

## XVII.

## Ueber Rippenbrüche bei Geisteskranken.

Von

Dr. Laudahn,

zweitem Arzte der provincialständischen Irrenanstalt zu Göttingen.

~~~~~

Seitdem in den Berichteten über die englischen Irrenanstalten der bei Geisteskranken häufigen Rippenbrüche Erwähnung geschehen, schien als feststehend angenommen zu werden, dass ein Rippenbruch nur durch directe Gewalt entstände. Nachdem von Herrn Professor L. Meyer in Virchow's Archiv 52. Bd. 3. Heft. S. 441 ein Fall mitgetheilt worden, in welchem bei der Section eine Brüchigkeit der Rippen ohne Anwendung erheblicher Kraft sich constatiren liess, ist diesem Gegenstande fernerhin Aufmerksamkeit gewidmet und konnte von 23 zur Section gekommenen Fällen 8 Mal eine Brüchigkeit der Rippen constatirt werden. Diese 8 Fälle vertheilten sich auf 2 Paralytiker, von resp. 38 und 49 Jahren, 2 Melancholiker (1 Frau von 48 Jahren, 1 Mann von 52 Jahren), 4 Blödsinnige (1 Mann von 61 Jahren, 3 Frauen von resp. 60, 64 und 69 Jahren). In den psychiatrischen Notizen über England, von Dr. J. B. Ullersperger in München, mitgetheilt im 28. Bde. der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie wird S. 208 angeführt: „Es hat sich wiederholt herausgestellt, dass Cacochymieen und Cachexieen und in Folge deren schlechte Nutrition der Knochen, sich in Erweichung und Zerbrechlichkeit kund gebend, bei Irren herausgestellt hat.“ Die Ausdehnung in welcher im nachstehenden Falle eine Lösung der Rippenknorpel eintrat, seine interessanten Begleiterscheinungen, lassen ihn als eine Art Unicum nach dieser Richtung erscheinen und rechtfertigen die Veröffentlichung unserer Beobachtung, obwohl ihr der Abschluss durch die Autopsie mangelt.

A. K., 28 Jahr alt, klein und schwächlich, von gelblicher Hautfarbe; der Körper etwas nach Rechts geneigt, im Brusttheile der Wirbelsäule eine Scoliose nach Links, im Hals- und Lumbatheil compensatorische Krümmungen. Wegen bedeutender maniakalischer Erregung, deren erste Spuren am 20. Septbr. sich zeigten, wurde er am 25. October 1870 in die Anstalt aufgenommen; es trat bald eine Beruhigung ein, die vom 24. November bis zum 25. December 1870 andauerte. Am 26. Decbr. klagt Patient über Uebelkeit, erscheint erregt, bellt wie ein Hund, schreit, singt, beruhigt sich Abends und schläft bis 4 Uhr Morgens, zu welcher Zeit er plötzlich zu lärmern beginnt. Die folgenden Tage verlaufen unter bedeutender Erregung, rasch wechselnder Stimmung, aggressiver Haltung gegen Kranke und Wärter, den mannigfaltigsten Illusionen und Hallucinationen; die Nächte werden schlaflos verbracht.

5. Januar 1871: Weigerung, Nahrung zu nehmen, weil Gift in den Speisen sei; Patient schlägt sich viel gegen die Brust.
6. Januar: Patient ist febril; die Auscultation — bei der fortwährenden Beweglichkeit des Kranken nur mühsam ausführbar — ergiebt an der hinteren Thoraxfläche im unteren rechten Lungenlappen bronchiales Athmen.
10. Januar: Das Fieber hat ganz aufgehört; feuchte Rasselgeräusche; Patient springt und schreit wieder wie früher.
14. Januar: Seit einigen Tagen ist die Haut an der rechten Brustwarze erysipelatös geröthet.
18. Januar: Die Röthung hat nachgelassen, dagegen ist starke Schwellung eingetreten, welche hauptsächlich in der Regio mammillaris medianwärts sich entwickelt und fast bis zum linken Sternalrande hinüberreicht, uneben und derb sich anfühlt. Keine Dyspnoe. Patient schmiert, hat mehrere Furunkel am rechten Oberschenkel.
22. Januar: Die Geschwulst fluctuirt, doch fühlt man über dem Sternum und an der unteren Peripherie einen scharf ansteigenden harten Rand, dessen Oberfläche uneben. An der tiefst gelegenen fluctuirenden Stelle wird von Unten und Innen nach Oben und Aussen ein Einstich mittelst probatorischen Troikars gemacht, durch den eine bedeutende Menge leicht blutig tingirten Eiters, mit wenig Blutgerinnseln ausfliesst.
25. Januar: Die Geschwulst wieder dieselbe, fühlt sich prall an, es fliesst bei Lösung des Schorfes der am 22. gemachten Einstichsöffnung eine grosse Quantität ähnlich gefärbten Eiters heraus.
29. Januar: Die Geschwulst hat sich wieder gebildet, aber bei Weitem nicht so stark wie früher; der herausgelassene Eiter ist frei von Blut.
31. Januar: Es sickert noch immer etwas Eiter aus der Oeffnung.
2. und 3. Februar: Patient springt viel umher, schläft Nachts nicht.
5. Februar: Patient sieht sehr abgemagert aus, isst aber gut.
6. Februar: Es hat sich am unteren Rande des Pect. maj., nahe der Axillarlinie, eine stärkere Schwellung ausgebildet, die stark fluctuirt. Bei Einstich mit dem Troikar fliesst etwas Eiter mit vielen Blutgerinnseln vermischt, aus, die schliesslich die Canäle verstopfen. Auch aus der früher gemachten Oeffnung fliesst Blut heraus.

8. Februar: Die Geschwulst hat wieder zugenommen, Nachmittags wird wegen Blutung aus der medialen Oeffnung ein Compressivverband angelegt.
10. Februar: Der Kleisterverband, stark mit Blut durchtränkt, wird abgenommen, aus der medialen Oeffnung strömt viel Blut heraus. Durch Watte mit Ferr. sesquichlorat die Blutung gestillt. Patient reisst den Verband ab, der mehrmals erneuert werden muss. Die fluctuirende Geschwulst reicht fast bis zum linken Sternalrande.
11. Februar: Auch aus der lateralen Oeffnung Blutung, mit Ferr. sesquichlorat. verbunden, der Verband muss mehrfach erneuert werden. Puls 160, Respiration 32—36 in der Minute. Abends röchelt Patient stark.
12. Februar: Neue Blutungen durch erneuten Verband beseitigt. Beim Husten stürzt dem Patienten Blut aus Mund und Nase. Wenn auf eine bestimmte Stelle der Geschwulst (lateralwärts vom rechten Sternalrande) mit flacher Hand ein leichter Druck ausgeübt wird, entsteht Athemnoth und dringt hellrothes, schaumiges, sowie missfarbiges, aber nicht übel riechendes Blut aus Mund und Nase. — Der Appetit sehr gut.
13. Februar: Aus der medialen Oeffnung kommt Eiter und zersetztes Blut, eine ähnliche Mischung wird ausgespien. Nachmittags ist die Geschwulst fast völlig zusammengefallen. Beim Einathmen zeigt sich eine Vertiefung im 2. Intercostalraum. Bei manueller Untersuchung fühlt man eine Lösung der 2. Rippe von ihrem Knorpel, das mediale Ende der Rippe ist nach Innen gebogen. — An der medialen Seite der 1. Phalanx des rechten Daumens wird eine fluctuirende Geschwulst von der Grösse einer kleinen Wallnuss geöffnet.
14. Februar: Das rechte Bein kann nicht gestreckt werden; Erguss im rechten Knie, das sehr schmerzhaft. Ord. kalte Umschläge. Eine Entzündung entwickelt sich auch am rechten Handgelenke.
15. Februar: Noch immer eiteriger mit zersetztem Blut gemischter Auswurf, nicht übel riechend. Nachmittags bricht medianwärts von der lateralen Oeffnung am Thorax der Eiter in ziemlicher Quantität durch. Die Geschwulst ist ganz zusammengefallen.
16. Februar: Appetit noch immer sehr gut. Patient ist fortwährend sehr unruhig, schreit und schwatzt sehr viel. Knie, heiss anzufühlen, wird mit Jodtinctur bepinselt.
20. Februar: Jodtinctur wegen Blasenbildung ausgesetzt. Die fluctuirende Geschwulst am rechten Handgelenke geöffnet. Der Auswurf weniger copiös.
23. Februar: Patient wird ruhiger, schläft mehr bei Nacht und am Tage. Der Appetit vortrefflich.
5. März: Schwellung an der Concha beider Ohren, besonders stark links. Patient ist sehr unruhig, schwatzt, singt; schläft wenig, nur zuweilen Nachmittags einige Stunden. Appetit vorzüglich.
15. März: Zustand unverändert.
25. März: Schwellung am Knie gänzlich geschwunden. Patient steht Nachts auf und läuft im Zimmer umher.

3. April: Patient noch immer sehr unruhig, schreit und schwatzt fast beständig; nur zuweilen etwas Husten. Der Hautsack an der rechten Thoraxhälfte fortwährend durch Luft stark ausgedehnt. — Appetit vorzüglich.
7. April: Emphysem der Haut über der ganzen rechten Thoraxhälfte und die rechte Schulter.
8. April: Das Hautemphysem reicht bereits bis zur Mitte des rechten Vorderarms und auf dem Rücken herab, auch über das Sternum hinweg.
11. April: Das Hautemphysem hat bedeutend abgenommen und ist am
15. April ganz verschwunden. Man erkennt bei der Untersuchung, dass auch die Knorpel der 3.—6. Rippe sich gelöst haben.
- Bis zum 4. Mai bleibt der Zustand unverändert; geringer Husten. Unter der Mamma fühlt man noch geringe Luftansammlung.
20. Mai: Patient verlässt das Bett.
27. Mai: Patient klagt zuweilen über Schmerz rechts am vordern Rande der falschen Rippen. Die 3—6 medialen Rippenenden haben mit dem Knorpel wieder sich vereinigt, eine hervorragende Schwellung an der Verbindungsstelle ist nicht zu fühlen. Eine Vereinigung der 2. Rippe mit dem Knorpel hat nicht stattgefunden, das Rippenende steht noch etwas nach Innen. Die Haut hat sich wieder fest angelegt. Eine starke narbige Einziehung und Verwachsung mit der Rippe ist an der Durchbruchsstelle vom 15. Februar eingetreten, während die mediale und laterale Einstichsöffnung einfach vernarbt sind. Der Percussionston ist von der Mitte der rechten Scapula abwärts gedämpft, das Athmungsgeräusch indess überall vesiculär.
- Das Haar, von der Stirn bis zur Scheitelhöhe ausgefallen, ersetzt sich reichlich.
- 

Wie schon oben bemerkt, wurde Athemnoth nicht beobachtet; der Thorax erschien nicht weiter, seitlich nicht breiter, auch nach vorne und hinten nicht hervorgewölbt; die Rippen waren nicht von einander entfernt, die Intercostalräume nicht verstrichen oder selbst wulstförmig hervorgetrieben; das Herz und die Leber nicht verdrängt.

Für eine Lösung der 2. Rippe durch eine directe Gewalt würden vielleicht die copiosen Blutungen sprechen, welche in ihrem Beginne auf eine Verletzung der Mammaria interna hinzudeuten schienen und zu der Erörterung führten, ob ein operativer Eingriff indicirt sei, von dem aber nach den Erscheinungen vom 12. und 13. Februar Abstand genommen wurde. Es bliebe dann aber unerklärt, weshalb die Blutungen in der Zeit vom 18. Januar — 6. Februar nicht und erst am letzteren Tage auftraten. Wäre die Lösung der 2. Rippe durch directe Gewalt entstanden und hätte sie secundär zu einer Pleuritis mit bedeutendem Exsudate Veranlassung gegeben, so bleibt es immerhin

unerklärt, weshalb ein Durchbruch in die Luftwege, und nicht an der Stelle des jetzigen locus minoris resistentiae, der gelösten 2. Rippe erfolgte.

Wie seitens der Aerzte, trotz minutiöser Nachforschung ein Insult der etwa zu einem Rippenbruche geführt hätte, nicht zu constatiren war, ebensowenig legten die Aeusserungen des Kranken selbst eine derartige Vermuthung nahe; vielmehr wies derselbe später wiederholt, auch als er völlig genesen die Anstalt bereits verlassen hatte, mit Entschiedenheit jeden Verdacht auf etwaige Misshandlungen seitens seiner Wärter zurück.

---