben sich die Grenzen zwischen Krankheit und Simulation so, dass es praktisch im einzelnen Falle wenigstens kaum möglich ist, zwischen ihnen zu unterscheiden.

Noch mehr treten, wie gesagt, diese Schwierigkeiten hervor, wenn wir uns die Anschauungen desselben Autors über die Natur der Hysterie ansehen, Anschauungen, denen ich übrigens fast vollständig und jedenfalls unbedingter als denen über die Bedeutung der Begehrungsvorstellungen beipflichte. Ich will hier Strümpell selber sprechen lassen. Auf S. 10 des Separatabdruckes seines Aufsatzes über die „Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallskranken“ schreibt er Folgendes:

„Es liegt in der Natur der Sache, dass gerade bei allen psychogenen Erkrankungen die Frage der Simulation besonders leicht auftauchen kann und dass die Unterscheidung zwischen Hysterie und Simulation oft eine so ungemein schwierige ist. Theoretisch lässt sich der Unterschied freilich leicht präcisiren, und ich halte es auch für sehr wichtig, sich diesen Unterschied recht klar zu machen. Sowohl die psychogenen (hysterischen, hypochondrischen) Krankheitszustände als auch die simulirten Krankheitssymptome beruhen auf Vorstellungen der Kranken. Während es sich aber im ersten Falle um krankhafte Vorstellungen handelt, welche sich zwangsartig und mit unabweisbarer Hartnäckigkeit im Bewusstsein der Kranken festgesetzt haben, handelt es sich bei der Simulation um Vorstellungen, welche sich der Simulirende selbst aus seinem

ganzen Bewusstseinsinhalt heraus mit bestimmter Absicht gebildet hat, welche noch immer in normaler Abhängigkeit von allen anderen Vorstellungen stehen und daher von dem Simulanten beliebig, d. h. je nach der gewollten Einwirkung anderer Vorstellungen gebraucht oder in den Hintergrund gedrängt werden können. Hat z. B. jemand eine hysterische (psychogene) Lähmung des rechten Armes, so wird er von der Vorstellung beherrscht, er könne wirklich den Arm nicht erheben. Der Hysterische glaubt selbst an seine Lähmung und hat den Weg zur normalen Innervation seiner Armmuskeln in der That verloren. Dabei kann er aber möglicherweise zu gewissen Zeiten in Momenten des Affectes, z. B. wo die betreffende krankhafte Vorstellung zeitweilig durch andersartige Vorstellungen völlig in den Hintergrund gedrängt ist, seinen Arm vorübergehend ganz gut erheben, ohne deshalb ein „Simulant“ zu sein. Denn der Simulant ist sich auch in dem Augenblicke, wo er angeblich seinen rechten Arm nicht erheben kann, sehr wohl dessen bewusst, dass er absichtlich die nöthigen Willensimpulse zum Erheben des Armes unterlässt. In ähnlicher Weise wird man auch für alle übrigen Krankheitserscheinungen, welche sowohl krankhaft-psychogenen Ursprunges als auch simulirt sein können, den Unterschied in der Natur der sie hervorruhenden, an sich nahe verwandten, aber in dem einen Falle zwangsartig, im anderen Falle frei wirkenden Vorstellungen sich leicht klar machen.“

„Allein, wie verständlich auch diese theoretische Unterscheidung ist, so schwierig ist oft ihre praktische Anwendung. Denn wer vermag leicht einen wirklich klaren Einblick in das verwickelte Getriebe eines fremden Vorstellungslebens zu gewinnen? Wer vermag, wie man sich auszudrücken pflegt, auf den ‚Grund der Seele‘ zu schauen, d. h. die leitende Vorstellung zu erkennen, welche alle anderen beherrscht? Es ist klar, dass hier meist nur der psychische Gesamteindruck von entscheidender Bedeutung sein wird. Die objective körperliche Untersuchung der Unfallskranken ergibt zunächst nur die Abwesenheit von organischen Veränderungen und lässt die psychogene Natur der vorhandenen Krankheitserscheinungen erkennen. Die nun auftauchenden Fragen nach absichtlicher Uebertreibung oder gar völliger, bewusster Simulation lassen sich durch die Art der einzelnen Symptome kaum jemals sicher entscheiden; meist wird die psychiatrische Beurtheilung des gesammten Bewusstseinszustandes des Kranken den Ausschlag geben. Oft kann man leicht den frech raisonnirenden Simulanten von dem still-melancholischen Neurastheniker oder den ersten schüchtern-unsicheren Versuch absichtlicher Täuschung von der eingefleischten Halsstarrigkeit des echten Querulanten unterscheiden, aber in vielen anderen Fällen wird man die Grenze zwischen bewusst-willkürlicher Vorspiegelung und unbewusst-psychischer Entstehung einzelner Symptome umso schwieriger ziehen

können, als sich beide Möglichkeiten zuweilen miteinander verbinden und verschlingen.“

In dem citirten Aufsätze über hysterische Hämoptoë finden sich folgende charakteristische Bemerkungen: „Ich brauche an diesem Orte nicht näher auszuführen, wie schwankend hiebei die Grenze zwischen hysterischen und simulirten Symptomen ist. Beide, die hysterischen und die simulirten Symptome, haben ja ganz denselben psychogenen Ursprung. Nur der Inhalt des Gesamtbewusstseins bei beiden Zuständen ist verschieden. Der Simulant ist sich des Zweckes und der Verantwortlichkeit für sein Thun bewusst; der Hysterische nicht. Aber auch der Simulant kann hysterisch werden und der Hysterische kann simuliren. Wenn wir jeden Einzelnen hieher gehörigen Fall genau psychologisch analysiren könnten, würden die Schwierigkeiten der Beurtheilung, welche meines Erachtens bis zu einem gewissen Grade unüberwindlich sind, fortfallen. Die Schwierigkeiten sind von äusserlicher praktischer Natur. Eine wesentliche theoretische Schwierigkeit bei der Beurtheilung der hysterischen Unfallskranken ist nicht vorhanden.“

Man muss ohneweiters zugeben, dass wenn diese Ausführungen richtig sind — und ich stehe hier, wie gesagt, wenigstens was die hysterischen Symptome betrifft, ganz auf Strümpell's Standpunkte — wir dann, wie Strümpell selbst sagt, in vielen Fällen — speciell mehr weniger reiner Hysterie — gar nicht im Stande sind, praktisch zwischen Simulation und Krankheit zu entscheiden, so sicher wir auch theoretisch die Unterschiede zwischen hysterischen und simulirten Symptomen formuliren können. Hier tritt der Umstand hervor, den ich als das grosse „subjective Moment“ in allen Entscheidungen über die Simulationsfrage bei den einzelnen Fällen bezeichnet habe; Momente, die übrigens auch Benedict schon auf dem Berliner internationalen Congresse 1890 hervorgehoben hat. Ich habe gesagt, es ist in vielen Fällen Sache des Sentiments, des Charakters des einzelnen Untersuchers und seines subjectiven Ermessens, ob er im gegebenen Falle zur Annahme einer Simulation gelangt oder nicht, und habe gerade darauf die grosse Differenz in der Häufigkeit, mit der die einzelnen Autoren auf Simulation erkannt haben, zurückgeführt. Die neuesten Ansichten über die Hysterie bestätigen diese meine Anschauungen insofern, als sie uns eine Grundlage für die Möglichkeit und geradezu Berechtigung eines solchen subjectiven Ermessens in wissenschaftlichen Dingen geben. Auch bei nicht traumatischer Hysterie kann es ja oft sehr schwer sein, zwischen Simulation und Krankheit zu unterscheiden; ich kann es z. B. Keinem verdenken und ihm einen begründeten Widerspruch nicht leisten, wenn er bei Selbstverletzungen Hysterischer von Simulation spricht oder einen solchen annimmt bei einem an Astasie-Abasie leidenden Kinde,

das vier Monate überhaupt nicht gehen wollte, aber auf einmal davon springt, wenn man ihm verspricht, es solle zu Pfingsten nach Hause, wenn es wieder gehen könnte; wenn ich auch hier auf dem Standpunkt stehe, dass zwar die Selbstverletzung bewusst zum Zwecke der Simulation gemacht sein kann, aber dass doch Hysterie bestehen muss, damit so etwas überhaupt gemacht wird. Hier wie in anderen Fällen kann man also unter Umständen zur Annahme der Simulation ebenso gute Gründe haben, wie zu der der Krankheit; und es nützt deshalb auch nicht viel, Krankengeschichten von angeblicher Simulation zu veröffentlichen, weil, abgesehen von absolut klaren und dann wenig lehrreichen Fällen, der die Sache nicht genau kennende Leser doch immer wieder Gründe finden kann, die Thatsache der Simulation anzuzweifeln; das hat sich auch in allen Fällen gezeigt, wo das Gutachten eines Autors von einem Anderen kritisiert wurde. Ich verkenne nun keinen Augenblick das Missliche, das in der offenen Anerkennung der grossen Zweifelhafteit dieser Dinge für die Praxis und speciell für die richterlichen Entscheidungen liegt, und Oppenheim scheint es Strümpell fast zum Vorwurfe zu machen, dass durch seine Anschauungen die Grenzen zwischen Wahrheit und Trug ganz verwischt werden, und dass sich zwei diametral entgegengesetzte Gutachten über ein und denselben Fall nach diesem wissenschaftlichen Standpunkte beide rechtfertigen liessen. Ein Vorwurf ist hier aber gewiss nicht gerechtfertigt; hat Strümpell mit seinen Anschauungen Recht, so können auch schwerwiegende praktische Bedenken nicht einen Grund dagegen abgeben, dass sie bekannt und anerkannt werden. „Die Praxis hat sich nach den Thatsachen zu richten, man kann die Thatsachen nicht nach den Bedürfnissen der Praxis ummodelln“, habe ich an anderer Stelle gesagt; übrigens ist das auch kaum nöthig, weil wirklich ganz unbestimmte Fälle, bei denen alle die erwähnten Zweifel in Betracht kommen und nicht zu lösen sind, doch glücklicherweise nur einen kleinen Bruchtheil der traumatischen Neurose ausmachen; so wichtig sie auch durch das, was sie uns lehren, für unser Urtheil im Allgemeinen sind.

Die bisherigen Ausführungen über die Simulationsfrage haben sich nur auf Fälle bezogen, bei denen die Simulation des ganzen Krankheitsbildes in Betracht kam. Ein solches Verfahren ist auf die Dauer für den Exploranden immerhin ein schwieriges und kaum durchzuführendes; leichter ist es und wird deshalb auch häufiger beobachtet, dass zu vorhandenen wirklichen Krankheitserscheinungen noch ein oder das andere Symptom hinzu simulirt wird. So sah ich Simulation einseitiger Blindheit bei echter schwerer Herzneurose; häufiger Simulation schwerer Gehstörungen bei echter hypochondrischer Neurasthenie mit Rückenschmerzen; gar nicht

so selten wird Zittern oder Romberg'sches Schwanken als einziges Symptom simulirt. Natürlich ist es im höchsten Grade erwünscht, auch die Simulation eines solchen einzelnen Symptomes zu erkennen, — die hier in Betracht kommenden Methoden habe ich bei den einzelnen Krankheitserscheinungen erörtert —, und dem Exploranden diese Simulationsversuche gründlich auszutreiben. Aber wenn man natürlich auch berechtigt ist, in solchen Fällen die Glaubwürdigkeit des Untersuchten im Ganzen geringer einzuschätzen, so darf man sich doch keineswegs durch den ja berechtigten Unmuth verleiten lassen, aus der Simulation eines Symptomes ohneweiters auf Simulation den ganzen Krankheit zu schliessen, sondern muss auch hier die anderen Symptome unbefangen würdigen. Es ist ja leider Thatsache, dass Leute mit Entschädigungsansprüchen oft das Bestreben haben, die Folgen eines erlittenen Unfalles möglichst schlimm erscheinen zu lassen, und dies Bestreben ist auch die Ursache zur directen Hinzudichtung einzelner Symptome; dabei können aber die anderen Symptome ganz echte sein, und nicht selten ist an der Hinzusimulation einzelner Symptome auch die ungerechte Beurtheilung früherer Untersucher mit Schuld, die die wirklichen Krankheitszustände als höchst geringfügig oder gar als simulirt begutachtet hatten.

Alle Autoren, auch die, die von Simulation bei den traumatischen Neurosen wenig oder gar nichts wissen wollen, erkennen schliesslich an, dass eine Uebertreibung einzelner oder vieler, manchmal aller Krankheitssymptome bei einer grossen Zahl von Unfallverletzten vorkommt; ja, dass dies Verhalten ein so häufiges sei, dass man es fast als Regel ansehen könne und auf jeden Fall von den Beschwerden des Exploranden einige Procent abziehen müsse. Dieser Ansicht bin auch ich und habe das immer ausgesprochen. Aber Hitzig hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, dass man sich doch über die Häufigkeit der Uebertreibung bei den Unfallsneurosen nicht wundern dürfe, da die traumatischen Neurosen sich zusammensetzten aus Neurasthenie, Hypochondrie und Hysterie; und da man doch lange wisse, dass für diese Krankheiten ein schweres Krankheitsgefühl und damit die Sucht nach möglichster Hervorkehrung aller Krankheitssymptome geradezu charakteristisch sei, so würde man im Gegentheile eher erstaunt sein müssen, wenn man Uebertreibung bei den Unfallsneurosen nicht fände. Ich kann diesem gewiss sehr wichtigen die Uebertreibung der Unfallsneurotiker erklärenden und entschuldigenden Grunde noch zwei andere hinzufügen. Es handelt sich speciell bei den Unfallsneurosen s. s., und gerade diese bilden nicht nur die übergrosse Mehrzahl aller hiehergehörigen Fälle, sondern sind durch ihre Eigenart auch der Hauptgrund, weshalb die traumatischen Neurosen eine besondere wissenschaftliche Besprechung verdienen, —

meist um wenig gebildete und bis zum Unfälle gesunde Männer. Jeder erfahrene Arzt weiss aber, dass bei Ungebildeten, und namentlich bei ungebildeten und bis dahin gesunden und kräftigen Männern, alle Krankheitssymptome oft viel schwerer empfunden werden als bei vielen Gebildeten und auch bei den Frauen, die mehr an Leiden gewohnt sind; jedenfalls klagen diese Kranken oft in sehr übertriebener Weise und können sich in ihren Schmerzäusserungen gar nicht genug thun, auch in Fällen, wo sie materiell gar nichts damit erreichen können und wollen. Dass auch die Hypochondrie gerade bei Ungebildeten besonders schwer zu beeinflussen ist, habe ich oben schon erwähnt. Der zweite von mir noch hinzuzufügende Grund für die Uebertreibung der Unfallverletzten ist allerdings ein sehr wenig idealer, aber bei ruhiger Ueberlegung wird man auch ihn wenigstens verstehen können. Wie die Sachen heute einmal liegen, ist der Unfallverletzte überzeugt, dass jede Untersuchung, der er unterworfen wird, nur den Zweck haben solle, ihm einen Theil seiner Rente zu entziehen, dadurch, dass man seine Arbeitsfähigkeit als seit der letzten Untersuchung wieder gebessert erklärt. Wie oben ausgeführt, sieht er das als ein Unrecht gegen sich an; er verschlimmert deshalb in seinen Angaben seine Functionstörungen um ein Gewisses, damit er, wie er überlegt, auch nach Abzug dieses Plus durch den untersuchenden Arzt die ihm seiner Meinung nach zustehende Rente erhält. Es ist ganz dasselbe Verfahren, das die Marktfrau der Käuferin gegenüber anwendet, von der sie annimmt, dass sie um den Preis handeln wird — sie schlägt, wie man sagt, vor. Ganz besonders erklärlich und entschuldbar ist es natürlich, wenn solche Verletzte so handeln, denen ein wirkliches Unrecht geschehen ist und die vielleicht sogar ungerechterweise für Simulanten erklärt sind.

Kurz, die Uebertreibung liegt bei den Unfallverletzten zum Theil in der Natur ihrer Erkrankungen oder ist in ihrer Persönlichkeit begründet, zum Theile ist sie bewusst, um eine möglichst hohe Entschädigung zu erlangen. Man muss versuchen, in den Begutachtungen dieser Fälle auf die Uebertreibung Rücksicht zu nehmen und die Entschädigungsansprüche unabhängig von ihnen zu berechnen; man muss sich aber immer bewusst sein, dass die Annahme einer Uebertreibung noch mehr als die der Simulation auf subjectivem Ermessen beruht und fast nie streng zu begründen sein dürfte. Vor Allem darf man dem Uebertreibenden nun aber nicht jedes Vertrauen entziehen, ihm überhaupt nichts mehr glauben und ihn damit einfach zum Simulanten stempeln, wie das nicht selten geschieht.

Vielfach hat man auch die nicht zu bestreitende Thatsache, dass nach dem Erlasse der Haftpflicht- und Unfallversicherungsgesetze die

sogenannten Unfallsneurosen sehr zugenommen haben, als Grund für die Annahme einer wesentlichen Zunahme der Simulation seit dieser Zeit ins Feld geführt. Auch gegen die Folgerichtigkeit dieser Annahme, in der ja ein Körnchen Wahrheit stecken mag, lässt sich Vieles sagen. So haben, wie Oppenheim angibt, nicht nur die Unfallsneurosen, sondern auch die Unfälle selbst seit dieser Zeit erheblich zugenommen, was bei der enormen Entwicklung der Industrie und des Verkehrswesens ja wohl nicht zu verwundern ist; auch muss man Möbius Recht geben, wenn er auf die Zunahme der Nervosität an allen Orten und in allen Ständen hinweist, die ja natürlich auch eine Prädisposition für die traumatischen Neurosen schaffe. Noch wichtiger aber, und jedenfalls die Zunahme der den Arzt zur Beobachtung kommenden Unfallsneurosen ohneweiters erklärend, ist jedenfalls der Umstand, dass der unfallverletzte Arbeiter heute, solange er Schmerzen hat und sich schwach fühlt, ein Recht hat, eine Entschädigung zu verlangen. Deshalb werden heute dem Arzte über Störungen Klagen vorgebracht und eine Entschädigung dafür verlangt, bei denen der Arbeiter früher, um nicht hungern zu müssen, einfach, so gut es ging, weiter arbeitete. Ich habe schon erwähnt, dass darin ein gewisser Nachtheil, geradezu eine Schädigung für den Arbeiter durch die Unfallgesetzgebung selbst liegt, dass der bittere Zwang zur Arbeit früher wohl oft rascher volle Gesundheit wieder herbeigeführt hat; aber man kann doch nicht von Simulation reden, wenn die Verletzten einfach ein Recht für sich in Anspruch nehmen, das ihnen gesetzlich zusteht. Denn, was hier für den Arbeiter gilt, gilt auch für jeden anderen Verletzten, der Ansprüche auf Entschädigung geltend machen kann.

Auf der anderen Seite hat man folgenden Umstand gegen die Annahme von der Häufigkeit der Simulation ins Feld geführt. Der unfallverletzte Arbeiter bekommt im Deutschen Reiche, wenn er total arbeitsunfähig ist, als höchste Rente zwei Drittel seines früheren Arbeitsverdienstes; nur wenn die Unfallsfolgen so schwer sind, dass er dauernd der Pflege anderer Personen bedarf, kann nach der Umänderung des Gesetzes von 1900 die Rente die volle Höhe des früheren Arbeitsverdienstes erreichen. Man sollte denken, dass, wenn der verletzte Arbeiter mit zwei Dritteln seines früheren Verdienstes zufrieden ist, er wirklich arbeitsunfähig sein müsse, da für ihn der Antrieb zur Arbeit, durch die er allein seine und seiner Familie frühere Lebensführung wieder erreichen kann, ein grosser sein müsste. Man hat zwar dagegen eingewendet, dass vielleicht gar nicht so selten ein Arbeiter, der eine Rente bezieht und nebenbei z. B. im Geschäfte seiner Frau — einer Wäscherei, einer Wirthschaft — einen Theil der leichten Arbeiten leistet, unter Umständen

auf sehr bequeme Weise sogar einen höheren Verdienst erreichen könnte, als früher bei voller Arbeit, und Fürstner, der diese Dinge speciell hervorhebt, hat mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass, wolle man die ganze Simulationsfrage richtig beurtheilen, man diese Dinge einmal genau untersuchen müsse. Dieser Mühe haben sich Nonne und Jessen unterzogen, aber im Gegensatz zu den oben geschilderten Vermuthungen gefunden, dass diese als möglich angenommenen Umstände wenigstens für Hamburger Verhältnisse nicht zutreffen; die meisten Arbeiter mit geringer Rente arbeiten hier gar nicht, können also wohl auch nicht arbeiten; Jessen sagt: „Sie hungern von ihrer Rente so gut sie können.“

Nach allen diesen Auseinandersetzungen kann man über die Simulationsfrage kurz zusammenfassend noch einmal Folgendes sagen: Man gehe an jeden Fall ohne Voreingenommenheit heran und untersuche ihn in der gründlichsten Weise. Findet man ausgeprägte neurasthenische, hypochondrische oder hysterische Symptome — vor Allem die relativ objectiven sensibel-sensorischen Anästhesien oder Herzsymptome — so stütze man sich darauf; die Sicherheit des Gutachtens wird durch sie erhöht. Man stosse sich nicht an etwaigen Wechsel der Symptome und daran, dass der Patient sichtlich übertreibt. Auch die sicher nachgewiesene Simulation eines Symptomes ist noch kein Grund zur Annahme der Simulation des ganzen Krankheitsbildes. Handelt es sich um mehr locale Erkrankungen mit unbestimmten, zweifelhaften und sehr geringen Symptomen, so spreche man lieber ein „non liquet“ aus, als dass man sich unberechtigterweise nach der einen oder der anderen Richtung hin zu bestimmt äussert; man halte sich stets vor Augen, dass auch schwere organische Erkrankungen lange Zeit ohne objective Symptome verlaufen können und man hüte sich vor Allem, an subjective Krankheitsäusserungen nur deshalb nicht zu glauben, weil der Explorand eine Rente beansprucht. Man gebe gleiches Recht für alle (Dubois); was man einem gut situirten Neurastheniker glaubt, muss man, bis man bestimmte Gründe dagegen hat, auch dem unfallverletzten Arbeiter und anderen Entschädigungsbeanspruchenden Personen glauben. Vor Allem denke man auch stets daran, dass bei der Rolle, die die Begehrungsvorstellungen bei der Entstehung der Unfallsneurosen spielen, und bei der ganzen Art der hysterischen Symptome die Grenzen zwischen Simulation und echter Neurose fast ganz verwischt werden, so dass eine Entscheidung hier häufig dem subjectiven Ermessen anheimgegeben ist; dass aber auch Strümpell, der diese Dinge

besonders urgirt, nicht daran denkt, deswegen echte Simulation für besonders häufig zu halten. Man frage sich einmal selbst, in wie vielen der Fälle, in denen man auf Simulation erkannt hat, man seiner Sache absolut nach jeder Richtung hin sicher gewesen ist. Man sehe sich den ganzen Menschen und seine Verhältnisse an und richte danach sein Urtheil ein. Beherrzt man alle diese Dinge, so wird man nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft nur selten in der Lage sein, mit Sicherheit auf volle Simulation zu erkennen; damit ist natürlich nicht gesagt, dass die Simulation nicht vielleicht doch häufiger ist, als ich annehme. Man gehe schliesslich an die Entschädigungsfrage natürlich ohne Rücksicht auf die Berufsgenossenschaften, aber auch ohne zu grosse Sentimentalität gegenüber den Klagen der Verletzten, die selbst zur Genüge dafür sorgen, ihre Schäden ins helle Licht zu rücken; man urtheile, nochmal sei es gesagt, ohne jede Voreingenommenheit; in dubio aber wird man sich lieber zu Gunsten des Verletzten aussprechen. Man beherrze stets die Worte Wilbrandt's: „In keinem Falle steht uns aber das Recht zu, einen Menschen als Simulanten gutachtlich auch nur zu verdächtigen, so lange wir ihn der Simulation nicht zu überführen vermögen.“

Strümpell und Andere nach ihm haben mehrfach auch darauf hingewiesen, dass, wolle man die ganze Persönlichkeit des Exploranden erfassen — und gerade in Bezug auf die Simulationsfrage sei das von Wichtigkeit — man auch sein Vorleben in Betracht ziehen müsse; man solle z. B. wenn möglich auch Leumundszeugnisse über ihn einziehen. Diesem Vorschlag kann ich nur, wie ich das auch schon früher gethan, mit allem Nachdruck widersprechen; das Einziehen von Leumundszeugnissen ist keine ärztliche Function und scheint mir ausserdem nutzlos, da ein sehr wenig achtungswerther Mensch doch krank sein kann. Gerade die männliche Hysterie scheint mir sogar, was auch schon von französischen Autoren hervorgehoben ist, mit Vorliebe unter den Déclassés vorzukommen.

Bestimmte Methoden, Simulation im Allgemeinen zu erkennen, gibt es nicht und auch die Methoden, die für die Erkennung der Simulation einzelner Symptome angegeben sind, sind bei den Unfallsneurosen alle nicht viel werth. Die von den Augenärzten erfundenen Methoden zur Entlarvung der Simulation einseitiger Erblindung passen für hysterische Blindheit nicht; noch schwieriger ist es, Simulation einseitiger Schwerhörigkeit oder Taubheit zu erkennen. Auf die betreffenden Methoden hier einzugehen, ist unmöglich. Ueber die von Fuchs angegebene Methode

zur Entlarvung der Simulation einseitigen Zitterns habe ich oben schon meine Meinung ausgesprochen. Auch die von Müller und Jurka gegebenen Vorschriften zur Erkennung simulirter Hautanästhesien scheinen mir nicht vollwerthig zu sein; alle diese Methoden leiden an dem Fehler, hysterische und organische Symptome als gleichwerthig anzusehen. Man muss bei dringendem Verdachte auf Simulation schon geschickt genug sein, im einzelnen Falle selber eine möglichst neue Art und Weise zu ersinnen, um den Exploranden des Betruges zu überführen; Methoden des Simulantenfanges würden abgefeimte Simulanten auch selber bald kennen und sich vor ihnen hüten.

Die dritte Frage, die wir bei der Diagnose und der Begutachtung der traumatischen Neurosen zu beantworten haben, ist die: „Ist der Unfall die Ursache des constatirten nervösen Leidens?“ Auch hier müssen wir auf eine ganze Reihe von Dingen Rücksicht nehmen. Als erleichterndes Moment für die Beziehung einer vorhandenen Neurose auf einen erlittenen Unfall kann man nach Oppenheim es ansehen, dass im Ganzen doch Neurosen der von uns beschriebenen Art bei den im kräftigsten Mannesalter stehenden Personen, die hauptsächlich auch der arbeitenden Classe angehören, selten sind und dass sie, wenigstens wenn es sich um ausgeprägte Formen handelt, bei Bestehen vor dem Unfall die Arbeitsfähigkeit hätten beeinträchtigen müssen: in letzter Beziehung muss ich allerdings die einschränkende Bemerkung machen, dass ich das nach neueren Erfahrungen nicht für ganz sicher halte (Jeremias, Sänger); im Allgemeinen aber wird man in solchen Fällen, wenn sich ein Trauma in der Anamnese nachweisen lässt, Recht haben, die Neurose als seine Folge anzusehen. Hier ist aber der Ort darauf hinzuweisen, dass die actenmässigen Angaben über das Trauma selbst und seine directen Folgen oft sehr dürftig sind; wir sind in dieser Beziehung oft auf die Angaben des Untersuchten selbst und seiner Angehörigen angewiesen, und diese können bewusst oder unbewusst unrichtige, unwahre und ausgeschmückte sein; namentlich wenn der Unfall Bewusstlosigkeit hervorgerufen hat und dann vielleicht sogar auch, wie nicht so selten, eine retrospective Anamnese besteht, so weiss der Kranke aus eigener Erinnerung nichts von der Art und der Entstehung seiner Verletzung und erzählt im guten Glauben das, was ihm seine Mitarbeiter oder die Zuschauer beim Unfall darüber gesagt haben. Namentlich fehlen oft ganz ärztliche Angaben und Gutachten über diese erste Zeit der Unfallsache; die Berufsgenossenschaften sind nicht verpflichtet, beim erstbehandelnden Arzte Zeugnisse einzuziehen, und Jolly, der auf die schwere Bedeutung dieses Mangels für die spätere Beurtheilung des einzelnen Falles ganz besonders hinweist, fordert deshalb mit Recht, dass die Beibringung eines solchen

Gutachtens zu den Acten den Genossenschaften zur Pflicht gemacht werden müsse.

Auch die Art, wie sich die Neurosen nach Trauma entwickeln, gibt uns eine grosse Sicherheit für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges beider Dinge im speciellen Falle. Ich habe das speciell im Capitel Aetiologie und dann im symptomatologischen Theile genau auseinandergesetzt und kann mich hier deshalb kurz fassen. Der typische Verlauf ist der, dass, abgesehen von sehr schweren Unfällen und auch abgesehen von vor allem monosymptomatischer Hysterie, die nervösen Symptome erst einige Zeit nach den Verletzungen einsetzen: sie brauchen eine gewisse Incubationszeit, da sowohl die ätiologisch wirksamen ängstlich-hypochondrischen wie die Begehrungsvorstellungen erst in bestimmten Zeiten nach dem Unfälle wirksam werden. So kommt es, wie ausgeführt, oft vor, dass der Kranke nach dem Unfälle erst ruhig nach Hause und vielleicht zunächst noch zur Arbeit geht, dass ein Krankenlager erst nach einigen Tagen beginnt und dass eine eigentliche Neurose erst ausgebildet ist, wenn der Kranke mehrere vergebliche Versuche zur Arbeit gemacht hat, öfters untersucht ist und vielleicht auch schon hat processiren müssen. Alle diese Dinge sind früher fälschlich auch als Gründe zur Annahme einer Simulation angesehen worden.

Doch soll auf der anderen Seite keineswegs geleugnet werden, dass nicht auch unter den traumatischen Neurosen Fälle vorkämen, wo die sichere Zurückführung der geklagten Leiden auf den erlittenen Unfall grosse und manchmal unüberwindliche Schwierigkeiten bereitet. Dahin gehören die Fälle, bei denen Freund von Simulation des ursächlichen Zusammenhanges spricht, wo also ein Kranker bewusst ein schon früher vorhandenes Leiden auf den Unfall schiebt. Wir wissen, dass diese Methode besonders gern bei Bruchleiden angewendet wird; mir ist es mehrfach vorgekommen, dass Untersuchte angaben, durch einen Unfall epileptisch geworden zu sein, während im Gegentheil der Unfall die Folge einer schon lange bestehenden Epilepsie war. Noch viel häufiger als diese bewusste Täuschung wird es vorkommen, dass Verletzte im guten Glauben ein schon vorher bestehendes Leiden auf einen Unfall beziehen. Während des ersten Krankenlagers, das dem Trauma folgt, kann sich ein solches Leiden — vielleicht theilweise auch in Folge des Unfalles — rascher weiter entwickeln. Jetzt hat der Kranke auch Zeit, darauf zu achten, während er früher nichts davon merkte und durch dasselbe in seiner Arbeitsfähigkeit nicht gestört war. Das kommt allerdings weniger bei den eigentlichen Unfallsneurosen in Betracht, als bei anderen, vor Allem auch bei organischen Erkrankungen, z. B. bei Herzfehlern, bei Nierenleiden, beim Diabetes und manchmal auch bei chronisch progressiven organischen

Nervenleiden, z. B. bei der *Tabes dorsalis* oder bei echt syphilitischen Erkrankungen; aber bei Herzfehlern z. B. kann der objective Befund doch sehr gering sein und man kann dann fälschlich eine Unfallsneurose diagnosticiren, während es sich in Wirklichkeit um ein organisches Herzleiden handelt, das schon vor dem Unfalle bestand. Ganz besonders schwierig ist es, wie übrigens schon erwähnt, bei vorhandenem Alkoholismus die sichere Diagnose des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Neurose zu machen; viele Symptome des Alkoholismus können genau so aussehen wie solche der Unfallsneurosen; doch fallen diese Umstände, wie manche ähnliche bei anderen chronischen Intoxicationen — z. B. Vergiftungen durch Schwefelkohlenstoff bei der Gunmfabrication, Metallvergiftungen bei vielen anderen Gewerben — praktisch nicht ins Gewicht, weil auch beim Nachweis des Alkoholismus oder der erwähnten Gewerbekrankheiten, die an und für sich nicht entschädigungspflichtig sind, der Verletzte nach Urtheil des deutschen Reichsversicherungsamtes eine Entschädigung beanspruchen kann, wenn die Arbeitsunfähigkeit de facto erst durch den Unfall eingetreten oder vermehrt ist. Dieselben Fragen und Entscheidungen werden in Betracht kommen, wenn sich bei einem Unfallsneurotiker einmal eine schwere erbliche nervöse Belastung nachweisen liesse; dass solche wohl thatsächlich oft vorhanden ist, unterliegt keinem Zweifel, sie ist aber gerade in den Kreisen, aus denen sich die Unfallsneurosen recrutiren, oft nicht nachzuweisen und wird auch wohl aus leicht erklärlichen Gründen vom Verletzten absichtlich verschwiegen.

Schliesslich soll sich unser Gutachten noch über den Grad der Erwerbsunfähigkeit und über die etwaige Dauer des Leidens, über seinen weiteren Verlauf und über die Möglichkeit einer theilweisen oder vollständigen Besserung aussprechen. Die letzten Fragen gehören in das Gebiet der Prognose der Unfallsneurosen und sollen dort eingehend erörtert werden. Die Arbeitsfähigkeit kann zur Zeit der Untersuchung total oder partiell geschädigt sein. Eine totale Arbeitsunfähigkeit ist meist vorhanden in den Fällen schwerer gemischter traumatischer Neurosen, wie sie speciell Oppenheim beschreibt; die einfachen Neurastheniker oder Hypochonder kann man, abgesehen vielleicht von Hypochondern im höheren Alter, nur als partiell arbeitsunfähig ansehen; ebenso natürlich auch die Hysterischen, wenn nicht die hysterischen Symptome im betreffenden Falle die Arbeit ganz unmöglich machen; z. B. schwere Krämpfe oder Astasie-Abasie. Hüten muss man sich — und in dieser Beziehung haben wir wohl früher Alle gesündigt — auch in Fällen vorhandener totaler Arbeitsunfähigkeit, dieselbe zu früh

als eine dauernde zu bezeichnen; bei der genau erörterten Eigenart der traumatischen Neurosen und ihrer Aetiologie kommt es doch nicht so selten vor, dass, nachdem die Entschädigungsfrage geregelt ist und der Kranke nun neben den Sorgen um seine Zukunft auch die ewigen Scherereien durch Untersuchungen, Begutachtungen und Process los ist, allmählich auch in den schwersten Fällen eine an Heilung grenzende Besserung eintritt, die auch eine ausgedehnte Erwerbsthätigkeit wieder erlaubt; Page spricht nach Eisenbahnunfällen sogar von „unanständig rascher Heilung“ nach Regelung der Entschädigung. Auch in diesen Fällen wird man natürlich leicht an Simulation denken, aber man hat namentlich bei den unter solchen Umständen langsam eintretenden Besserungen und Heilungen dazu durchaus kein Recht; das Wegfallen des grössten Theiles der die Neurose unterhaltenden Umstände ist unter solchen Umständen wohl eine ganz natürliche Erklärung für die eingetretene Heilung oder Besserung. Man glaube übrigens nicht, dass ein solcher günstiger Verlauf nach Regelung der Entschädigungsfrage immer eintritt; ich selber habe es mehrmals erlebt, dass dieselbe auf das Leiden in keiner Weise günstig wirkte; dasselbe blieb in gleich schwerer Weise bestehen; ich verweise in dieser Beziehung nur auf meine Beobachtung. 1. Auch können diese die Neurose günstig beeinflussenden Umstände bei den unter das Unfallversicherungsgesetz fallenden Arbeitern nicht in Betracht kommen, da diese nicht eine einmalige Abfindung, sondern eine dauernde Rente erhalten, die je nach der Aenderung der Arbeitsfähigkeit auch noch ab und angeändert wird; nur bei ganz kleinen Renten kann neuerdings auch der verletzte Arbeiter nach eigenem Ermessen der Berufsgenossenschaft mit seiner Zustimmung und nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörden durch eine einmalige Entschädigung abgefunden werden, aber diese Bestimmung ist, zu Gunsten der Verletzten, was auch nöthig, mit so vielen sie erschwerenden Cautelen umgeben, dass sie wohl selten praktisch ins Leben treten wird.

Die grössten Schwierigkeiten hat es jedenfalls, bei partieller Erwerbsfähigkeit den Grad derselben festzustellen. Meist haben es die Berufsgenossenschaften sehr gern und ersuchen direct darum, dass das Gutachten den Grad derselben in Procenten ausdrücken möge. Doch kann ich trotz manchen Widerspruches auch von ärztlicher Seite nur rathen, sich darauf lieber nicht einzulassen. Erstens kennt man meistens die Art der betreffenden Arbeit nicht so genau, um eine klare Einsicht davon zu haben, was der betreffende Arbeiter leisten muss und wie er demnach beschaffen sein muss, respective wie weit seine Arbeit durch eine bestimmte Verletzung beeinträchtigt wird. Zweitens kann man, wenn z. B. ein Verletzter an hysterischer Lähmung eines Armes leidet, wie Oppenheim richtig

hervorhebt, die Rente nicht einfach berechnen nach den vorhandenen Tabellen bei Verlust eines Armes; der Kranke mit hysterischer Armlähmung ist eben neben dieser Lähmung noch hysterisch, und das kann für die Verminderung seiner Arbeitsfähigkeit schwer ins Gewicht fallen. Dasselbe kommt natürlich auch für etwaige Schmerzen in Betracht; ein lebhaft schmerzender Arm kann die Arbeitsfähigkeit viel mehr verringern als ein vollständig fehlender. Meist habe ich in diesen Fällen, wenn der Grad der Erwerbsunfähigkeit nicht ganz klar lag und deshalb nicht leicht in Procenten auszudrücken war, mich nur auf eine möglichst genaue und klare Schilderung der Krankheitserscheinungen eingelassen und es den Berufsgenossen-schaften, respective den Schiedsgerichten überlassen, daraus ihre Schlüsse auf die zu gewährende Rente zu ziehen. Sollten hiebei noch rein ärztliche Fragen in Betracht kommen, so haben neuerdings die Schiedsgerichte die Entscheidung dadurch leichter, dass an ihren Sitzungen — eine alte Forderung der Aerzte — ein Arzt theilnehmen muss; diesen können dann die Arbeitsgeber und Arbeitnehmer ja genauer über die Art der verlangten Arbeit aufklären und allmählich wird der betreffende Vertrauensarzt auch in diesen Dingen Sachkunde gewinnen. Praktisch ist es wohl in vielen Fällen auch zu sagen, was Oppenheim vorschlägt: „Schwere und verantwortliche Arbeit — das letztere bezieht sich z. B. auf den Dienst bei der Eisenbahn oder überhaupt bei complicirteren Maschinen — kann der Kranke nicht mehr leisten; wohl aber leichtere und nicht zu andauernde, z. B. einen Bureau-dienst, den Dienst als Portier in einem Privathause oder Arbeit in sitzender Stellung.“ Auch als Botengänger werden solche Kranke oft Verwendung finden können. Für die Beurtheilung des Grades der Arbeitsfähigkeit kommt übrigens noch in Betracht, dass nach den bisherigen Entscheidungen des deutschen Reichsversicherungsamtes der Invaliditätsgrad nicht etwa danach berechnet wurde, um wie viel der Betreffende in der Ausübung seines bisherigen Berufes, in seiner „Profession“ gehindert war, sondern danach, inwieweit „Kläger durch die erlittene Verletzung nach seinen gesammten geistigen und körperlichen Fähigkeiten in der Benutzung der sich auf dem ganzen wirthschaftlichen Gebiete bietenden Arbeitsgelegenheit beschränkt ist“. Danach konnte ein Schlosser dem der rechte Arm gelähmt war, nicht Vollrente beanspruchen, da er ja z. B. als Portier und Aufseher noch etwas verdienen konnte; ein Dach-decker ebensowenig, wenn er wegen leicht eintretender Schwindelanfälle nicht mehr aufs Dach steigen konnte; ob sich den Verletzten wirklich eine andere Arbeit bot und ob diese ihrer Ausbildung und bisherigen Lebensstellung einigermaßen entsprach, darauf sollte der Gutachter keine Rücksicht nehmen. Das war oft eine sehr harte Bestimmung und sie wurde noch viel härter dadurch, dass, wie wir sehen werden, für partiell arbeitsfähige Arbeiter die Arbeitsgelegen-

heit überhaupt eine sehr geringe ist. In der theilweisen Bekanntheit dieser Härte, die immer wieder von ärztlicher Seite betont ist, bestimmt denn auch das deutsche Gesetz vom 30. Juni 1884, dass, solange der Verletzte aus Anlass des Unfalles thatsächlich und unverschuldet arbeitslos ist, die Genossenschaft ihm die Theilrente vorübergehend bis zum Betrage einer Vollrente erhöhen kann*. Da aber diese Erhöhung keine Pflicht, sondern nur eine Erlaubniss für die Berufsgenossenschaft ist, da der Nachweis der unverschuldeten Arbeitslosigkeit auch nur sehr schwer zu erlangen sein dürfte und da auch hier nicht volle Rücksicht genommen wird auf die Profession des Arbeiters, so dürfte diese Erweiterung des Gesetzes noch lange nicht alle Härten der früheren weg-schaffen. Nicht zu verkennen ist es ausserdem, dass dieser Zusatz auch wieder die Versuchung zur Trägheit und Simulation sehr zu steigern geeignet ist.

In Ganzen kann ich mich nur dem Rathe Strümpell's anschliessen, bei partieller Arbeitsunfähigkeit der Unfallsneurotiker die Rente nicht zu hoch zu bemessen. Die Arbeit ist, wie wir später noch genauer sehen werden, oft das einzige Heilmittel für diese Kranken und man erweist ihnen eine Wohlthat, wenn man durch eine mässige Rente den Anreiz zur Wiederaufnahme der Arbeit möglichst steigert. Natürlich ist man, da man sein Gutachten über das Mass der Arbeitsfähigkeit nach bestem Wissen und Gewissen abgeben muss, gar nicht in der Lage, eine Rente unter das gerechte Mass vorzuschlagen, auch hat das deutsche Reichsversicherungsamt direct eine Herabsetzung der Rente zu Heilzwecken als ungesetzlich bezeichnet. Manchmal, wenn auch selten, kommt es auch bei Unfallsverletzten vor, dass sie trotz bleibender Unfallsfolgen durch grosse Energie und vielleicht unterstützt durch sehr entgegenkommende Arbeitsgeber, ihre Arbeitsleistung soweit steigern, dass sie wieder ihren vollen früheren Arbeitslohn erwerben. Ich habe früher in einigen dieser Fälle den Vorschlag gemacht, die Rente zwar nicht ganz aufzuheben, aber sehr erheblich herabzusetzen. Die Schiedsgerichte haben dann aber wohl mit Recht erklärt, dass eine Herabsetzung der Rente nur dann stattfinden könne, wenn eine nachweisbare Besserung des Leidens die Arbeitsfähigkeit erhöht habe; wenn diese Erhöhung nur die Folge besonderer Energie des Verletzten oder ausnahmsweise günstiger Arbeitsbedingungen sei, müsse es bei der alten Rente verbleiben.

Ich habe schon oben hervorgehoben, dass ein grosser Theil der ärztlich diagnostischen Thätigkeit zumal bei den eigentlichen Unfallsneurosen eine gutachtliche, forensische ist und will deshalb über diese gutachtliche Thätigkeit noch Einiges, mir wichtig Erscheinendes sagen.

Der Unfallverletzte kommt zuerst, wenn die Verletzung keine zu starke war, in die Behandlung seines Privat-, der Arbeiter meist seines Cassenarztes, der letztere aber in irgendwie schweren Fällen meist auf die chirurgische Station eines Krankenhauses.

Ich habe schon oben ausgeführt, wie wichtig für die spätere Beurtheilung des Falles es sein würde, gerade über diese ersten Unfallsfolgen, sowie über die Art der ersten Verletzung überhaupt, genaues ärztliches Material zu haben; meist fehlt dieses aber in den Acten, da die Berufsgenossenschaften bisher nicht verpflichtet sind, Gutachten vom ersteren behandelnden Arzte einzuholen und auch von ihrem Rechte, den Verletzten sofort in ihre eigene Behandlung zu nehmen, nur selten Gebrauch machen. Es wäre zu wünschen, dass man gesetzlich eine Verpflichtung der Genossenschaften zur Einholung eines solchen Gutachtens über die erste Zeit nach der Verletzung festlegte, ebenso wie gesetzlich immer eine Feststellung des Herganges beim Unfälle durch die Polizei erfolgen muss.

Wird der Verletzte 13 oder 26 Wochen (je nach Ausdehnung der Krankenfürsorge der einzelnen Cassen) nach dem Unfälle nicht wieder gesund, so hört die Verpflichtung der Krankencasse für ihn zu sorgen auf, die Berufsgenossenschaft muss dem Verletzten je nach dem Grade seiner Arbeitsfähigkeit eine Rente gewähren und thut dies zumeist auf das Gutachten ihres Vertrauensarztes, nicht selten eines beamteten Arztes, oder eines Specialarztes. Ist der Kranke mit der Entscheidung der Berufsgenossenschaft nicht zufrieden, so appellirt er in Deutschland erst an die territorialen Schiedsgerichte und später eventuell noch ans Reichsversicherungsamt. Diese richterlichen Behörden fordern dann zu Obergutachten höhere Medicinalbeamte, bewährte Specialärzte, Krankenhausdirectoren und Universitätsprofessoren auf. Alle diese Gutachten müssen die Gerichte dem Verletzten im Klagefalle ganz oder auszugsweise mittheilen. In dieser Bestimmung, deren Aenderung allerdings kaum möglich sein dürfte, liegt eine grosse Quelle von Schädlichkeiten nach den verschiedensten Richtungen. Ein zur Hypochondrie neigender Kranker kann, wenn im Gutachten sein Leiden als ein schweres und progressives bezeichnet wird, in seiner Hypochondrie sehr bestärkt und bei vielleicht bestehenden Angstanfällen direct zu selbstmörderischen Thaten getrieben werden. Kommt das Gutachten aus bestimmten Gründen, zum Beispiel weil bestimmte Symptome fehlten, zur Annahme, dass Krankheit nicht vorliegt, so lernt der Begutachtete aus der Lectüre, worauf es ankommt und bringt bei der nächsten Untersuchung diese ja theilweise wenig objectiven Symptome vor und lehrt sie auch Anderen. Ein als Simulant Bezeichneter wird, wenn er wirklich Simulant ist, zur Vorsicht geradezu abgerichtet; ein ungerecht als Lügner hingestellter Kranker kann seelisch schwer ge-

schädigt werden und unter Umständen sogar den begutachtenden Arzt zur Verantwortung ziehen. Dass auch, namentlich in kleineren Orten, und wenn es sich um eine dort massgebende Persönlichkeit handelt, die Objectivität des Urtheiles dem hier practicirenden Arzte oft schwer wird und thatsächlich oft leidet, wenn er weiss, dass der Begutachtete von seinem Urtheile Kenntniss erhält, ist so natürlich, dass ich es kaum weiter zu erörtern brauche. Aber wie gesagt, es wird sehr schwer sein, diese Schäden aus der Welt zu schaffen.

Was im Uebrigen Form und Inhalt des Gutachtens anbetriift, so brauche ich darüber hier nicht viel zu sagen. Das Gutachten soll klar und ausführlich sein, namentlich auch in seinen Schlussfolgerungen; da es in der Hauptsache für Laien bestimmt ist, so muss man diese Forderung ganz besonders betonen. Es soll aber doch so kurz wie möglich sein; man hüte sich namentlich, wie Schuster sagt, statt eines Gutachtens eine wissenschaftliche Abhandlung zu liefern. Es muss sowohl nach den Angaben des Verletzten wie nach den Acten einen genauen Bericht über den Unfall selbst enthalten; nur wo das schon in anderen Gutachten ausreichend geschehen, soll man natürlich auf diese verweisen und braucht sich nicht immer zu wiederholen. Dass der Status, die Resultate einer längeren Beobachtung und schliesslich die Schlussfolgerungen ausführlich und klar dargestellt sein müssen, ist selbstverständlich. Was die Form des Gutachtens anbetriift, so rätth Schuster wohl mit Recht, wenigstens bei ausführlichen Gutachten, von der Benützung von Formularen ab, die manche Berufsgenossenschaften einem zusenden; sie werden leicht zu einer Art Zwangsjacke, enthalten einerseits viel unnütze Fragen und manches Wichtige bleibt andererseits unberücksichtigt. Auch soll man möglichst lateinische oder griechische Ausdrücke aus Rücksicht auf die Laien vermeiden, doch soll man darin nicht zu weit gehen; der Laie weiss ebensowenig, worum es sich handelt, wenn ich statt „Musculus serratus anticus major“ sage „grosser vorderer Zackenmuskel“, und dem Arzte wird die Lectüre des Gutachtens durch diese Uebersetzungen geradezu erschwert. Jedenfalls würde ich bei solchen besonderen Worten immer neben die deutsche auch die lateinische oder griechische Bezeichnung setzen. Auch braucht die Rücksicht auf die Laien in den Schiedsgerichten heute eine zu weitgehende nicht mehr zu sein, da an diesen wenigstens immer ein Arzt theilnehmen muss, der ihnen zweifelhafte Punkte leicht erläutern kann.

Prognose.

Alle unsere bisherigen Auseinandersetzungen haben bewiesen, dass für die Entstehung, die Schwere und die Dauer der traumatischen Neurosen die Frage einer etwaigen Entschädigung und die Art ihrer Erledigung schwer ins Gewicht fallen; diese Umstände müssen sich also

sicher auch in der Prognose der einzelnen Fälle ausdrücken. Man kann ohne weiters voraussetzen, dass die Prognose hier eine ganz andere sein wird bei traumatischen Neurosen, bei denen die Entschädigungsfrage wegfällt, als bei denen, wo die Verletzten nach dem Haftpflicht-, dem Unfallversicherungsgesetze oder auf Grund anderer Rechte eine einmalige Entschädigung oder eine Rente verlangen können. Meine prognostischen Ausführungen werden sich in der Hauptsache auf die Unfallsneurosen s. s. beziehen; Manches wird ja auch diesen und den nicht entschädigungspflichtigen Neurosen gemeinsam sein; die Prognose der letzteren ist keine andere wie die der sie zusammensetzenden Neurosen überhaupt und bedarf nur einiger Worte.

Auch bei den traumatischen Neurosen muss man eine Prognose *quoad vitam* und *quoad sanationem* unterscheiden. Die erstere ist eine sehr günstige; eine Lebensgefahr bedingen die Unfallsneurosen an sich sehr selten. Eine Ausnahme machen nur die Fälle, bei denen sich aus einer einfachen Herzneurose schliesslich ein organisches Herzleiden entwickelt, und ebenso die, wo das Trauma eine vorhandene Arteriosklerose in schnellen Fluss bringt; es entsteht dann eine *Dementia senilis praecox* und häufig auch körperliche *Decrepitität*. Auch echte Psychosen — besonders wenn bei ihnen *Suicidalgefahr* besteht — verschlimmern natürlich die Prognose *quoad vitam*; der Selbstmord kann aber, auch ohne eigentliche Psychose, die Folge einer irrtümlich ausgesprochenen Diagnose auf Simulation und der darauf gegründeten Entziehung der Rente oder vielleicht gar gerichtlichen Verfolgung sein; glücklicherweise, bei der ausführlich erörterten grossen Unsicherheit dieser Dinge, kommt es zu letzterer nur selten.

Ganz anders als die Prognose *quoad vitam* liegt bei den Unfallsneurosen s. s. die *quoad sanationem*. Man kann sie im Allgemeinen als eine ungünstige bezeichnen, wenn sie auch nicht ganz so ungünstig ist, wie sie uns zuerst, nach den besonders schweren Formen, die Oppenheim in seiner Monographie beschrieb, erschien. Eine volle Heilung ist jedenfalls selten. Die einzelnen Formen der Unfallsneurosen sind im Uebrigen in Bezug auf ihre Heilungs- und Besserungsprognose recht entschieden. Sehr wenig kann man im Allgemeinen mit den schweren Mischformen der traumatischen Neurosen im Sinne Oppenheim's erreichen. Etwas besser ist die Prognose bei der reinen Neurasthenie, die aber im Ganzen recht selten ist; schlechter wieder, wo hypochondrische Elemente vorwiegen. Bei der Hypochondrie fällt für die Prognose erschwerend, wenigstens für die Unfallsneurosen s. s., ins Gewicht der gewöhnlich geringe Bildungsgrad des verletzten Arbeiters; ich habe, wie schon angedeutet, vom Anfang meiner neurologischen Praxis an gefunden, dass man mit einem gebildeten Hypochonder noch einigermaßen aus-

kommen, ihn günstig therapeutisch beeinflussen kann; dass dagegen mit einem Hypochonder geringer Bildung wenig oder nichts anzufangen ist. Absolut infaust ist die Prognose bei den alten Unfallsneurotikern, bei denen sich die Begehrungsvorstellungen zu einer unüberwindlichen Macht entwickelt haben, und die sich in Folge des Kampfes um ihre Rente, durch immer wiederkehrenden Nachuntersuchungen, Rentenkürzungen und Rentenerhöhungen, Prozesse beim Schiedsgerichte und Reichsversicherungsamt etc. etc. zu verbissenen Querulanten entwickelt haben. Hier muss man Fürstner durchaus Recht geben; diese Kranken wollen gar nicht gesund werden, sie sträuben sich direct gegen jeden Heilungsversuch, den sie nur als den Versuch einer finanziellen Schädigung, also als ein Unrecht gegen sich ansehen. Um dies hier schon zu sagen, die höhere Bildung und damit das Vorhandensein und die zwingendere Kraft der die Krankheit überwindenden Pflicht- und anderer Vorstellungen, dann der Umstand, dass auch die ganze Umgebung des Kranken in günstigem Sinne der Krankheitsüberwindung auf den Verletzten wirkt und als letztes, aber jedenfalls sehr wichtiges Moment das, dass hier auch die Begehrungsvorstellungen meist fortfallen, macht z. B. in den Fällen von selbst schweren Neurosen nach Unfällen bei Reiterofficieren, auf die ich oben schon hingewiesen, die Heilungsprognose meist zu einer sehr günstigen.

Besser als bei der Neurasthenie und Hypochondrie ist die Heilungsprognose bei Fällen reiner Hysterie auch Trauma; ich habe namentlich einige Fälle monoplegischer Lähmungen, sowie von Astasie-Abasie heilen sehen; doch ist immerhin zu bedenken, dass die männliche Hysterie gegenüber Heilungsversuchen im Ganzen sehr viel widerstandsfähiger ist als die weibliche, und vor Allem die der Kinder, so dass auch hysterische Fälle, von den Begehrungsvorstellungen ganz abgesehen, da es sich meist um Männer handelt, hier oft sehr hartnäckig und, wie ich es selbst erlebt, unheilbar sind. Am günstigsten verhalten sich prognostisch, wie leicht erklärlich, locale nervöse Functionsstörungen — locale Neuralgien, Muskelparesen etc. — doch ist es hier natürlich fraglich, ob man diese Dinge überhaupt noch zu den Unfallsneurosen rechnen darf.

Auch die Prognose quoad sanationem wird natürlich verschlechtert, wenn sich eine echte Psychose entwickelt; manchem schweren Unfallsneurotiker haben sich schliesslich die Pforten der Irrenanstalt geöffnet (Oppenheim, Goebel, Lehr). Diese böse Folge kann, wie gesagt, auch ein ungerechter Simulationsverdacht haben, der bei den Kranken eine Paranoia persecutoria entwickelt oder sie zu verbissenen Querulanten macht.

Ist aber im Allgemeinen auch die Prognose quoad sanationem bei den Unfallsneurosen eine recht düstere, so darf man das Bild doch nicht allzu schwarz malen; die Möglichkeit einer Heilung oder einer an Heilung

grenzenden Besserung ist auch in den scheinbar schwersten Fällen vorhanden und man soll und darf, auch aus therapeutischen Gründen, sie niemals ganz bestreiten. So habe ich z. B. eine schwere Herzneurose — also einen Fall, bei dem wegen der Gefahr der Ausbildung eines organischen Herzleidens die Prognose im Allgemeinen recht ungünstig ist — nach Jahre langem Bestehen in volle Heilung übergehen sehen. Ich habe oben im Capitel Diagnose schon ausgeführt, dass solche Heilungen besonders oft eintreten, wenn die Entschädigungsfrage im günstigen Sinne für den Verletzten geregelt und besonders, wenn sie definitiv geregelt ist (so war es auch in dem oben erwähnten Falle), und dass dann die Besserung, wie Page sagt, manchmal so „unanständig rasch“ eintrete, dass man sich des Gedankens an Simulation schwer erwehren kann. Aber ich habe auch hervorgehoben, dass dieser Simulationsverdacht keineswegs immer begründet ist, weil wenigstens das Eintreten einer allmählichen Besserung, das Weichen der litigation symptoms der Engländer, nach Wegfall aller Sorgen um die Familie und der Aufregungen des Kampfes um die Rente sich sehr natürlich erklärt; ausserdem kommt noch dazu, dass keineswegs immer die Regelung der Entschädigungsfrage so günstig auf die traumatischen Neurosen wirkt, und dass, wie erwähnt, weil bei dem unter dem deutschen Unfallversicherungsgesetze stehenden Arbeiter nur unter ganz besonderen, mit schwierigen Cautelen umgrenzten Umständen eine einmalige Entschädigung, sonst aber eine Rente eintritt, die je nach den Aenderungen der Arbeitsfähigkeit erhöht oder vermindert wird, für diesen nicht der mindeste Grund vorliegt, nach einmaliger Rentenfestsetzung fernere Begehrungsvorstellungen und eine etwaige Simulation aufzugeben.

Jolly hatte früher gerade um den Begehrungsvorstellungen einen Riegel vorzuschieben und damit auch die Prognose der Unfallsneurosen zu bessern, vorgeschlagen, an Stelle aller kleineren Renten eine einmalige Abfindung zu setzen, die dann jeden ferneren Anspruch des Verletzten aufheben sollte; aber man muss dem Gesetzgeber Recht geben, wen er in dieser Regelung, z. B. in Fällen, wo sich die schwersten Folgen des Unfalles sehr langsam entwickeln, eine Gefahr für den Verletzten sieht und sie deshalb mit allen Cautelen umgibt und in das freie Ermessen sowohl der Berufsgenossenschaften wie des verletzten Arbeiters stellt.

Die Prognose der nicht entschädigungspflichtigen traumatischen Neurosen ist, wie schon gesagt, keine andere, wie die der sie zusammensetzenden Neurosen ohne traumatische Aetiologie. Sie kann für Hysterie — speciell bei Kindern — und für viele Fälle von Neurasthenie sehr günstig sein; weniger gut ist sie auch hier bei Hypochondrie. Erwähnt habe ich schon, dass neben dem Ausfall der Begehrungsvorstellungen auch andere ausserhalb der eigentlichen Neurose liegende Umstände hier

die Prognose oft verbessern, so die höhere Bildung und Alles, was damit zusammenhängt, das höhere Interesse am Verbleiben im Berufe etc. etc. Uebrigens können unter Umständen alle diese günstigen Momente doch nicht genügen, um in absehbarer Zeit eine Heilung der traumatischen Neurose herbeizuführen; auch unter den hiehergehörigen Krankheiten ohne Entschädigungsanspruch gibt es unheilbare Fälle; auch ich habe einige sehr trostlose gesehen.

Verbessert kann schliesslich die Prognose der Unfallsneurosen auch werden durch die Therapie und speciell durch eine verständige Prophylaxe; damit wollen wir uns im nächsten Capitel beschäftigen. Die eigentlich ärztliche Therapie im engeren Sinne kann meiner Erfahrung nach besonders günstige Resultate wieder nur bei den nicht entschädigungspflichtigen traumatischen Neurosen verzeichnen; was die Unfallsneurosen s. s. anbetrifft, so willich hier nur erwähnen, das ihre beste Therapie die allmähliche Wiedergewöhnung an die Arbeit ist und dass die Prognose der Unfallsneurosen wahrscheinlich viel besser werden wird, wenn wir Jedem, der arbeiten will, auch bei partieller Arbeitsfähigkeit Arbeitsgelegenheit schaffen.

Therapie.

Die Behandlung einer entwickelten traumatischen Neurose und vor Allem einer Unfallsneurose s. s., und von dieser soll bei ihrer übergrossen Bedeutung hier zunächst allein die Rede sein, ist eine im Ganzen ausserordentlich undankbare; mehr noch als bei anderen chronischen Erkrankungen muss hier der beste Theil der Therapie die Prophylaxe sein. Aber auch heute noch ist auf prophylaktischem Gebiete hier fast Alles zu thun übrig, kaum dass man einige schwächliche Ansätze zur Besserung auf dem Wege der Gesetzgebung verzeichnen kann, die wir zum Theile schon erwähnt haben. Die beste Prophylaxe würde ja natürlich die Verhütung die Unfälle selbst sein. In dieser Beziehung hat man sich auch, in den grossen Fabriksbetrieben wenigstens, in den letzten Jahren viel Mühe gegeben; das Interesse der für der Unfallsfolgen entschädigungspflichtigen Fabriksherren und das des Arbeiters gehen hier ja Hand in Hand. Trotzdem ist bei dem gewaltigen Aufschwung der deutschen Industrie im letzten Viertel des verflossenen Jahrhunderts, und z. B. im Eisenbahngebiete bei dem Bestreben, Fahrgelegenheit und Fahrgeschwindigkeit noch immer mehr zu erhöhen, eine deutliche Abnahme der Unfälle in Betrieben bisher nicht zu verzeichnen gewesen, eher noch eine leichte Zunahme. Es kommt dazu, dass auch die besten Vorschriften zur Verhütung von Unfällen nutzlos sind, wenn die Arbeiter sie nicht befolgen, und daran fehlt es oft; ich erinnere nur

an die so häufigen schweren Verletzungen bei unvorsichtigem Umgehen mit den Treibriemen; es liegt in der menschlichen Natur, dass der stete Umgang mit der Gefahr ihn gegen dieselbe gleichgiltig und damit unvorsichtig macht.

Wir haben nun aber aus allen unseren bisherigen Auseinandersetzungen sowie auch aus glücklicherweise doch nicht so ganz seltenen Erfahrungen in der Praxis gelernt, dass eine Unfallsneurose nicht die **nothwendige, unausweichliche** Folge eines **jeden** Unfalles ist, sondern dass sie geknüpft ist an gewisse den Unfall begleitende und auf ihn folgende Umstände, die nicht bei jedem Unfälle in Wirkung treten, und die ausserdem zu ihrer Bethätigung einer gewissen Zeit — der „Incubationszeit“ der Unfallsneurosen — benöthigen. Diesen die Entwicklung der Unfallsneurosen begünstigenden Umständen müssen wir also entgegentreten, wollen wir die Entstehung solcher nach Unfällen verhüten oder ihre Zahl verringern.

Wir haben oben im Capitel Aetiologie alle die hiehergehörigen Dinge eingehend erörtert und dabei zugleich eine Uebersicht gegeben, wie sich in typischen Fällen die Unfallsneurose allmählich entwickelt und vervollkommenet. Wir haben dort gesehen, dass ausser den direct beim Trauma wirkenden Umständen — der Körpererschütterung, dem Schrecken und der Angst, Dinge, auf die wir natürlich prophylaktisch keinen Einfluss haben — vor Allem drei Umstände zur Weiterentwicklung und Fixirung der Unfallsneurosen beitragen: erstens hypochondrische, ängstliche Vorstellungen über die eigene Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und die Existenz der Familie, zweitens die damit schon verbundenen „Begehrungsvorstellungen“, eine möglichst hohe Entschädigung zu gewinnen, drittens die mit dem „Kampfe um die Rente“ verbundenen nervösen Aufregungen durch Untersuchungen, Processe etc. Gegen diese drei Umstände lässt sich nun prophylaktisch sicher etwas thun. Wenden wir uns zunächst den hypochondrischen Vorstellungen zu. Wir haben gesehen, dass diese oft schon zu einer Zeit einsetzen, wo der Kranke zunächst zur Heilung der primären, chirurgischen Verletzungsfolgen das Bett hüten muss und wohl auch in Folge dieser Verletzungen, — der Blutergüsse, der localen Contusionen der Knochen und Gelenke, der Zerrungen von Bändern etc. — an Schmerzen leidet. Zu dieser Zeit fragt sich der Kranke unter hypochondrischen Befürchtungen; „Was wird aus mir werden? Werde ich wieder arbeitsfähig oder bleibe ich ein Krüppel wie dieser oder jener, dem dasselbe passiert ist? Was wird dann aus meiner Familie?“ und er ist geneigt, sich alle diese Fragen im schwersten Sinne zu beantworten. Schon zu dieser Zeit kann eine nach genauer Untersuchung bestimmt ausgesprochene Versicherung des Arztes, dass die Sache nicht so schlimm sei,

dass in Kurzem Alles wieder gut sein werde, von der aller günstigsten Wirkung sein und die hypochondrischen Ideen an der Wurzel ausrotten. Es muss dazu nur gefordert werden, wie das besonders Fürstner thut, dass von Anfang an die Behandlung des Kranken nicht nur eine chirurgische, sondern auch eine psychiatrisch-neurologische ist, dass der Arzt nicht nur auf die körperlichen Wunden, sondern auch auf das seelische Verhalten des Kranken einige Rücksicht nimmt; und das den Berufsgenossenschaften gewährte Recht, Verletzte gleich von vornherein, ohne Rücksicht auf die Verpflichtungen der Krankencassen, in eigene Behandlung zu nehmen, wird wenigstens für die Verhütung von Unfallsneurosen von Erfolg gekrönt sein, wenn es mehr als bisher ausgeübt wird, wenn die betreffenden Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften nicht nur Chirurgen sind, sondern auch psychiatrisch und neuropathologisch soweit geschult sind, dass sie die psychische Entwicklung von Unfallsneurosen verstehen und dadurch auf diese Entwicklung Einfluss gewinnen können.

In den meisten Fällen liegen heutzutage solche günstige Umstände noch nicht vor. Der Kranke erholt sich zunächst von den primären, meist chirurgischen Unfallsfolgen und wird „geheilt“ entlassen; auf seinen nervösen Zustand hat bis dahin Niemand geachtet. Er selber fühlt sich noch nicht wieder vollständig gesund, er ist durch das längere Krankenlager schlaff geworden, seine Befürchtungen über die Folgen seines Unfalles, vielleicht genährt durch Einflüsterungen seiner Umgebung, sind noch nicht gehoben, es wäre wohl gut, ihm noch einige Wochen Schonung zu gewähren, aber da er für gesund erklärt ist und Krankengeld nicht mehr erhält, so macht er den Versuch zu arbeiten. Bei diesen Versuche geht es ihm nun häufig so, wie ich es oben S. 23 in engem Anschlusse an v. Strümpell's Ausführungen geschildert habe. Die jetzt ungewohnte Arbeit wird dem Arbeiter schwer, er ermüdet leicht, bekommt vielleicht beim Bücken Schwindel und Kopfschmerzen; es dringen, besonders wenn die Arbeitsstelle noch dieselbe ist, auf der er den Unfall erlitten hat, alle Erinnerungen an ihn und seine Schrecken mit Macht wieder auf ihn ein, er fürchtet wieder zu stürzen, es wird ihm schlecht, er legt die kaum begonnene Arbeit nieder und begibt sich zu Hause oder zu seinem Arzte.

Ich muss Strümpell ohneweiters zugeben, dass dieser Zeitpunkt für die Prophylaxe der bei weitem wichtigste ist und dass es, wenn überhaupt, hier noch am ersten gelingen kann, die weitere Entwicklung einer Unfallsneurose zu ver-

hüten. Denn jetzt ist natürlich der Arbeiter mehr wie je überzeugt, dass sein Unfall auch fernerhin schwere Folgezustände für ihn haben wird; früher vielleicht schon vorhandene hypochondrische Ideen erlangen nun übermächtige Gewalt. Es ist sicher, dass wenn der nun wieder consultirte Arzt, jetzt nach nochmaliger genauer Untersuchung des Verletzten und in der festen Ueberzeugung von der rein hypochondrischen Natur des Falles, dem Kranken seine Befürchtungen energisch ausredet, er oft im Stande sein wird, auch diesen von der Geringfügigkeit der Sache zu überzeugen; der Verletzte macht dann nochmals, mit gestärktem Vertrauen, den Versuch zur Arbeit, er gelingt, und dauernde Heilung ist erreicht. Hier muss also der energische, durch die Einsicht in die Natur des Leidens gefestigte Wille des Arztes ersetzen, was unter Umständen bei Gebildeten die ihnen zu Gebote stehenden mächtigeren und vielfältigeren Vorstellungen zur Ueberwindung der Angst vor der „Arbeit“ thun. Unter Umständen habe ich das auch erreicht durch eine ganz schroffe Erklärung dem Verletzten gegenüber, von einer Rente könne keine Rede sein, da er ganz gesund sei und durch ein entsprechendes Gutachten; natürlich handelte es sich da nur um leichte nervöse Störungen — gegen sein bestes Wissen und Gewissen kann man ja auch eine solche Erklärung nicht machen. Man kann also zu diesem Zeitpunkte noch die Unfallsneurose sozusagen im Keime ersticken; und wenn das gelingt, ist es besonders erfreulich und wichtig, weil es dann gar nicht zur Rentenfestsetzung kommt und die Begehrungsvorstellungen ganz fortfallen, ebenso wie alle die Schädigungen des später dann meist nicht ausbleibenden Kampfes um die Rente.

Natürlich hat diese Art der prophylaktischen Therapie in manchen, ja, ich muss leider sagen, in vielen Fällen ihre grossen Schwierigkeiten. Diese liegen einmal darin, dass nur dann der Arzt in der oben geschilderten Weise günstig auf den Verletzten einwirken kann, wenn er dessen volles Vertrauen genießt. Strümpell meint, es müsse vor allen Dingen der Arzt diese vorbeugende Behandlung anwenden, der den Kranken von den ersten chirurgischen Folgen seines Unfalles geheilt hat und dem dieser deshalb Vertrauen entgegenbringt. Dieser Arzt ist es aber, wenigstens in grossen Städten, gewöhnlich nicht, zu dem der Kranke nach dem zweiten Niederlegen der Arbeit geht. Bei irgendwie schweren directen Unfallsfolgen ist der Kranke, wie gesagt, zunächst vom Chirurgen irgendeines Krankenhauses behandelt; jetzt muss er zum Cassenarzte oder auch zum Vertrauensarzte der Berufsgenossenschaft gehen, die oft von dem Unfalle und seinen ersten Folgen gar nichts wissen und auch mit aller Mühe nichts darüber erfahren können, und zu denen der Kranke leider oft nichts weniger als Vertrauen hat. Da kommen dann

auch solche Fälle vor, dass der Cassenarzt, wie ich es selbst erlebte, einem Kranken, dem ein paar Fingerglieder abgequetscht waren, und der in den Stümpfen noch über Schmerzen klagte, sagte: „Das wird so bleiben, und je älter Sie werden, desto schlimmer werden.“ Dass solche unvorsichtigen, und oft auch unrichtigen ärztlichen Aussprüche geradezu suggestiv zur Bildung einer Unfallsneurose bei einem einigermaßen hypochondrisch erregten Menschen wirken können, liegt klar auf der Hand; an sie klammert sich der Kranke allen späteren ihn beschwichtigenden anderen ärztlichen Aeusserungen gegenüber; sie kommen übrigens öfter vor als man denken sollte; speciell Seiffert hat vor Kurzem eine Anzahl drastischer Beispiele veröffentlicht.

Auch diese schädlichen Suggestionen durch den Arzt können leichter vermieden werden, wenn von Anfang an die ganze Behandlung eines Unfallkranken, wie es den Berufsgenossenschaften freigestellt ist, in der Hand eines Arztes liegt; freilich muss das dann ein sehr allseitig gebildeter Arzt sein.

In zweiter Linie muss die prophylaktische, sozusagen abortive Therapie der Unfallsneurosen natürlich scheitern, wenn die hypochondrisch-neurasthenischen oder hysterischen Folgezustände des Unfalles an sich zu schwer sind oder sich zu dieser Zeit schon zu sehr festgesetzt haben, ganz abgesehen natürlich von der Simulation. Dann beginnen alle aus der Rentenfestsetzung, den wiederholten Untersuchungen mit nachfolgenden Rentenkürzungen und -Erhöhungen, den Processen hervorgehenden Schädigungen auf den Kranken einzustürmen; dann werden auch die Begehrungsvorstellungen immer mächtiger; der Kranke hat nicht mehr die Willenskraft, freiwillig auf eine selbst kleine Rente zu verzichten, denn dieses Geld bekommt er ohne jede Mühe und Arbeit; er hält ihren Fortbezug für sein gutes Recht, das er jedem Angriffe gegenüber energisch vertheidigt; so wird er schliesslich Processkrämer und Querulant. Zu dieser Zeit ist eine vorbeugende Therapie natürlich viel weniger aussichtsvoll als früher, aber Manches kann auch jetzt noch erreicht werden. Zunächst — darin stimmen alle Autoren überein — muss das Rentenfestsetzungsverfahren ein möglichst rasches sein, damit der Kranke möglichst schnell zur Ruhe kommt und wenigstens von Nahrungssorgen befreit ist. Da nun aber die Rente dem jeweilig vorhandenen Grade der Arbeitsfähigkeit angepasst sein soll und nach diesem wechseln kann, je nach dem Verlaufe des Leidens, so muss der Kranke sich, wie die Dinge heute liegen, häufig wiederholten Nachuntersuchungen unterziehen; er selber fasst dieselben nur zu häufig nur als ungerechtfertigte Versuche der Berufsgenossenschaften auf, die Rente zu „quetschen“; ab-

gesehen davon, dass das allein schon ihn erregt, wird er dadurch auch allen gutgemeinten ärztlichen Vorschlägen gegenüber immer renitenter. Natürlich ist der Untersuchte dann auch nicht zufrieden damit, wenn nach einer solchen Nachuntersuchung auf Grund einer angenommenen höheren Leistungsfähigkeit des Untersuchten die Rente gekürzt wird — dann appellirt er natürlich wieder bis an die höchste Instanz und der Prozesse und Streitigkeiten ist kein Ende. Der schon mehrfach erwähnte Vorschlag Jolly's, wenigstens nach geringeren Unfällen von dem Rentenverfahren abzusehen und den Kranken mit einer einmaligen Entschädigung, damit aber definitiv und für alle Zeiten abzufinden, war deshalb ein sehr beachtenswerther; alle die späteren Vexationen hörten dann auf: weitere Begehrungsvorstellungen könnten nicht aufkommen, da sie ganz nutzlos sind; der Kranke könnte sich zunächst noch einige Ruhe gönnen, dann wieder arbeiten und könnte vielleicht gerade mit dem ihm gezahlten Capital sich eine ihm zusagende Existenz und Arbeitsgelegenheit gründen. Es könnte bei dem grossen Nutzen, den man von dieser Einrichtung erhoffen dürfte, auch wohl kaum ins Gewicht fallen, dass unter diesen Umständen auch mal ein Simulant entschädigt werde: das kommt natürlich auch bei den jetzigen Einrichtungen vor. Aber, wie schon erwähnt, die Gesetzgebung von 1900 hat sich trotz alledem nicht entschliessen können, eine solche einmalige und definitive Capitalsabfindung in weiterem Masse einzuführen; sie gestattet sie nur für ganz kleine Renten und umgibt sie noch dazu mit allen möglichen sie erschwerenden Cautelen zu Gunsten des Verletzten; und wenn man sich die Sache genauer überlegt, muss man darin dem Gesetzgeber Recht geben; der Kranke, der sich mit der einmaligen Capitalsannahme jedes weiteren Rechtes begibt, könnte doch schwer geschädigt werden, wenn sich, wie nicht so selten, die Arbeitsfähigkeit schwer beeinträchtigende Folgen — z. B. progressive organische Erkrankungen — erst lange Zeit nach dem Unfalle einstellen. Sehr erhöht würde bei solchen einmaligen und definitiven Abfindungen auch die Verantwortlichkeit des Gutachters, die so schon gross genug ist.

In der Einsicht, dass die Kranken direct nach Heilung ihrer chirurgischen Unfallsfolgen oft noch zu schwach sind, ihre Arbeit wieder aufzunehmen und dass zu dieser Zeit ein misslungener Versuch sie stark im Sinne der Entwicklung einer hypochondrischen Neurose beeinflusse, hat man auch vorgeschlagen, zu dieser Zeit dem Kranken eine möglichst reichlich bemessene Erholungs- oder Uebergangsrente zu gewähren, die ihm gestattet, seiner vollen Kräftigung einige Zeit in Ruhe entgegenzusehen; nach dieser Zeit aber dann mit einemmale die Rente aufzuheben. Das ist wohlwollend gedacht und wird manchmal nützlich sein;

in vielen Fällen aber wird es bei den nun vorhandenen Begehrungsvorstellungen schwer sein, die einmal gewährte Rente wieder zu nehmen; im Allgemeinen ist es doch richtiger, das Rentenverfahren überhaupt nur einzuleiten, wo es unbedingt nöthig ist.

Das wären die Methoden und Bestrebungen, die zur Verhütung der Entwicklung einer Unfallsneurose in Betracht kommen. Leider werden, wie alle Erfahrenen wissen, diese prophylaktischen Massnahmen heute zunächst noch wenig geübt und ferner versagen sie nur zu häufig der Macht der schädigenden Verhältnisse gegenüber. Wir, und vor Allem wir Nervenärzte, stehen dann vor den ausgebildeten traumatischen Neurosen; was können wir da noch thun? Wir müssen zunächst an unsere Ausführungen im Capitel der Prognose denken; in den Fällen schwerer, gemischter Neurosen, auch schwerer eingewurzelter — denn was von hysterischen Störungen bis zu diesem Zeitpunkte noch nicht geheilt ist, bleibt bei dieser Krankheit im Mannesalter meist ungeheilt. — Hysterie und den Kunstproducten von Unfall, Begehrungsvorstellungen und Litigationsymptoms ist fast jede Mühe umsonst; wenn auch wohl Ausnahmen vorkommen. Für eine energische und durchgreifende Therapie kommen in dieser Zeit eigentlich nur noch die leichten hypochondrisch-neurasthenischen Fälle und die mit mehr localen nervösen Unfallsfolgen in Betracht — also Fälle mit nur theilweise verminderter Arbeitsfähigkeit. Für diese Fälle ist nun — in dieser Beziehung herrscht unter allen Autoren die erfreulichste Uebereinstimmung — die einzig mögliche, zur dauernden Heilung, respective Besserung führende Therapie die, den Kranken allmählich durch die Arbeit wieder an die Arbeit zu gewöhnen; darauf hat wohl zuerst schon vor Jahren Auerbach hingewiesen, und neuerdings hat die Chancen dieser Behandlung bei der Nervosität im Allgemeinen vor Allem Möbius in seiner weitbekannt gewordenen Arbeit über die Errichtung von Nervenheilstätten für weniger Bemittelte auseinandergesetzt. Die Schwierigkeit liegt nur wieder in der Frage, wie eine solche Thätigkeit der nervösen Unfallsverletzten zu erreichen ist. Strümpell schlägt vor, die Rente nicht zu reichlich zu bemessen, dadurch den Anreiz zur Arbeit zu erhöhen und den Verletzten geradezu allmählich wieder zur Arbeit zu zwingen. Es wird Vielen so gegangen sein, wie Strümpell und auch mir, dass sie früher in diesen Fällen die Rente reichlicher bemessen, allmählich aber — gerade auch meist aus therapeutischen Gründen — knapper damit geworden sind. Ich habe es einigemale auch erreicht, den Verletzten dadurch, fast ohne dass er es

merkte, wieder zur Arbeit zu bringen, dass ich ihm bei jeder Nachuntersuchung die Rente etwas kürzte, bis nichts davon übrig blieb; der Kranke gewöhnt sich so nach und nach an ein immer grösseres Mass von Arbeit. Aber auch das gelingt nicht immer — wie die Erfahrungen von Nonne und Jessen lehren; es gehört dazu doch eine gewisse Willfähigkeit des Kranken; auch ist diese Renten kürzung aus therapeutischen Zwecken gesetzlich nur in sehr mässigen Grenzen erlaubt; am ersten gelingt es nach meinen Erfahrungen noch in kleinen, speciell ländlichen Betrieben, wo der Arbeitgeber auf einen vielleicht langjährigen treuen Arbeiter Rücksicht nimmt und ihn wohl auch bei nicht voller Arbeitsfähigkeit beschäftigt. Denn hier kommen nur die Fälle mit theilweise verringerter Arbeitsfähigkeit in Betracht. Namentlich in den grossen Fabriksbetrieben kann man eine solche theilweise Arbeitsgelegenheit meist nicht erreichen; hier heisst es voll arbeiten oder gar nicht; auch die Mitarbeiter verhindern hier, wie ich es trotz Widerspruches von Auerbach und Edinger nach vielfachen Mittheilungen von Arbeitern selbst, noch weiter behaupten muss, oft solche theilweise Arbeitsfähige an der Arbeit, indem sie in mangelhaftem socialen Sinne sie als Faulenzer oder Drückeberger bezeichnen; dass das nicht immer so ist, dass namentlich alten Arbeitern von jüngeren öfters auch in selbstloser Opferfreudigkeit geholfen wird, will ich natürlich nicht bestreiten, da ich es selbst erlebt habe. Ich habe schon früher darauf hingewiesen, dass in dieser Beziehung der nervöse Arbeiter viel schlechter daran ist als z. B. der neurasthenische Beamte, bei denen man nach Rücksprache mit den vorgesetzten Behörden meist leicht eine entsprechende Herabsetzung der Arbeitszeit erreicht. In Rücksicht auf diese Schwierigkeiten wird der Vorschlag Auerbach's, Strümpell's und Anderer vor und nach ihnen, einen Arbeitsnachweis für theilweise Arbeitsfähige einzurichten und auch der ganz neuerdings aufgetauchte Vorschlag, die Unternehmer gesetzlich zu verpflichten, die in ihrem Betriebe verunglückten Arbeiter auch bei theilweiser Arbeitsfähigkeit wieder zu beschäftigen, in ärztlichen Kreisen wohl Zustimmung finden. Die praktische Ausführung des letzteren Vorschlages wird zwar ihre grossen Schwierigkeiten haben, und ich kann nicht ohneweiters sehen, wie gross diese sein werden; aber ich denke doch, bei gutem Willen müsste auch er sich durchführen lassen; erfreulicherweise gehen hier ja auch wieder die Interessen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer Hand in Hand, da solche Einrichtungen zwar wesentlich im Interesse der letzteren, aber theilweise auch im Interesse der ersteren liegen werden. Im gleichen Sinne wie dieser Vorschlag ist wohl auch die Bestimmung des Gesetzes von 1900 gedacht, die ich oben schon anführte und die den

Berufsgenossenschaften erlaubt, bei thatsächlicher und unverschuldeter Arbeitslosigkeit solchen theilweise Arbeitsfähigen vorübergehend eine Vollrente zu gewähren.

Nur einen Umstand möchte ich hier noch berühren. Die Arbeit ist, wie jeder Gebildete weiss, der grösste Segen für die Menschheit und ganz besonders auch für die nervöse Menschheit; hier kann sie direct zur Genesung führen; die von Möbius beabsichtigten Nervenheilstätten sollen ja in Einrichtungen und Behandlung der Kranken ganz von diesem Grundsatz ausgehen; erfreulicherweise sind sie ja rascher, als man denken konnte, in die Wirklichkeit getreten und können vielleicht später auch einmal unseren Unfallskranken zum Segen gereichen. Der Ungebildete steht aber zum Theile noch auf dem Standpunkte des alten Testaments, das die Arbeit als Strafe für den Sündenfall einführt. Jedenfalls kann man nicht vom einfachen Arbeiter verlangen, dass ihm die Arbeit an sich dieselbe Befriedigung gewährt wie etwa dem Kopfarbeiter oder dem Künstler. Deshalb wird nach meiner Ansicht auch die Arbeit in medicomechanischen Instituten, selbst wenn sie noch sehr der handwerksmässigen nachgebildet ist, nicht viel zur Heilung der Unfallsneurosen nützen, weil der Arbeiter den Zweck dieser Arbeit nicht einsieht und sie ihm keinen handgreiflichen Nutzen bringt. Soll die Arbeit ihre volle heilende Kraft entfalten, so muss sie auch dem Arbeiter einen materiellen Vortheil bringen, d. h. der Arbeiter muss bei partieller Arbeit und partieller Rente etwa so viel verdienen als früher bei voller Arbeit, also mehr, als die Vollrente meist bringt. Und dann muss die geleistete Arbeit eine wirkliche, nicht nur scheinbare an den Maschinen medicomechanischer Institute sein, sie muss mit einem Worte einen productiven Werth haben.

Gelingt es unserer Mühe, den partiell arbeitsunfähigen Unfallsneurotiker wieder zu einer erst nur theilweisen Arbeit zu bewegen und ihn so allmählich wieder an die Arbeit zu gewöhnen, so haben wir meist gewonnenes Spiel; in der Freude über die zunehmenden Fähigkeiten werden alle nervöshypochondrischen Symptome verblassen und schliesslich ganz verschwinden. Dass dem neurasthenisch-hypochondrischen Kranken die Ausübung vor Allem einer körperlichen Arbeit an sich nicht schadet, und dass solche Kranke in der That im Stande sind, selbst bei nicht ganz leichten Neurosen sogar volle Arbeit zu leisten, wenn sie keine Rente bekommen, wenn ihnen diese Arbeit auch schwerer wird als den Gesunden, wissen wir Nervenärzte aus vielseitiger Erfahrung nur zu genau, und besonders Süsser und nach ihm Jeremias haben darauf hingewiesen. Aber, wie schon gesagt, in den schweren

Fällen vermögen wir diese Therapie nicht anzuwenden, in den ganz schweren dürfen wir kaum dazu rathen, und auch in den leichteren Fällen gelingt unter den heutigen Verhältnissen diese Behandlungsmethode oft nicht. Auch dann können wir aber diese Kranken nicht ganz ohne Behandlung lassen, so wenig wir uns auch selbst oft davon versprechen. Was ist dann noch zu thun? Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass eine Krankenhausbehandlung in Fällen eingewurzelter Neurosen fast nie etwas nützt; mag das Krankenhaus auch mit den neuesten mechano-, hydro- und elektrotherapeutischen Einrichtungen versehen sein. Die Kranken werden dort meist nur verstimmt und renitenter und lernen von anderen Unfallskranken allerlei Dinge, die ihnen besser verborgen bleiben; sie wollen ja gar nicht wieder gesund werden (Strümpell, Fürstner). Es ist für diese Dinge sehr charakteristisch, dass diese Kranken von den Berufsgenossenschaften in die Krankenhäuser fast gar nicht mehr zu Heilungs-, sondern nur zu Begutachtungszwecken gesandt werden. Im Uebrigen — und natürlich besonders in den Fällen traumatischer Neurosen werden diese Dinge wirken, in denen die Entschädigungsfrage keine Rolle spielt, wo der Kranke spontan, im Vertrauen zum betreffenden Arzte und mit der sehnsüchtigen Hoffnung auf Heilung zu demselben kommt — kann man bei den Neurosen nach Trauma natürlich keine anderen Mittel anwenden, als sie auch sonst bei den betreffenden Neurosen gebraucht werden, und ich habe darüber nicht viel mehr zu sagen. Wie gesagt, kommt es vor Allem darauf an, dass der Kranke Vertrauen zum Arzte hat; fast alle hier in Betracht kommenden Methoden sind entweder rein psychisch-therapeutische oder die psychische Beeinflussung spielt bei ihnen jedenfalls eine grosse Rolle, wenn sie auch eine mehr larvirte ist. Und gerade in diesem Vertrauen fehlt es dem unfallverletzten Arbeiter dem Arzte gegenüber nur zu oft und dieser kann es mit aller Hingebung nicht erlangen; namentlich ist das dann so, wenn der Kranke durch frühere ungerechte Beurtheilung verbissen gemacht ist und im Arzte nur seinen Feind und Bedränger sieht. Hat man aber trotzdem das Vertrauen des Kranken gewonnen, so kann man doch auch in diesen Fällen durch Beruhigung und Zuspruch Manches noch erreichen. Auch die Hypnose ist in einzelnen Fällen von Unfallsneurosen mit Erfolg angewandt, meistens wird sie in irgendwie schweren Fällen wohl deshalb nichts nützen, weil ja zu ihrer Wirkung nach Angabe der Psychotherapeuten selbst das volle Vertrauen der Patienten und der heisse Wunsch, gesund zu werden gehört, was beides bei den Unfallskranken nur zu häufig fehlt, und weil bei jedem Hypochonder die krankheitserhaltenden Autosuggestionen stärker sein können als die therapeutischen des Arztes. Dass ein ruhiger Landaufenthalt, die Behandlung in einem Sanatorium oder eine Badekur in Oeynhausen z. B. oder in in-

differenten Thermen, vielleicht auch an der See von Nutzen sein kann, ist selbstverständlich; diese Curen kommen vor Allem bei Neurasthenikern und bei mehr localen und oft organisch bedingten Schmerzen an der Wirbelsäule oder den Gelenken in Betracht, und sie müssen, wenn sie wirksam sein sollen, bald nach dem Unfalle in Anwendung treten. Hydrotherapeutische Proceduren wirken oft weniger günstig, weil hier oft zu viel gethan wird. Von galvanischer Behandlung habe ich einigemale Erfolge bei Rückenschmerzen gesehen, Kopfgalvanisation wurde auch von meinen Patienten, was mit Oppenheim's Erfahrungen stimmt, oft nicht vertragen; ich habe mir in der Unfallspraxis überhaupt mit der elektrischen Behandlung, auch in den Fällen ganz peripherer Nervensymptome, selbst bei Neuralgien, meist vergebliche Mühe gegeben. Bei den letzteren Fällen kann auch eine Massagecur oder eine medicomechanische Behandlung am Platze sein.

Von inneren Mitteln wirkt bei ängstlich hypochondrischer Erregung am meisten noch das Brom: bei schwerer Schlaflosigkeit darf man unter Umständen auch energische Schlafmittel nicht scheuen; ich gebrauche hier am liebsten Trional in Dosen von 1—2 Gramm. Die Ernährung soll eine kräftige sein; gegen Alkohol und gegen Tabak sind traumatische Neurotiker oft sehr intolerant und beides ist dann zu vermeiden.

Noch ein paar Worte über die Behandlung der Simulanten. Selbst wenn die Entlarvung eines solchen mit grösstmöglicher Sicherheit gelungen ist, erreicht man praktisch hier oft nichts, wenn man schroff, auch der Genossenschaft gegenüber, den Exploranden für einen Simulanten erklärt. Dann steift sich derselbe mit aller Macht darauf, er könne doch nicht arbeiten, da er ja, wenn er die Richtigkeit des Gutachtens zugibt, als Betrüger dasteht und eventuell sogar gerichtlicher Bestrafung entgegensieht. Da man nun Simulation fast niemals mit mathematischer Genauigkeit nachweisen kann, so ist für die Berufsgenossenschaft in diesem Falle oft nichts gewonnen; der Explorand arbeitet doch nicht, und das Schiedsgericht muss sich oft nothgedrungen auf seine Seite schlagen. Ich habe in einzelnen Fällen folgendes Verfahren eingeschlagen. Ich habe dem in meine Behandlung gegebenen Simulanten deutlich durchblicken lassen, dass ich seine Simulation durchschaute; ich habe ihm aber das nicht direct gesagt, sondern ihm erklärt, ich würde ihn einige Tage behandeln; dann sei er aber wieder gesund. Ging der Simulant auf diese ihm gebaute goldene Brücke, so konnte ich ihn der Berufsgenossenschaft gegenüber als „geheilt“ bezeichnen; schon mehr als einer der mir zugewiesenen Simulanten ist auf diese Weise wieder zur ehrlichen Arbeit zurückgeführt. Vom Standpunkt strenger Ethik lässt sich dies Verfahren vielleicht nicht ganz rechtfertigen, praktisch ist

es aber und wird auch von anderer ärztlicher Seite warm empfohlen. Der Arzt ist ja glücklicherweise nicht zum Sittenrichter der Menschheit eingesetzt.

Ich habe mehrfach die Frage der strafrechtlichen Verfolgung entlarvter Simulanten gestreift. Selbstverständlich habe ich nichts gegen eine Bestrafung überführter Betrüger. Aber meine Ausführungen haben, wie ich hoffe, deutlich ergeben, wie schwierig hier eine sichere Erkenntniss ist, und welche Zweifel schon die psychologische Auffassung der ganzen Simulationsfrage umgeben. Es wird deshalb wohl nur selten zu einer Verfolgung durch das Gericht kommen; auch würde dieselbe, wenn häufig vorkommend, ein zweischneidiges Schwert sein, da sie die Verantwortlichkeit des Arztes bei dem Ausspruche des Simulationsverdachtes so vermehren würde, dass dieser Ausspruch ihm noch schwerer fallen würde, als früher, und davon könnten die abgefeymten Simulanten nur Vortheil ziehen.



Literatur.

1. Vor 1890:*)

Eriehsen, **Ueber die Verletzungen der centralen Theile des Nervensystems etc.** Aus dem Englischen von Kelp. Oldenburg 1868. — J. Syme, On compensation for railway injuries of the nervous system. *Lancet* 1867, Nr. 2. — E. Morris, A practical treatise on Shok after surgical operations and injuries with especial reference to shok caused by railway injuries. London 1867. — Savory, Notes with cases on some of the immediate and remote effects on injuries of the spinal cord. *St. Barthol. Hosp. Rep.* 1869, Nr. 5. — J. A. Lidell, On injuries of the spine including concussion of the spinal cord illustrated with cases. *Americ. Journal of the medical Sciences.* 1864. October. — M. Bernhard, *Berliner klin. Wochenschr.* 1876, Nr. 211. — C. Westphal, *Ebenda* 1879, pag. 125. — Eriehsen, **On concussion of the spine, nervous shok and other obscure injuries of the nervous system.** London 1876; 1882, 2. Aufl. — Rigler, **Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen.** Berlin 1879. — Moeli, **Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen.** *Berliner klin. Wochenschr.* 1881, Nr. 8. — Hodges, *Proceeding of the Brit. society for med. improv. Lancet.* 5. Februar 1880 und **So called concussion of the spinal cord.** *Boston med. and surg. Journ.* 1881, Nr. 16. — Wilks, **On hemianaesthesia.** *Guys' Hospital reports.* 1883. — Walton, **Case of typic hysterical hemianaesthesia in a man following injury etc.** *Arch. f. Med.* 1883, X. — Walton, **Possible cerebral origine of the symptoms usually classed under railway-spine.** *Boston med. and surg. Journ.* 1883, Nr. 15. — Putnam, **Recent investigations into the pathol. of so called concussion of the spine.** *Ebenda* 1883, Nr. 10. — Thomsen und Oppenheim, **Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesien.** *Arch. f. Psych.* XV. — H. Oppenheim, **Weitere Mittheilungen über die sich an Kopfverletzungen etc. anschliessenden Erkrankungen des Nervensystems.** *Arch. f. Psych. u. Nervenkh.* XVI. — Charcot, **Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems.** Deutsch von L. Freud. 1886. — Berbez, **Histérie et traumatisme.** Paris 1887. — Guinon, **Les agents provocateurs de l'hystérie.** Paris 1889. — H. Oppenheim, **Die traumatischen Neurosen.** Berlin 1889. — Strümpell, **Ueber die traumatischen Neurosen.**

2. 1890:

Fr. Schultze, **Bemerkungen über die traumatische Neurose.** Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden 1889. *Neurol. Centralbl.* 1889, VIII, pag. 402. — H. Oppenheim, **Zur Beurtheilung der traumati-**

*) Die grossen Arbeiten und Monographien sind durch fetteren Druck hervorgehoben.

schen Neurose. Ebenda. 1889, VIII, pag. 471. — A. Seeligmüller, Zur Frage der Simulation von Nervenleiden nach Trauma. Ebenda. 1889, VIII, pag. 576. — Oppenheim, Erwiderung auf vorstehenden Aufsatz. Ebenda, pag. 612. — C. Eisenlohr, Bemerkungen über die traumatische Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1889, XXVI, 52. — J. Hoffmann, Erfahrungen über die traumatische Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1890, XXVII, pag. 655. Neurol. Centralbl. 1890, IX, pag. 440. — Oppenheim, Bemerkungen zu vorstehendem Artikel. Berliner klin. Wochenschr. 1890, XXVII, pag. 691. — **Schultze, Ueber Neurosen und Neuropsychosen nach Trauma.** (Einleitender Vortrag zur Discussion über die traumatischen Neurosen auf dem internationalen Congress in Berlin.) Samml. klin. Vortr. N. F., Nr. 14. — Discussion in Berlin. Oppenheim, Seeligmüller, Hitzig, Mendel, Rumpf, Hoffmann, Benedikt. Neurol. Centralbl. 1890, IX, pag. 509. — Seeligmüller, Erfahrungen und Gedanken zur Frage der Simulation bei Unfallverletzten. Deutsche med. Wochenschr. 1890, XVI, 30, 43. — P. J. Möbius, Bemerkungen über Unfallnervenranke. Münchener med. Wochenschr. 1890, XXXVII, 50. — L. Bruns, Zur Casuistik der traumatischen Neurosen. Neurol. Centralbl. 1889, VIII, pag. 123, 159, 309. — H. Kriege, Ueber vasomotorische Störungen bei der traumatischen Neurose. Arch. f. Psych. 1890, XXII, 2, pag. 241.

3. 1891:

F. Albin Hoffmann, **Die traumatische Neurose und das Unfallversicherungsgesetz.** v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. 1891, Nr. 17. — H. Oppenheim, Weitere Mittheilungen über die traumatischen Neurosen mit besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage. Berlin 1891, A. Hirschwald. Gr.-8. 54 S. — Dunin, Einige Bemerkungen über sogenannte traumatische Neurosen. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1891, XLVII, 5 u. 6, pag. 532. — Roth, Vier Fälle traumatischer Neurose nebst Bemerkungen zu denselben. Berliner klin. Wochenschr. 1891, XXVIII, 9. — Fr. Schultze Weiteres über Nervenerkrankungen nach Trauma. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhk. 1891, I, 5 u. 6, pag. 445. — Discussion im ärztlichen Verein zu Hamburg über „Traumatische Neurose“ am 1. December 1891. Neurol. Centralbl. 1892, XI, 4, pag. 118. — Lewek, Ueber die traumatischen Neurosen. Inaug. Dissert. Erlangen 1891. — Freund, Demonstration einiger Fälle von sogenannter traumatischer Neurose. (Autorreferat.) Centralbl. f. Nervenhk. u. Psych. N. F., Juli 1891, II, pag. 290. — Dubois, Ueber traumatische Neurosen. Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1891, XXI, pag. 17 u. 18. Discussion; Sahli, Pflüger. Ebenda. Nr. 19. — Ritter, Beitrag zur Lehre von der traumatischen Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1890, XXVII, 16. — Renner, Hysterische Hemianästhesie nach einem Unfälle. Vereinsbl. d. Pfälzer Aerzte. November 1891. — Freund und Kaiser, Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien. Deutsche med. Wochenschr. 1891, XVII, 31. — Donath, Weitere Beiträge zu den traumatischen Neurosen. Wiener med. Wochenschr. 1892, XLII, 6, 7. — Verhoogen, Fracture compliquée de la jambe. Inclusion du nerf tibial postérieur dans le cal. Hystérie traumatique. Resultat du traitement électrique. Gaz. hebdom. 1892, XXXIX, 1. — Neumann, Zur Kenntniss der Hysteria magna virilis. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1891, XLIX, 1, pag. 38. — Fischer, Gesichtsfeldeinengung bei traumatischer Neurose. Arch. f. Augenhk. 1891, XXIV, 2, pag. 168. — König, Ein objectives Krankheitszeichen der traumatischen Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1891, XXVIII, 31. — Hönig, Ueber Simulation und Uebertreibung der Unfallverletzten und deren Bekämpfung. Wiener med. Presse. 1891, XXXII, 49, 50. — Möbius, Weitere Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkranken. Münchener med. Wochenschr. 1891, XXXVIII, 39. — Seeligmüller, Weitere Beiträge zur Frage der

traumatischen Neurose und der Simulation bei Unfallverletzten. Deutsche med. Wochenschrift 1891, XVII, 31, 34. — Seeligmüller, Erwiderung auf den Aufsatz in Nr. 39 dieser Wochenschrift. Weitere Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkranken von P. J. Möbius. Münchener med. Wochenschr. 1891, XXXVIII, 41. — Grünwald, Einige Bemerkungen mit Bezug auf die Broschüre des Prof. Seeligmüller; Die Errichtung von Unfallskrankenhäusern. München 1891, Schreiber. — Friedmann, Zur Lehre von Folgezuständen nach Gehirnerschütterung. Deutsche med. Wochenschr. 1891, XVII, 39. — Friedmann, Ueber eine besondere schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschütterung und über den vasomotorischen Symptomencomplex bei derselben im Allgemeinen. Arch. f. Psych. u. Nervenhk. 1891, XXIII, 1, pag. 230.

4. 1892:

A. Grössere Arbeiten und allgemeine Uebersichten.

Hermann Oppenheim, Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den 8 Jahren 1883—1891 gesammelten Beobachtungen. Berlin 1892. Zweite, verbesserte und erweiterte Auflage, A. Hirschwald. Gr.-8. VIII und 253 S. 6 Mk. — Hubert W. Page, Eisenbahnverletzungen in forensischer und klinischer Beziehung. Deutsch von S. Placzek. Berlin 1892, S. Karger. Gr.-8. VII u. 114 S. 2 Mk. 80 Pf. — Ralf Wichmann, Der Werth der Symptome der sogenannten traumatischen Neurose und Anleitung zur Beurtheilung der Simulation von Unfallnervenkrankheiten. Für Krankencassenärzte und Medicinalbeamte. Braunschweig 1892, Vieweg u. Sohn. Gr.-8. 103 S. 3 Mk. — C. S. Freund, Ein Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Frage von den sogenannten traumatischen Neurosen. v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. 1892, Nr. 51. — F. Kurtz, Zur Frage der traumatischen Neurose. Inaug.-Dissert. München 1892. — Bertoloty, Zur Frage der traumatischen Neurose. Vereinsbl. d. Pfälzer Aerzte. April u. Mai 1892, VIII. — A. Elzholz, Ueber traumatische Neurose im Anschluss an einen demonstrirten Fall. Wiener klin. Wochenschr. 1892, V, 7, 8, 10, 12.

B. Casuistik im Allgemeinen.

M. Nonne, Casuistische Beiträge zum Capitel der Nervenunfallserkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. 1892, XVIII, 27—29. — J. Bach, Klinischer Beitrag zur traumatischen Hysterie. Inaug.-Dissert. Breslau 1892. — G. Rosenbaum, Ueber zwei Fälle localer traumatischer Neurose und deren verschiedener Verlauf. Therap. Monatsh. 7. Juli 1892, VI. — Prince Morton, Three cases of traumatic hysterical paralysis, of twenty-nine, twenty-eight and twenty-nine years duration respectively in males. Amer. Journ. of med. science. Juli 1892, CIV, 243. — Moritz, Cerebellare Ataxie und Gesichtsfeldamblyopie nach einer Kopfverletzung. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1892, XLIX, 4 u. 5, pag. 472. — Vibert, La névrose traumatique. Annal. d'hygiène publ. etc. 2. August 1892, XXVIII. — M. Bernhardt, Fall von erworbener (traumatischer) Trichterbrust bei einem an Hysteria virilis (ex traumate) leidenden Manne. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1892, XLIX, 6, pag. 604. — F. Schultze, Zur Lehre von den Nervenkrankheiten nach Unfällen. Deutsche med. Wochenschr. 1893, XIX, 1, 2. — Cöster, Auch eine traumatische Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1892, XXIX, 31. — Josef Hinterstoisser, Ein Fall von Hysteria virilis. Wiener klin. Wochenschr. 1892, V, 51.

C. Augensymptome.

H. Wilbrand u. A. Sänger, Weitere Mittheilungen über Schstrungen bei functionellen Nervenleiden. Sonder-Abdruck aus d. Jahrb. d. Hamburger Staatskrankenanstalten. II. Leipzig 1892, F. C. W. Vogel. Gr.-8. VI u. 190 S. 4 Mk. — H. Wilbrand, Ueber die Veränderungen des Gesichtsfeldes bei den traumatischen Neurosen. Deutsche med. Wochenschr. 1892, XVIII, 16. — C. Hübscher, Motorische Asthenopie bei traumatischer Neurose. Deutsche med. Wochenschr. 1892, XVIII, 16. — S. Placzek, Der Förster'sche Verschiebungstypus ein „objectives“ Symptom der traumatischen Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1892, XXIX, 35, 36. — C. S. Freund, Ueber cerebral bedingte optische Hyperästhesie. Neurol. Centralbl. 1892, XI, 17. — Wolffberg, Der quantitative Farbensinn bei Unfallnervenkrankheiten. Ebenda. — H. Schmid-Rimpler, Zur Simulation concentrischer Gesichtsfeldeinengungen mit Berücksichtigung der traumatischen Neurosen. Deutsche med. Wochenschr. 1892, XVIII, 24.

D. Kehlkopf. Mannkopf'sches Symptom.

B. Holz, Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1892, XXIX, 33. — H. Burger, Laryngoskopische Befunde bei traumatischer Neurose. Ebenda. 1892, XXIX, 47. — Arthur Strauss, Ueber den Werth des Mannkopf'schen Symptoms bei Nervenleiden nach Trauma. Ebenda. 1892, XXIX, 48.

E. Simulation.

Alexander, Railway-spine oder Simulation. Vierteljahrshr. f. gerichtliche Med. 1892, IV, 3. F., 1, pag. 109. — C. Thiem, Bemerkungen zur Behandlung und Begutachtung der Unfallverletzten. Berlin 1892, E. Grosser, 32 S. (Thiem empfiehlt vor Allem die medicomechanische Behandlung.) — C. Lauenstein, Bemerkungen zu der Beurtheilung und Behandlung von Verletzungsfolgen vom Gesichtspunkte der Unfallversicherung, sowie zum Capitel der Simulation. Deutsche med. Wochenschr. 1892, XVIII, 15. — M. Friedmann, Ein Fall von chronischem Krampf im Arme nach Trauma, zugleich als Antwort auf die Frage: Ist die Chloroformnarkose zur Entlarvung von Simulation traumatischer Neurosen zu verwerthen. Neurol. Centralbl. 1892, XI, 9. — Hönig, Ueber Simulation und Uebertreibung der Unfallverletzten. Deutsche med. Wochenschr. 1892, XVIII, 19. — W. Ebstein, Zur Lehre vom traumatischen Diabetes mellitus. Berliner klin. Wochenschr. 1892, XXIX, 42 u. 43.

F. Pathologische Anatomie.

John Macpherson, Vacuolation of nervecell nuclei in the cortex in two cases of cerebral concussion. Lancet. 1892, I, 21.

5. 1893—94:

A. Grössere Arbeiten, Referate, Discussionen und allgemeine Uebersichten.

Ueber die traumatischen Neurosen. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. 12. Congress Wiesbaden 12.—15. April 1893. Wiesbaden, Bergmann. 1. Referat: A. Strümpell; 2. Referat: C. Wernicke. Discussion: Hitzig, Bruns, Baumler, Sänger, Hitzig, Hoffmann, Jolly, Ziemssen (Wiesbaden), Lenhartz, Unverricht, Schultze, Hitzig, Lenhartz, Hitzig, Wernicke. — Concussion of the spine, more especially in its relationship

with railway accidents and injuries. Read in the section of medicine at the annual meeting of the British medical Association at Newcastle. August 1893; by **Byrom Bramwell**. Discussion: Brookhouse, Robertson, Clifford, Allbutt, Th. Buzzard, Chaunzy, Puzey, Saundby, Eddison, Baines, Walker, Gordon, Noble Smith. Brit. med. Journ. 18. November 1893. — **Seeligmüller, Unfallsnervenkrankheiten. Eulenburg's Encyclopäid. Jahrb. III.** Wien 1893, Urban und Schwarzenberg. — Bertololy, Die traumatischen Neurosen. Vereinsbl. d. pfälzischen Aerzte. Juli, August 1893. — G. Vibert, Contribution à l'étude de la nevrose traumatique. Annal. d'hygiène publ. et de la méd. lég. Februar, März 1893, 2. S., XXIX, 2, pag. 97; 3, pag. 228. — **Knapp, Philip Coombs, Traumatic nervous affections. An attempt at their classification based on a study of ninety cases.** Amer. Journ. of the med. sc. December 1892, CIV, 6, pag. 629.

B. Casuistik.

Ed. Goetz, Contracture hystéro-traumatique de la main gauche. Revue méd. de la Suisse romande. 1893, XIII, 5. pag. 307. — P. K. Pel, Ein merkwürdiger Fall einer traumatischen hysterischen Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1893, XXX, 24. — Ralf Wichmann, Männliche traumatische Hysterie. Monatschr. f. Unfallhk. 1894, Nr. 1. — Zöllner, Ein Fall von hysterischer brachialer Monoplegie nach Trauma. Vereinsbl. der pfälzischen Aerzte. November 1893. — A. Berkling, Zur Symptomatologie der traumatischen Neurosen. Monatschr. f. Unfallhk. 1894, Nr. 2. Unklarer Fall. — Herm. Drobnick, Eisenbahnpsychosen und -Neurosen. Wiener med. Presse. 1893, XXXIV, 12, 13, 14, 16. — M. Friedmann, Weiteres über den vasomotorischen Symptomencomplex nach Trauma. Münchener med. Wochenschr. 1893, XLI, 20, 21, 22.

C. Augensymptome. Elektrischer Leitungswiderstand.

Wilhelm König, Ueber Gesichtsfeldermüdung und deren Beziehung zur concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung bei Erkrankungen des Centralnervensystems. Leipzig 1893, F. C. W. Vogel. Gr.-8. 152 S. — v. Frankl-Hochwart und Topolanski, Zur Kenntniss der Augensymptome bei Neurosen. Deutschmann's Beitr. zur Augenhk. 1893. Heft 11. — Bilfinger, Beitrag zur Beurtheilung der concentrischen Gesichtsfeldeinengung bei den traumatischen Neurosen. Inaug.-Dissert. München 1892. — A. Mann, Ueber die Verminderung des Leistungswiderstandes am Kopf als Symptom bei traumatischer Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1893, XXX, 31.

D. Simulation.

H. Higier, Ueber die sogenannten traumatischen Neurosen und ihre Simulation. Wiener med. Presse. 1893, XXXIV, 34, 35, 37—44. — Charles S. Potts, A report of eighteen cases of „traumatic Neuroses“ with special reference to the non existence of litigation. Univ. med. Magaz. 1893, V, 10, pag. 777. — Knapp, Coombs, Simulation in traumatic nervous diseases. Boston med. and surg. Journ. 1893, CXXIX, 13, pag. 318. — Fuchs, Unterscheidung des vorgetäuschten und krankhaften Zitterns. Monatschr. f. Unfallhk. 1893, I, 3. — Georg Müller, Methode, simulirte Schmerzen zu diagnosticiren. Ebenda. 1894, I, 1. — Jurka, Ueber den Werth der Goldscheider'schen Methode. Ebenda. 2.

6. 1895:

Crocq fils, Etude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. Mémoire couronné et publié par l'Académie royale de méd. de Belg. Bruxelles. 1895. — A. v. Strümpell, **Ueber die Untersuchung, Beurtheilung und Behandlung von Unfallkranken.** Praktische Bemerkungen. München 1895. J. F. Lehmann. 8. 25 S. 1 Mk. — H. Oppenheim. Der Fall N. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen nebst einer Vorlesung und einigen Betrachtungen über dasselbe Capitel. Berlin 1896, S. Karger. — A. v. Strümpell, Besprechung der vorstehenden Arbeit in Deutsche Zeitschr. f. Nervenhk. 1896, VIII, 5 u. 6, pag. 468. — Jessen, Ueber die functionellen Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Vortrag gehalten im ärztlichen Vereine zu Hamburg am 22. April 1896. Discussion: Sängner, Rumpf, Nonne, Lenhartz, Wiesinger, Kümmell, Liebrecht, Böttiger, Rumpel, Wilmans, Jessen. Nach Bericht im Neurol. Centralbl. 1896, XV, 12, 13, pag. 569, 617. — Morton Prince, Remarks on the probable effect of expert testimony on prolonging the duration of traumatic neuroses. Boston med. and surg. Journ. 1896, CXXXIV, 18, pag. 433. — Ralf Wichmann, Ueber Suggestion und Autosuggestion Verletzter. Vortrag in der Abtheilung für Unfallheilkunde der Naturforscherversammlung in Lübeck. 1896. Monatschrift f. Unfallhk. 1896, II, pag. 347. — W. Goebel, Ein Fall von traumatischer Neurose mit schnellem Uebergang in Psychose. Berliner klin. Wochenschr. 1896, XXXIII, 5, pag. 97. — G. Wilbraud, **Die Erholungsausdehnung des Gesichtsfeldes unter normalen und pathologischen Verhältnissen.** Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. 181 S. mit 8 Tafeln und Textabbild.

7. 1896:

A. Allgemeines.

E. Mendel, Der Fall „N.“ Deutsche med. Wochenschr. 1896, XXII, 37, pag. 590. — H. Oppenheim, Zum Fall „N.“ Eine Abwehr. Ebenda 45. — E. Mendel, Erwiderung. Ebenda. — S. Auerbach, Zur Reform der Unfallgesetzgebung vom ärztlichen Standpunkte der Praxis. 1896, Nr. I. — A. Sängner, **Die Beurtheilung der Nervenerkrankungen nach Unfall.** Stuttgart 1896, Ferd. Enke. 90 S. — Fürstner, **Zur Symptomatologie der chronischen Unfallkrankungen des Centralnervensystems und über die Beziehungen der letzteren zur Unfallgesetzgebung.** Monatschr. f. Unfallhk. 1896, III, 10. — Jolly, Ueber Unfallverletzung und Muskelatrophie, nebst Bemerkungen über die Unfallgesetzgebung. Berliner klin. Wochenschr. 1897, XXXIV, 12, pag. 241. — Crocq fils, Pathogénie des névroses traumatiques. Semaine méd. 1895, XV, 42. — Jessen, Ueber die functionellen Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1896, V, pag. 344. — Hall, A medicolegal consideration of some of the general features, signs and symptoms of the simple traumatic neuroses. New York med. Record. September 1896, L, 13, pag. 436.

B. Casuistik. Symptomatologie.

Fürstner, Ueber pseudospastische Parese mit Tremor. Neurol. Centralbl. 1896, XV, pag. 674. — Nonne, Ueber pseudospastische Parese mit Tremor nach Trauma. Ebenda, pag. 914, 977. — E. Hitzig, Ueber einen durch Strabismus und andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. Berliner klin. Wochenschr. 1897, XXXIV, 7, pag. 133. — Jolly, Ueber Tremor bei traumatischer Hysterie. Berliner klin. Wochenschr. 1896, XXXIII, 52, pag. 1155. — A. Eulenburg, Eine seltene

Form localisirten klonischen Krampfes. Simulation, Unfallneurose oder hysterische Schreckneurose? Deutsche med. Wochenschr. 1897, XXIII, 1. — Adolf v. Strümpell, Ueber hysterische Hämoptoe, insbesondere bei Unfallkranken. Monatschr. f. Unfallhk. 1897, IV, 1, pag. 1. — M. Laehr, Eine Unfallpsychose. Berliner klin. Wochenschr. 1896, XXXIII, 29, pag. 641. — Sachs, Ueber Bewegungsbehinderungen und psychisch bedingte Lähmungen ohne anatomische Grundlage. Wissenschaftliche Mittheilungen des Instituts zur Behandlung von Unfallverletzten in Breslau. 1896, pag. 72. — A. Behr, Ein Fall von Hysterie im Anschluss an Leuchtgaseinathmung. Wiener med. Wochenschr. 1896, XLVI, 40—42. — Erdmann Müller, Zur Frage der Ermüdbarkeit des Gesichtsfeldes bei Gesunden. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkh. 1896, XXIX, 1, pag. 225.

C. Simulation.

C. S. Freund, Zur Kenntniss der Simulation bei Unfallverletzten. Breslau 1896. — Bailay, Simulation of nervous disorders following accidents. Reprinted from the Railway Surgeon. 9. Februar 1897.

8. 1897:

Obergutachten der med. Facultät der Universität Berlin vom 5. Mai 1891, betreffend die traumatische Neurose und Nachtrag dazu vom 6. Juli 1897. Monatschr. f. Unfallhk. 1897, IV, 11, pag. 351. — W. Erb, Zur Lehre von den Unfallserkrankungen des Rückenmarkes. Ueber Poliomyelitis anterior nach Trauma. Deutsche Zeitschr. f. Nervenkh. 1897, XI, pag. 122. — R. Schulz, Ueber Unfallserkrankungen. Beitr. zur wissensch. Medicin. Festschrift zur 69. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Braunschweig 1897. — R. Rosenthal, Zur Charakteristik einiger „objectiver“ Symptome bei den sogenannten traumatischen Neurosen. Monatschr. f. Unfallheilkunde. 1897, IV, 8, pag. 233. — Stepp, Beitrag zur Beurtheilung der nach Eisenbahnunfällen auftretenden Erkrankungen. Münchener med. Wochenschr. 1897, XLIX, Nr. 41 und 42.

9. 1898:

Paul Schuster, Die Untersuchung und Begutachtung bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems. Ein Leitfaden für Praktiker. Berlin 1899, S. Karger, 196 S. 5 Mk. — L. Bruns, Unfallsneurosen. Encyklopäid. Jahrb. VIII, 1898. — Morton Prince, Traumatic neuroses. The American System of Practical medicine. Philadelphia and New York 1898. Lea Brothers. — Morton Prince, The pathology, genesis and development of some of the more important symptoms in traumatic hysteria and neurasthenia. Boston med. and surg. Journ. CXXXVIII, 22, 23, 24, 1898. — F. Egger, Casuistische Beiträge zur Frage der functionellen Unfallnervenkrankheiten (traumatische Neurosen). Jahresber. d. allgem. Poliklinik. Basel 1898. — C. Thiem, Gewohnheitscontractur und Gewohnheitslähmung. Monatschr. f. Unfallhk. V, 2, pag. 58, 1898. — Wolff, Ein Fall von sogenannter Ehret'scher Lähmung. Ebenda. V, 12, pag. 420, 1898. — Kissinger, Pseudospastische Parese. Ebenda. VI, 3, pag. 73, 1899. — Vidal, Note sur deux cas d'hystérie consécutifs à un traumatisme. Gaz. hebdomadaire. XLV, 86, pag. 1021, 1898. — Goodall, Four cases of insanity after injury to the head, with observations relative there to. Lancet Dec. 10, pag. 1540, 1898. — Moty, Névrite hystérotraumatique. Belg. méd. VI, 10, pag. 289, 1898. — De Buck et de Moor, Un cas de névrose traumatique grave. Ibid. VI, 3, pag. 65, 1898. — Egger, Traumatische Hysterie. Jahresber. d. allgem. Poliklinik. Basel 1898. — Röder, Ueber

Brunns, Traumatische Neurosen, Unfallsneurosen.

die Anwendung einer neuen Methode der Untersuchung bei nervösen Erkrankungen nach Unfall. Deutsche med. Wochenschr. XXIV, 49, 1898. — Strümpell, Simulation von Blutbrechen und Hämaturie bei einem Unfallkranken. Monatschr. f. Unfallhk. V, 4, pag. 92, 1898. — G. Haag, Hysterisch-traumatische Neurose, anfänglich unter dem Bilde von Dementia paralytica verlaufend, später simulirt. Ebenda. VI, 3, pag. 78, 1899. — S. Baudry, Ein neues und sicheres Verfahren, mit Hilfe des einfachen Prismas monoculare Diplopie zu erzeugen und seine Anwendung zur Untersuchung einseitiger simulirter Blindheit. Wiener klin. Wochenschr. X, 41, 1897. **Thiem, Handbuch der Unfallkrankheiten, Stuttgart, Enke.**

10. 1899:

Dr. H. Sachs und C. S. Freund in Breslau, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung. Berlin 1899. H. Kornfeld. — Dr. P. Schuster, Zur neurologischen Untersuchung Unfallkranker. Erfahrungen und Rathschläge. Berl. Klinik, Heft 135. Sept. 1899. — Th. Diller, Traumatic nervous affections. Amer. Journ. of med. Sc. CXVI, 3, pag. 591. September 1898. — Dr. Adolf Gross, Zur Psychologie der traumatischen Psychose. Psychologische Arbeiten, herausgeg. von C. Kraepelin, II. Bd., 4. Heft, pag. 869. Leipzig 1899. W. Engelmann. — R. Henneberg, Zur Kenntniss psychischer Störungen bei Unfallkranken. Charité-Annalen XXIV, pag. 608, 1899. — Dr. P. Schuster und K. Mendel, Traumatische Nervenkrankheiten bei Kindern. Monatschr. f. Unfallhk. VI, 6, pag. 177, 1899. — G. Haag, Zwei Fälle von Schreckwirkung als Unfallfolge. Ebenda. V, 11, pag. 388, 1898. — E. Adelong, A case of traumatic neurosis with hemorrhages from the pharynx. New York med. Record LVI, 6, pag. 192. Aug. 5, 1899. — Oberarzt Dr. Nonne, Ein Fall von durch Unfall entstandenem Rückenschmerz und Functionsschwäche der unteren Extremitäten mit anatomischer Untersuchung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXXI, 3, pag. 519, 1899. — Dr. P. Schuster, Zur Beurtheilung der Rückenschmerzen bei Unfallpatienten. Berl. klin. Wochenschr. XXXV, 10, 1898. — Reg. H. Sayre, The differential diagnosis between chronic joint diseases and traumatic neuroses. New York med. Record LVI, 24, pag. 855, 1899. — Oberstabsarzt Dr. Spieker, Ein Fall von pseudospastischer Parese mit Tremor nach Trauma (Fürstner). Deutsche mil.-ärztl. Zeitschr. XXVII, 6, pag. 281, 1898. — Strauss, Ueber die diagnostische Verwendbarkeit des Versuches der alimentären Glykosurie für die Feststellung der traumatischen Neurosen. Monatschr. f. Unfallheilkunde, VI, 12, pag. 428, 1899. — F. Brasch und A. Guthmann, Ueber den Einfluss willkürlicher Athmungsbeschleunigung auf die Herzthätigkeit. Ein Beitrag zur Beurtheilung des Werthes des Mannkopf'schen Symptoms bei der Untersuchung Unfallkranker. Fortschr. d. Med. XVIII, 4, pag. 61, 1900. — Oberstabsarzt Dr. Hecker, Entlarvte Simulation einer cerebralen Lähmung, beziehungsweise des Fortbestandes derselben. Deutsche mil.-ärztl. Zeitschr. XXVII, 11, pag. 603, 1898. — Dr. Winter, Traumatische Neurose vor dem Civilrichter. Aerztl. Mittheil. aus u. für Baden, LIV, 1, pag. 2, 1900. Mittheilung eines Falles typischer Unfallsneurose nach Schrotschussverletzung. — Pearce Bailey, The medicolegal relations of hysteria. New York med. Record, LV, 9, pag. 306. March 4. 1899.

11. 1900:

L. Edinger und S. Auerbach, Unfallnervenkrankheiten (Railway spine, Commotio medullae spinalis, traumatische Neurosen). Realencyklopädie der gesammten Heilkunde. 3. Aufl. Wien 1900. Urban u. Schwarzenberg. — Jeremias,

Die Erwerbsfähigkeit bei traumatischen und nicht traumatischen Neurosen. Monatschr. f. Unfallhk. VII, 12, pag. 401, 1900. — W. Seiffer, Schädliche Suggestionen bei Unfallkranken. Berliner klin. Wochenschr. XXXVII, 37, 1900. — M. Ehret, Zur Kenntniss der Gewohnheitslähmungen. Monatschr. f. Unfallhk. VIII, 2, pag. 33. 1901. — A. Flockemann, Pseudospastische Parese mit Tremor bei einem Falle von schwerer Hysterie beim Manne. Mittheil. a. d. Hamb. Staatskrankenanstalten II, pag. 42, 1898. — Ph. F. Becker, Ein Fall von neurasthenischem Schütteltremor nach Trauma. Münchener med. Wochenschr. XLVII, 10, 1900. — v. Grolmann, Casuistische Mittheilungen. Hysterie und Unfall. Geistesstörung und Selbstmord als Unfallfolge. Zeitschr. f. prakt. Aerzte, IX, 10, pag. 377, 1900. — P. Neumann, Ueber das Vorkommen der alimentären Glykosurie bei Nervenkrankheiten nach Unfällen. Monatschr. f. Unfallhk. VII, 8, pag. 236, 1900. — P. Seliger, Ueber den Shok, namentlich nach Contusionen des Bauches. Prager med. Wochenschr. XXV, 29—52, 1900. (Kritische Abhandlung, die zu beweisen sucht, dass es sich bei dem Shock nach Bauchcontusionen um Sepsis handele.)

Ich verweise ausserdem auf die ausführlichen kritischen Referate, die ich über alle Erscheinungen auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen in Schmidt's Jahrbüchern der gesammten Medicin seit 1890 alljährlich erstattet habe.

