XXII.

(Aus dem k. u. k. Garnisons-Spitale Nr. 1 in Wien.)

Die Beurtheilung ein- und beiderseitiger Taubheit.

Von

Dr. Carl Biehl,

Oberarzt, Vorstand der Ohrenabtheilung.

Ausser dem Militärarzte wird höchstens noch der Kassenarzt einer Versicherungs-Gesellschaft so häufig in die Lage kommen, die Angaben der Leute, welche, sei es dass sie irgend ein Trauma erlitten haben oder nicht, plötzlich taub geworden sein wollen, auf ihre Wahrheit zu prüfen und sodann ein oft folgenreicheres Gutachten abzugeben. Dass es sowohl Pflicht als auch für den guten Namen des Arztes sehr nothwendig ist, bei solchen Untersuchungen und Gutachten äusserst genau vorzugehen, damit er nicht unrecht thut oder gar eine grobe Enttäuschung erlebt, braucht nicht erst betont zu werden.

Was nun das Trauma anbelangt, so ist es beim Militär wohl die Ohrfeige, welche in den meisten Fällen als solches zu eruiiren ist. „Das Ohr ist auch leider nur zu häufig das Ziel, wohin nicht blos die leidenschaftlichen Ausbrüche des Zornes, sondern auch die mit Ueberlegung geplanten Züchtigungen ihren Angriff richten. Wir finden daher hier an der linken Seite häufiger als an der rechten die Zeichen der vorausgegangenen Insulte.“¹⁾ Die schädlichen Wirkungen dieser Insulte können sich durch directe oder indirecte Fortpflanzung der Gewalt auf alle Theile sowohl des äusseren, des mittleren, als auch des inneren Ohres in mannigfacher Weise geltend machen. Den objectiven Befund zu constatiren, zumal wenn nur das äussere, in den allermeisten Fällen, wenn auch das Mittelohr getroffen ist, bietet keine grossen Schwierigkeiten. Schwieriger jedoch gestaltet sich die Diagnose schon bei jenen Verletzungen, welche auch das innere Ohr in

1) Kirchner: Handbuch von Schwartz. Bd. II. S. 5.
Archiv f. Ohrenheilkunde. XLIII. Bd.

Mitleidenschaft gezogen haben, und zwar besonders dann, wenn schon geraume Zeit seither verstrichen ist, und die eventuell zu constatirenden, auf eine Affection des inneren Ohres hinweisenden Symptome, wie Bewusstlosigkeit, Schwindel, Erbrechen, wieder geschwunden sind. Die zurückgebliebene ein- oder beiderseitige Schwerhörigkeit oder gar Taubheit nachzuweisen, ist schon deshalb immer schwieriger, da es ja hierfür keine objective Untersuchungsmethode giebt, und man auf die Angaben und den guten oder bösen Willen der zu Untersuchenden angewiesen ist. Dass daher oftmals sehr unvollkommene Resultate zu erzielen sind, sei es infolge einer unüberwindlichen Indolenz und Unfähigkeit, sei es aus Mangel an gutem Willen von Seiten des auf seine Angaben zu Prüfenden — letzteres wird dem Militärarzte wohl am häufigsten vorkommen —, darf einem also nicht Wunder nehmen.

Wird einseitige Taubheit simulirt, so ist dies oft nicht schwer nachzuweisen, und sind hierfür mannigfache Verfahren angegeben. Moos¹⁾, Schwartze²⁾, Goggin³⁾, Müller⁴⁾, Teuber⁵⁾, Gellé⁶⁾, Gruber⁷⁾ u. a. m. haben derartige Entlarvungsversuche bekannt gemacht. Am Moskauer Congresse ist neuerdings ein „Apparat zur Untersuchung auf simulirte einseitige Taubheit“ von Herrn Stabsarzt Dr. Kalcic demonstrirt worden.⁸⁾ Es ist dies ein transportables Handtelephon, welches seinem Zwecke vollkommen entsprechen kann, wenn beide Untersucher gegenseitig, als auch auf den Apparat geschult sind. Hier sowohl wie bei den früher angeführten Versuchen besteht der Witz der Entlarvung darin, dass durch gleichzeitig gesprochene Worte sowohl in das gesunde wie in das angeblich taube Ohr der Simulant derart ermüdet und schliesslich verwirrt wird, dass er beschämend den Schwindel zugestehen muss. Um dies aber auch in jedem Falle zu erreichen, müssen beide Sprecher möglichst ähnliche Stimmen haben, gleichzeitig im Tacte und gleichstark sprechen. Aehnliche Stimmen sind deshalb erforderlich,

1) Ein einfaches Verfahren zur Diagnose einseitig simulirter Taubheit. A. f. A. u. O. Bd. I.

2) Die chirurgischen Krankheiten des Ohres.

3) Eine neue Prüfungsmethode auf simulirte einseitige Taubheit. Z. f. O. Bd. VIII.

4) Berliner klin. Wochenschrift. 1869. Nr. 15.

5) Ebenda. Nr. 9.

6) Gaz. méd. de Paris 1877. Nr. 8.

7) Zur Hörprüfung. M. f. O. 1885. Nr. 2.

8) Wiener med. Wochenschrift. Nr. 42. 1897.

weil sich der angeblich Taube nur zu leicht den Stimmenklang des in das angeblich taube Ohr Sprechenden merken kann, und es ihm so leicht möglich ist, dieses Ohr auszuschalten, ihn zu überhören.

Bei den unzähligen und manchmal recht mühevollen Hörprüfungen auf der hiesigen Ohrenabtheilung kam ich nun in solchen Fällen auf einen kleinen, ich glaube, Vortheil, welcher sich mir bis jetzt fast immer bewährte und nur selten im Stiche liess. Der Vortheil der Einfachheit und Billigkeit zu mindest lässt sich nicht leugnen. Aufmerksam auf diese Methode machte mich Herr Stabsarzt Dr. Spiegel, welcher oftmals meinen Hörprüfungen beiwohnte und manchmal mein vergebliches Bemühen, einen offenbaren Schwindler zu ertappen, mit ansah. Der Vorgang ist folgender:

Zuerst wird die Hörschärfe des gesunden Ohres geprüft. Sodann steckt man, ohne dass es der Untersuchte wahrnimmt, ähnlich einem Ohrtrichter ein ca. 2 Cm. langes Stück eines Kautschukschlauches, dessen Weite entsprechen muss der des äusseren Gehörganges, möglichst tief in diesen, und zwar auf der gesunden Seite. Der Untersucher verdeckt nun mit der einen Hand die Augen des zu Untersuchenden, mit einer Fingerkuppe der anderen Hand spielt er mit dem freien Ende des Kautschukschlauches, und zwar derart, dass während der nun vorzunehmenden Hörprüfung das Lumen desselben bald geöffnet, bald geschlossen ist. Die Flüsterzahlen oder -Worte werden von einer beliebigen anderen Person gesprochen, welche, besonders wenn es sich um angebliche Schwerhörigkeit handelt, oftmals und unmerklich¹⁾ die Entfernung vom angeblich kranken Ohre wechselt. Der Kautschukschlauch erzeugt das Gefühl des vollkommenen Verschlusses²⁾; spielt die Fingerkuppe geschickt, und hierzu bedarf es keiner Kunst, so ist es selbst sehr vorsichtigen Leuten unmöglich, ihre angebliche Schwerhörigkeit oder gar Taubheit beizubehalten. Die Simulation der letzteren ist erwiesen, wenn am angeblich tauben Ohre bei offenem Kautschukschlauche nichts gehört wird. Wie erwähnt, hat mich diese Art der Untersuchung noch selten im Stiche gelassen; den Vortheil der Einfachheit hat sie sicherlich.

1) Durch Gummisohlen oder einfacher durch Galoschen ist dies leicht zu erreichen.

2) Der Kautschukschlauch muss eng passen und kann zu diesem Zwecke auch eingefettet werden.

Bedeutend schwieriger ist jedoch der Nachweis simulirter bilateraler Taubheit. Hier lässt eine oft angewandte Güte oder Strenge im Stiche und hilft nur List; doch auch diese führt häufig genug nicht zum Ziele. Zeigt der angeblich Taube einen festen Willen, so ist jedes Bemühen ausgeschlossen. In derartigen Fällen ist es dann sicherlich vortheilhafter und zugleich weniger verantwortlich, wenn der Mann vom Militärdienste zeitlich befreit wird, jedoch im Civile unter Controle bleibt. So kann es eben dann wiederum nicht vorkommen, dass Jemand als Simulant grosser Schwerhörigkeit oder Taubheit erklärt und verurtheilt wird, welcher in der That, wenn auch auf nicht allzu häufige Weise, sein Gehör verloren hat. „Unrecht thun, thut weh“, sagt ja ein altes Sprichwort.

Bekannte Thatsache ist, dass directe Schädeltraumen, selbst wenn keine Verletzungen des knöchernen Gerüstes, auch keine der umgebenden Weichtheile nachzuweisen sind, alle Grade der Gehörstörungen bis zur vollständigen Taubheit verursachen können. Für jene Fälle nun, für welche eine Labyrinthblutung als anatomische Grundlage hierfür anzunehmen ist, hat man auch eine vollauf befriedigende Erklärung, nicht so aber für die reinen Commotionen des Labyrinthes ohne anatomische Läsion. Dass letztere, ähnlich der *Commotio cerebri*, vorkommen, ist nicht von der Hand zu weisen. „Die Unterscheidungsmerkmale zwischen Blutung und einer Commotion sind in vieler Hinsicht anfechtbar. Plausibel wäre die Diagnose der Blutung am ehesten dort, wo es sich nicht um eine gleichmässige Perception, sondern um beschränkte Ausfallserscheinungen handelt.“ Gleichgewichtsstörungen, besonders aber lang anhaltender Schwindel machen die Annahme einer Blutung sehr wahrscheinlich.

Während also die Labyrinthblutung nachzuweisende anatomische Läsionen hinterlässt, werden bei der Commotion „moleculare Veränderungen der nervösen Formbestandtheile“²⁾ oder „plötzliche Lageveränderungen des Nervenendapparates infolge der Erschütterung der Labyrinthflüssigkeit“³⁾ angenommen. Welche von den beiden Anschauungen Berechtigung hat, werden künftige Untersuchungen zeigen. Bei der Labyrinthblutung ganz sicher, wahrscheinlich auch bei der reinen Commotion sind materielle Veränderungen die Ur-

1) Brieger: Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde, Wiesbaden.

2) Schwartz: Die chirurg. Krankheiten des Ohres.

3) Politzer: Lehrbuch. II. Aufl.

sache der Gehörstörung; es müssen aber auch als Folgezustände directer Schädeltraumen ohne nachzuweisende grobe Verletzung rein functionelle Störungen, als Theilerscheinung der traumatischen Neurose, angenommen werden. Bis in die neueste Zeit findet man über diesen Gegenstand [sowohl in den Lehrbüchern der Neuropathologie wie der Otologie entweder gar nichts oder nur ganz kurze Andeutungen. Erst Gradenigo ¹⁾ und Brieger (l. c.) bringen ausführlichere Arbeiten hierüber; namentlich behandelt ersterer eingehend denselben, und findet man daselbst auch die ganze diesbezügliche Literatur angegeben. Er sammelte alle hierher gehörigen, bisher bekannten Beobachtungen und fand, „dass unter 73 Fällen von männlicher oder weiblicher Hysterie oder von Hystero-Traumatismus bei 32 (43,8 Proc.) Störungen der Gehörsensibilität angegeben werden.“

Die auf Traumen folgenden Taubheiten, welche keine materiellen Veränderungen, Labyrinthblutung oder Commotion, als Ursache haben, kann man nach Gradenigo in 2 Abtheilungen unterbringen:

a) diejenigen, welche, wie bei Hysterie, eines der Symptome der sensitiv-sensoriellen Anästhesie ausmachen;

b) diejenigen, welche im Krankheitsbilde das hauptsächlichste, bisweilen einzige Phänomen der Hysterie darstellen und an specielle Zustände des Traumas und des Ohres gebunden sind.

Aus dieser Eintheilung ist zu entnehmen, dass sie die Ansicht Charcot's, welcher die traumatische Neurose der Hysterie analog betrachtet (Hystero-Traumatismus), als Grundlage hat.

In Hinblick auf die später zu erwähnende Beobachtung kommen hier nur die Fälle zur Betrachtung, welche Taubheit als das einzige Symptom der traumatischen Neurose constatiren lassen.

Itard ²⁾ berichtet von einem Kranken, welcher 8 Tage nach einer leichten Verwundung am rechten Ohre vollständig taub geworden.

Urbantschitsch ³⁾ beobachtete beiderseitige vollständige Taubheit nach einem schwach geführten Schlag mit einem Löffel auf das rechte Stirnbein bei einem 9 Jahre alten Knaben.

1) Handbuch v. Schwartz. Bd. I. S. 498; Haug's klinische Vorträge. Bd. I. 13. Heft.

2) Traité 1821.

3) Dieses Archiv. Bd. XVI. S. 183.

Politzer¹⁾ beobachtete ebenfalls vollständige Taubheit nach einem Stoss auf den Kopf; langsam wiederkehrendes Gehör, bis am 23. Tage dasselbe unter starkem Schwindelanfall und dem Eindrücke einer starken Erschütterung ganz wiederkehrte.

Délie²⁾ erzählt von einem Kranken, welcher nach einem Schlag auf's Hinterhaupt sofort nicht sprechen konnte und vollständig taub war (*complètement sourd*). Kein Kopfschmerz, kein Schwindel, kein Erbrechen und keine subjectiven Empfindungen im Ohre (*la logoplégie est manifeste*). Nach 8 Tagen Besserung des Gehöres, jedoch nicht der Sprache; nach 2 Monaten Sturz ins Wasser, worauf Sprache und Gehör vollkommen wiederkehrten.

Hierher gehören auch noch die Fälle von Badel³⁾, Roosa⁴⁾ und Gradenigo⁵⁾.

Ausser den hier angeführten Beobachtungen wird es wohl nicht so leicht möglich sein, noch eine grosse Anzahl hierhergehöriger zu finden, d. h. solcher, bei denen Taubheit sich als das einzige Symptom des Hystero-Traumatismus manifestirt. Dies sowohl wie auch der Umstand, dass über die Bedeutung des Traumas bei den traumatischen Neurosen heute noch verschiedene Ansichten herrschen, rechtfertigt die Bekanntgabe eines neuen, hierher gehörigen Falles, welcher durch 5 Monate in ununterbrochener Beobachtung stand und begutachtet werden musste. Es war ein Untersuchungshäftling, welcher bereits zweimal wegen Simulation von grosser Schwerhörigkeit abgestraft worden war und nun abermals eben deshalb in Untersuchung stand. Aus den Acten war kurz folgendes zu entnehmen:

Dragoner S. erhielt Anfangs December 1894 eine Ohrfeige auf das linke Ohr. Er machte hiervon keine Anzeige und wurde erst 8 Tage später ins zugehörige Spital abgegeben, als seine Schwerhörigkeit bei der Escadron auffiel. Im Spital wurde eine Ruptur des linken Trommelfelles constatirt, und ein Causalnexus zwischen dieser und der Ohrfeige zugegeben. „Die Hörprüfung ergab eine Herabsetzung der Hörschärfe, welche jedoch wegen der stark subjectiven Färbung der Angaben nicht genau controlirbar ist.“ S. wurde gegen Ende Januar „vollkommen geheilt“ zur Truppe geschickt, jedoch ganz kurze Zeit hernach, Mitte Februar, wegen „angeblicher Schwerhörigkeit“ wiederum dem Spital übergeben. So wechselte sein Aufenthalt zwischen Spital und Escadron, bis er endlich „wegen hartnäckiger Simulation von Taubheit“ zu 6 Monaten Arrest verurtheilt wurde. Die Beobachtungen während dieser ganzen Zeit ergaben, dass S. im Verkehrston gesprochene

1) Lehrbuch 1887. S. 256.

2) Observations cliniques: Revue mens. de Laryngologie 1886. S. 556.

3) Archiv. d'ophtalmol. 1888. p. 385.

4) A. f. A. u. O. Bd. IX. S. 337.

5) l. c. S. 32.

Worte manchmal „ganz gut“ hörte, manchmal wieder nur bei heftigem Anschreien oder gar nicht; ferner, dass er mit seiner Familie sprach und „ganz gut“ hörte. Eine Ueberraschung des Mannes im Schlafe war auch nicht möglich, da er sich immer wie leblos stellte und, ohne eine Miene zu verziehen, sich im Bette hin und her wälzen liess. Objectiv konnte ausser einer Einziehung des Trommelfelles nichts nachgewiesen werden. Die Hörprüfungen blieben resultatlos, da er auf alle Fragen schwieg. Ein ärztliches Gutachten spricht sich schliesslich dahin aus: „Man kann mit Gewissheit annehmen, dass die angebliche Taubheit des Mannes thatsächlich nicht besteht, sondern fingirt ist.“

Die sechsmonatliche Arreststrafe änderte in seinem Benehmen nichts; er blieb bei seiner Angabe, dass er seine Schwerhörigkeit nicht simulire. Die ununterbrochene, unauffällige Beobachtung konnte auch keine Resultate auf die Unrichtigkeit seiner Angaben ergeben. Es wurde neuerdings die Strafanzeige wider ihn veranlasst. Die in der neuerlichen Untersuchung eidlich einvernommenen Zeugen gaben übereinstimmend an, dass S. seit seinem Wiedereintrücken zur Escadron nach Abbüßung der sechsmonatlichen Arreststrafe auf eine Ansprache nur dann reagirte, wenn ihm ins rechte Ohr geschrien wurde. Auf Grund dieser und der in der 1. Untersuchung zu Tage getretenen Facten wurde er neuerdings zu 9 Monaten strengem Garnisons-Arrest verurtheilt. Vor Bestätigung der Strafe wurde jedoch S. zufolge Verordnung des k. u. k. Militär-Obergerichtes zur „neuerlichen ärztlichen Beobachtung und Abgabe eines Gutachtens über die angebliche Schwerhörigkeit des Untersuchten im gegenwärtigen Zeitpunkte“ dem Spitale übergeben. Von diesem Spitale wurde dessen Abgabe in das hiesige Garnisons-Spital zur specialärztlichen Untersuchung beantragt und auch bewilligt. S. stand durch 5 Monate im hiesigen Spitale in Beobachtung. Der Befund war folgender:

Rechtes Ohr: Gehörgang mittelweit, Trommelfell atrophisch, eingezogen, durchscheinend, Lichtkegel an der Basis verbreitert, unregelmässig; Randknickung; seichtes Grübchen in der Membrana flaccida.

Linkes Ohr: Trommelfell durchscheinend, eingezogen, Lichtkegel nur an der Spitze.

Nase: Unterer Nasengang rechts weit, die Schleimhaut der unteren Muschel leicht geschwollen, mit eingetrocknetem, grünlichem Secrete bedeckt. Am Rachendach flache Granula mit schleimigem Eiter bedeckt.

Bei den oftmals vorgenommenen Hörprüfungen war das Resultat sowohl in Bezug auf Flüster- wie laute Stimme beiderseits immer ein vollkommen negatives. Sehr laute Stimme wurde am rechten Ohre noch percipirt, jedoch nur aus unmittelbarer Nähe. Die Uhr wurde beiderseits weder in Luft-, noch Knochenleitung gehört. Prüfung mittelst der ganzen Reihe der Stimmgabeltöne, auch Harmonika, ergaben beiderseits ein negatives Resultat. Alle auf Hörprüfungen bezüglichen Fragen wurden dahin beantwortet: „Am linken Ohre höre ich gar nichts, am rechten ein Bissel“, oder „ich höre nichts“. An die Tafel geschriebene Fragen beantwortet derselbe nur ungern und mit etwas stotternder Sprache, oder er hüllt sich in beharrliches Schweigen. Die fortgesetzte unauffällige Beobachtung während der ganzen Zeit sowohl von Seiten der Aerzte und des Wartepersonales als auch von Seiten seiner Zimmergenossen ergaben kein anderes Resultat, als dass S. nur dann auf Fragen reagirte, wenn ihm diese mit schreiender Stimme in das rechte Ohr gesprochen wurden. Auch Versuche, ihn des Nachts mittelst Anfangs leiser und immer lauterer Stimme aus dem Schlafe zu wecken, blieben erfolglos. Er reagirte auch nicht darauf, dass seinem Wärter vor ihm gesagt wurde, „S. werde morgen operirt und darf daher kein Frühstück bekommen.“ Wiederholte Ermahnungen und auch angedrohte Strafen änderten an diesem seinem Verhalten während der ganzen Beobachtungsdauer nichts. Fieberbewegungen, Kopfschmerz, Schwindel, schwankender Gang oder Erbrechen wurden nie beobachtet und wurden auch nicht unangenehme subjective Gehörsempfindungen geklagt. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes ergab eine concentrische Einengung desselben; ob sonst eine Störung der Sensibilität vorhanden war, war nicht zu eruiiren.

In Bezug auf die Verordnung: Abgabe eines Gutachtens über die an-

gebliche Schwerhörigkeit im gegenwärtigen Zeitpunkte wurde nun folgendes Gutachten abgegeben:

Die von dem Untersuchten wahrgenommenen Erscheinungen sind in 2 Reihen zu theilen:

A) in die 1. Reihe, enthaltend jene Symptome, welche durch das Auge des Untersuchenden allein, also unabhängig von der Mitwirkung des Untersuchten, constatirt wurden und

B) in die 2. Reihe, enthaltend jene Symptome, welche nur unter Mitwirkung des Untersuchten zu erheben waren (Angaben über die Gehörempfindung bei den Hörprüfungen).

ad A) Aus dem Befunde geht hervor, dass

a) ein chronischer Nasenrachenkatarrh besteht. Dieses Leiden besteht seit Jahren, aller Wahrscheinlichkeit nach seit Kindheit (Granula am Rachen-dach). Durch Fortleitung des Katarrhs durch die Tuben ist es

b) zu einem beiderseitigen chronischen Mittelohrkatarrh gekommen (Atrophie und Einziehung beider Trommelfelle).

Auch dieser Mittelohrkatarrh besteht jedenfalls seit längerer Zeit, hat aller Wahrscheinlichkeit nach schon vor der im December 1894 erlittenen Ohrfeige bestanden, und waren die dadurch hervorgerufenen Veränderungen des Trommelfelles (leichtere Zerreibbarkeit infolge Schwund) geeignet, auch infolge einer minder wuchtigen Ohrfeige schon einen Trommelfellriss zu ermöglichen.

Die sub a und b angegebenen Krankheitszustände sind jedoch nur in einem solchen Grade vorhanden, dass durch dieselben allein erst eine Herabsetzung des Hörvermögens beider Ohren in geringem Grade bewirkt werden kann und aller Wahrscheinlichkeit nach bewirkt wird, eine Taubheit des linken und eine hochgradige Schwerhörigkeit des rechten Ohres jedoch sind durch diese objectiv constatirten krankhaften Veränderungen nicht zu erklären.

ad B) Hier kommt zunächst die Frage in Betracht: Können die bei den Hörprüfungen gemachten Angaben des Untersuchten auf Wahrheit beruhen?

Seit der Abbüßung seiner sechsmonatlichen Arreststrafe konnte der Untersuchte weder während der Dienstleistung bei der Escadron, noch während seiner Beobachtung in den Spitälern, im Ganzen während eines Zeitraumes von 10 Monaten, jemals ertappt werden, dass er besser gehört hätte, als er selbst bei den Hörprüfungen und sonst zugab.

Von wissenschaftlichem Standpunkte aus kann die Unrichtigkeit seiner Angaben nicht bewiesen werden; denn wenn auch die Taubheit des linken und hochgradige Schwerhörigkeit des rechten Ohres durch den Spiegelbefund nicht zu erklären ist, kann dieselbe auf eine tiefer liegende Affection zurückgeführt werden.

Labyrinthaffectionen kommen hierbei wohl nicht in Betracht, da die sie begleitenden Nebenerscheinungen: Kopfschmerz, Schwindel, taumelnder Gang, Uebelkeit, Erbrechen, subjective unangenehme Gehörempfindungen an dem Untersuchten weder vor seiner Abgabe hierher noch hierorts beobachtet wurden.

Dagegen sind die tiefer liegenden krankhaften Affectionen des Gehörnerven, bezw. des im Gehirne liegenden Centralorganes für das Hörvermögen — insbesondere eine Neurose des Gehirnnerven — geeignet, die Resultate der Hörprüfungen wissenschaftlich zu erklären. Das Hörvermögen ist dabei nicht selten graduellen Schwankungen unterworfen, und es sind auch zeitliche und dauernde Heilungen solcher Neurosen beobachtet worden. Zumeist pflegen solche Neurosen bei Personen aufzutreten, welche auch anderweitige functionelle Nervenstörungen — hysterische Erscheinungen — zeigen. Zu bemerken ist, dass bei derartig belasteten Individuen oft selbst geringgradige Veränderungen des äusseren und mittleren Ohres zu solchen schweren und hartnäckigen Neurosen Anlass geben. Es kann demnach vom wissenschaftlichen Standpunkte die Gesamtheit der beobachteten abnormen Erscheinungen als chronischer Nasen-, Rachen-, Tuben- und Mittelohrkatarrh beiderseits, dann als Hörnerven-neurose mit

Taubheit links und Herabsetzung der Hörweite für laute Sprache auf unmittelbare Nähe rechts bezeichnet werden.

Die weitere in Betracht kommende Frage lautet: Ist Simulation bewiesen oder ausgeschlossen?

Nach den in der Anamnese angeführter Daten wurde S. in der Zeit von Anfang Januar 1895 bis ungefähr Ende April 1895 wiederholt der Simulation überwiesen.

Die Untersuchung hat keine objectiven — ohne Hinzuthun S.'s entstandenen — Beobachtungen ergeben, welche die Taubheit der linken und hochgradige Schwerhörigkeit des rechten Ohres nothwendig folgern lassen würden.

S. hat sich wiederholt bei den vorgenommenen Untersuchungen hier und auch im früheren Spitale hochgradig widerwillig, stützig und widerspenstig gezeigt, und seine Art, immer dieselben Antworten zu geben oder Antworten überhaupt zu verweigern, muss sehr den Verdacht wecken, dass er zielbewusst die Gelegenheiten meide, sich auf einem Widerspruche ertappen zu lassen.

So schwer jedoch diese Verdachtsgründe wiegen mögen, um subjective Meinungen über Simulation zu begründen, sind sie doch nicht geeignet, die Simulation als wirklich vorhanden zu beweisen. Ferner muss der Mann, weil er vor ca. 1½ Jahren simulirte, nicht auch dermalen simuliren; seit 31. April 1895 ist er ja trotz vielfältiger langer Beobachtung einer Simulation nicht mehr überführt worden. Es wurde auch schon angeführt, dass sich seine Angaben über das Hörvermögen mit den wissenschaftlichen Erfahrungen nicht in Widerspruch setzen, dass selbst seine frühere Simulation mit einem wissenschaftlich als Acusticusneurose zu bezeichnenden Krankheitszustande in plausible Verbindung gebracht werden kann¹⁾.

Organische Veränderungen am Gehörorgane waren also hier zu Anfang schon nachzuweisen, functionelle Störungen als Folge des Traumas sind unstreitig ebenfalls hier. Nun entsteht die Frage: Hat sich das Bild der traumatischen Neurose auf dem Boden der materiellen Veränderung entwickelt oder ist es rein?

Ich neige in dem eben beschriebenen Falle zur letzteren Anschauung. Es wurden niemals Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Erbrechen oder subjective Gehörsempfindungen, also Veränderungen, welche auf eine organische Veränderung des Labyrinthes schliessen liessen, geklagt. Die Taubheit, resp. Schwerhörigkeit trat nicht sofort nach der Verletzung auf, sondern erst nach einiger Zeit (psychische Incubation). Die Annahme von Möbius, welcher sich auch Gradenigo anschliesst, dass bei der Hysterie Schwindelanfälle fehlen, als einziges Kriterium für die differentielle Diagnose zwischen materieller Veränderung und functioneller Störung aufzustellen, ist sicherlich gewagt. Wenn dies auch für ein einzelnes Symptom, wie Schwindel, Gleichgewichtsstörungen²⁾ zugegeben werden muss, so kann doch

1) Vorgeschichte und Begutachtung wurden ausführlicher mitgetheilt, um auch fremder Beurtheilung zugänglich zu sein.

2) Kretschmann hält dies ausschlaggebend für eine Labyrinthblutung. Dieses Archiv. Bd. XXIII.

ein Gleiches sicherlich nicht behauptet werden, wenn ein ganzer Symptomencomplex nachzuweisen ist.

Dass sich durch organische Labyrinthläsion allmählich ein Allgemeinzustand ausbilden kann, der vollständig dem Bilde der traumatischen Hysterie entspricht, beweist Brieger durch ein Beispiel (l. c.):

Nach einer Kopfverletzung tritt Bewusstlosigkeit und rechtsseitige Ohrblutung ein. Nach Wiederkehr des Bewusstseins doppelseitige Schwerhörigkeit, beiderseits aufgehobene Knochenleitung; rechtsseitige traumatische Trommelfellruptur. Es bestand rechts bleibende hochgradige Schwerhörigkeit, ausserdem häufige Schwindelanfälle; links trat nach etwa 14 Tagen erhebliche Besserung ein. Man darf annehmen, dass das Trauma links eine Commotion, rechts eine ausgedehntere Hämorrhagie zur Folge gehabt hat. Nach einem halben Jahre findet sich derselbe locale Befund; daneben tiefe gemüthliche Depression, hypochondrische Vorstellungen, objectiv beiderseits concentrische Gesichtsfeldeinengung — kurz, das typische Bild der traumatischen Neurose.