

## XXXV.

# Beiträge zur Kenntniss der Geisteskrankheiten aus Anämie.

Zwölf Krankengeschichten,

mitgetheilt

von

**Dr. Scholz,**

dir. Aizi der Kranken- und Irrenanstalt zu Bremen.

### 1. Fall: Geisteskrankheit nach Lungenentzündung.

Ludwig D., Maurer, 32 Jahr alt, aus Bremen. Aufgenommen in der Irren-Anstalt am 16. September 1868.

Der Kranke, verheirathet, Vater zweier Kinder, in auskömmlichen, gesunden und glücklichen ehelichen Verhältnissen lebend, kein Trinker, ist früher stets gesund gewesen. Erbliche Anlage ist ausgeschlossen. Patient erkrankte am 8. September an einem heftigen Schüttelfrost, dem Hitze folgte. Es stellte sich Schmerz an der rechten Thoraxhälfte, Husten und Auswurf braunrother Sputa ein. Nach ca. fünf Tagen liess Hitze, Schmerz und Auswurf nach, so dass der Kranke etwas aufsitzen konnte. Am 6. Tage der Krankheit bemerkten die Angehörigen zuerst Verworrenheit an dem Patienten und grosse Aufregung, welche sich bald bis zu Wuthausbrüchen steigerte. Er schlug nach seiner Umgebung, zerriss die Kleider etc.

Nach fernerer drei Tagen wird der Kranke der Irrenanstalt zugeführt. Derselbe ist von mittlerer Grösse, gut entwickelter Muskulatur, mässiger Ernährung. Haare blond, Augen blau, Hautfarbe zart und anämisch, Gesichtsausdruck matt und abgespannt, Sprache langsam aber deutlich, Bewegungen wenig energisch. Es finden sich bei der Untersuchung die Reste der ziemlich abgelautenen Lungenentzündung, nämlich rechts unten und hinten bis zur Mitte des Schulterblattes gedämpft-tympanitischer Percussionston und schwaches Athmen, kein Bronchial-Athmen, doch knisternde Rasselgeräusche. Temperatur nicht erhöht, im Gegentheil ergibt die Morgenmessung am 17. nur 36,8° Cels. Puls gleich 72, wenig Husten, guter Appetit, normaler Stuhlgang. — Der Kranke ist ruhig, weiss wo er sich befindet, hat aber keine Erinnerung an die Ereignisse der letzten Tage, macht verworrene Aussagen über

seine Krankheit und die Dauer derselben, giebt an, schwermüthig zu sein. Sonst sind die Antworten richtig und sachgemäss, der Kranke ermüdet aber augenscheinlich leicht bei längerer Unterhaltung und wird alsdann unbesinnlicher und verworrener. Es wird innerlich, um zu roboriren, *Tr. Chinae compos.* gegeben, ferner reichliche, leicht nährnde Diät mit Bier.

Im Verlaufe der nächsten Tage, während deren der Kranke im Bett gehalten wird, und die örtlichen Erscheinungen an der erkrankten Lunge sich wieder ganz normal gestalten, bei gutem Appetit und ausreichendem Schläfe Ernährung und Kräfte sich heben, bessert sich auch der geistige Zustand rasch. Der Kranke wird besinnlicher und erinnert sich nunmehr des Verlaufes seiner Krankheit genau bis zu dem Tage, wo zuerst die Zeichen geistiger Störung sich bemerklich machten. Nur von da ab ist für die nächsten Tage alle Rückerinnerung geschwunden. Namentlich behauptet der Kranke, von den Tobsuchtsanfällen Nichts mehr zu wissen. Die Stimmung, welche bisher ziemlich gedrückt war, wird wieder heiterer, der Kranke verlangt dringend, entlassen zu werden, da er wieder ganz bei sich sei und auch die Kräfte wiedergekehrt seien. — Nach fernerer dreitägiger Beobachtung am 23. Sept. entlassen.

## 2. Fall: Geisteskrankheit nach Lungenentzündung:

Karl B., Buchdrucker, 21 Jahr alt, aus Bremen. Aufgenommen in der Irrenanstalt 7. IV. 1869. Anamnese nur mangelhaft zu erheben. Patient soll früher stets gesund gewesen sein. Erblichkeit ist nicht nachweisbar. Der Kranke, wie berichtet wird, kein Trinker, hat bis vor 3 Tagen gearbeitet, sich alsdann in seinem Logis durch verworrene Reden bemerklich gemacht, hat später grosse Aufregung gezeigt und wurde in Folge dessen der Irren-Anstalt überwiesen.

Der Kranke ist klein, schwächlig, von mässig entwickelter Muskulatur, schwacher Ernährung. Gesichtsausdruck müde, Haltung schlaff, Blick nachdenkend und in sich gekehrt. Antwortet auf die vorgelegten Fragen gar nicht. Die körperliche Untersuchung ergiebt am Thorax matten Percussions-ton rechts oben und vorn, bis zum 3. Intercostalraum abwärts schwaches Bronchialathmen, keine Rasselgeräusche, Zunge locker weissgrau belegt, sonst keine Abnormitäten. Temperatur  $37,0^{\circ}$  Cels. Puls = 76. — Der Kranke liegt einige Stunden, ohne zu sprechen, ruhig zu Bett, isst auch die ihm vorgesetzte Abendsuppe. Nach Dunkelwerden wird er unruhig, sagt, es seien Kinder im Zimmer, welche ihn schlagen wollten und ihm sein Essen genommen hätten. Er springt zu verschiedenen Malen aus dem Bett und läuft mit ängstlichen Mienen und mit den vorgestreckten Händen in der Luft umher tastend, im Zimmer umher. Doch ist er leicht zu beruhigen und ins Bett zurück zu bringen. Er schläft gegen Morgen einige Stunden, zeigt sich bei der Morgenvisite ruhiger, ist jedoch von der Realität der nächtlichen Hallucinationen überzeugt und führt verworrene Reden. — Dieser Zustand abwechselnder Ruhe und Agitation, letztere hauptsächlich des Nachts, durch wenige Stunden Schlafs unterbrochen, dauert drei Tage; die Temperatur ist dabei nie über die Norm erhöht, der Puls ist klein, von normaler Frequenz, Appetit und Verdauung entsprechend normal. — Die krank-

haften psychischen Erscheinungen lassen nunmehr allmählich nach, Hallucinationen des Gesichtssinnes werden nicht mehr beobachtet, Aufregung und Agitation weichen einem ruhigen Verhalten, es stellt sich Schlaf ein, die Verworrenheit und Incohärenz der Ideen macht einem geordneten Gedankengange Platz; der Kranke, bezüglich der Gesichtshallucinationen befragt, giebt als Erklärungsgrund an, er müsse wohl geträumt haben, — kurz die psychische Reconvalescenz geht so rasch vorwärts, dass Patient schon am 8. Tage seines Aufenthalts im Irrenhause als genesen zu betrachten ist. Mittlerweise sind auch die örtlichen Erscheinungen an der erkrankten Lunge, ohne dass Expectoration oder Husten beobachtet worden wäre, bis dahin völlig normalem Verhalten gewichen. Das therapeutische Regime bestand lediglich in roborirender Diät und Darreichung von Tinct. Rhei vinos.

Patient ward am 20. April entlassen.

---

### 3. Fall: Geisteskrankheit nach Lungenentzündung.

Friedrich K., Kutscher, 26 Jahr alt, aus Bremen. Aufgenommen in der Kranken-Anstalt 19. II. 1870.

Der Kranke wird der Krankenanstalt ohne Anamnese mit der Diagnose „Pneumonia und Delirium tremens“ zugeführt. Spätere Recherchen haben zweifellos dargethan, dass Patient kein Trinker ist. Der Kranke ist von grosser starker Natur, kräftig entwickelter Muskulatur, guter Ernährung. Es findet sich Pneumonie der rechten Spitze; Dämpfung und Bronchialathmen oben hinten bis zur Mitte des Schulterblattes, nach vorn bis in die Axillarinie, pneumonische Sputa. Im rechten Hypochondrium eine handtellergrosse Vesicatorwunde. Fieber mässig, Puls voll und frequent. Temperatur erhöht, wegen Unruhe des Kranken nicht gemessen. Keine Pupillendifferenz. Mässiger Tremor.

Der Kranke ist sehr vergnügt, meint, er könne wohl aufstehn und den Wärtern etwas helfen, schwatzt, lacht und singt durcheinander und ist nur schwer im Bett zu halten. Bekommt Abends drei Dosen Chloralhydrat von je 2,0 innerhalb 2 Stunden. Ist Anfangs noch sehr unruhig, spricht mit seinen Pferden und Hunden, ruft dem Wärter zu, er solle aufpassen, es wäre Jemand über seinem Kopfe, der ihn prügeln wolle. Gegen Morgen Schlaf. Am folgenden Tage schläft der Kranke viel und ist ziemlich ruhig. Wird Abends wieder sehr heiter angeregt, ohne jedoch so lärmend wie gestern zu sein, fühlt sich sehr wohl, will aufstehen, mehr essen und erwidert auf die Bemerkung, dass er eine Lungenentzündung habe, lachend: „Hätte ich das gewusst, dann hätte ich mir eine andere Lunge, so eine schöne Kalbslunge mitgebracht.“ — Temperatur = 39° Cels. Puls = 80, mässig voll. Respiration ruhig. Innerlich Senega, — später Abends 2,0 Chloralhydrat. In der darauf folgenden Nacht trat reichliche Schweisskrise ein, Patient hat gut geschlafen, ist aber ausserordentlich matt, so dass er sich kaum allein aufrichten kann. — In den nächsten Tagen noch leichte Verworrenheit, Glauben an die Realität der gehabten Erscheinungen, Zeichen, welche mit zunehmender Reconvalescenz allmählig verschwinden.

Am 10. März gesund entlassen.

---

## 4. Fall: Geisteskrankheit nach Lungenentzündung.

August L., Kutscher, 27 Jahr alt, aus Bremen. Aufgenommen in der Irrenanstalt 6. IV. 1870.

Der Kranke ist vor 2½ Jahren an einer rechtsseitigen chronischen Pneumonie im Krankenhause behandelt worden und wurde vor 2 Jahren von da geheilt entlassen; hat seitdem als Kutscher gedient, soll zwar kein Gewohnheitstrinker, aber doch den Spirituosen nicht abhold gewesen sein. Erblichkeit nicht nachweisbar.

Der Kranke hat vor einigen Tagen angefangen, ein auffallendes Benehmen zu zeigen. Er wurde sehr aufgeregt, lärmend, gerieth in Streit mit seiner Dienstherrschaft, that jedoch noch seinen Dienst. Heut Morgen, nachdem er zuvor in einer Barbierstube sich hatte Schröpfköpfe setzen lassen, sprang er plötzlich in höchster Aufregung von der Hausthür aus auf eine vorbeifahrende Droschke zu, öffnete den Schlag, setzte sich zu den Fahrgästen hinein und war von da nur mit Hilfe der Polizei gewaltsam zu entfernen. Der herbei gerufene Arzt constatirte erhöhte Temperatur, frequenten Puls, Präcordialangst, Verworrenheit, und veranlasste die sofortige Aufnahme in die Irren-Anstalt.

Der Kranke ist von mittlerer Grösse, robuster, untersetzter Natur, vollem blassem Gesicht, stark entwickelter Muskulatur, mässig guter Ernährung. Patient ist äusserst unruhig, versucht sich loszureissen, zertrümmert einige Fensterscheiben des Aufnahmезimmers, bricht in den Schrei aus: „Schlagt ihn todt, den müsst Ihr todt machen“, ist jedoch für begütigendes Zureden nicht unzugänglich und legt sich schliesslich zu Bett, da ihm gesagt wird, er sei krank und bedürfe der Ruhe. Die physikalische Untersuchung ergibt eine rechtsseitige Spitzenpneumonie, Dämpfung rechts oben hinten bis zur Mitte des Schulterblattes herab, schwaches bronchiales Athmen, kaum erhöhte Temperatur (Messung wegen grosser Unruhe des Patienten nicht möglich), voller Puls = 120, mässig erhöhte Athemfrequenz, belegte Zunge, geringer Husten, Auswurf zäher, schleimiger, gelblich gefärbter Sputa, am Rücken beiderseits die blutigen Narben von 12 Schröpfköpfen. Während der ersten Hälfte der Nacht hat Patient ruhig dagelegen, ist dann plötzlich aufgesprungen, unter den Zeichen grosser Angst auf den Wärter eingedrungen, flehentlich bittend, ihm zu helfen. Dieser Paroxysmus hat sich mehrmals wiederholt. Am 7. Morgens ist Patient ruhiger, seufzt zeitweise tief auf und spricht in pathetisch weinerlichem Ton, er wisse ja gar nicht, was ihm fehle, man möge ihm doch die Hand geben, ihm helfen, springt auch mitunter, von grosser Angst ergriffen, auf, kann aber leicht wieder beruhigt werden. Die Dämpfung ist dieselbe geblieben, das Athemgeräusch nicht controllirbar, reichliche, eitrig-eitrige Sputa, feuchte Haut, Temperatur = 37,5°, Puls mässig voll = 100. Gegen Abend wieder zweistündlich Chloralhydrat 2,0, im Ganzen 6,0 gegeben; nach der 2. Dosis wird Patient schläfrig, nach der 3. schläft er fest ein und erwacht erst gegen Morgen wieder.

8. IV. Patient liegt ruhig zu Bett, abwechselnd schlafend. Er ist in wehmüthig weinerlicher Stimmung, spricht viel über seinen Zustand und hält sich für todtkrank. Temperatur nicht erhöht, Puls rubig, Haut feucht, reichliche, eitrig-eitrige Sputa.

9. IV. Heut wieder mehrere Stunden mit Hilfe von Chloral (dos. II. zu 2,0) ruhig geschlafen. Die örtliche Reconvalescenz der Pneumonie schreitet vor, das Fieber ist ganz geschwunden, der Appetit bessert sich. Patient ist ruhig, gesammelt und giebt verständige und richtige Auskunft über sein früheres Leben. Bezüglich seiner Erkrankung treten noch viele verworrene und falsche Vorstellungen zu Tage. Es sei auf einmal „Etwas mit ihm vorgegangen“, er habe eine plötzliche Veränderung mit sich gespürt, sei in Folge dessen sehr aufgeregt und reizbar gewesen, habe auch gar nicht schlafen können. In der Nacht habe er Erscheinungen einer hellen Flamme gehabt. Man habe ihn todt machen wollen, in seiner Nähe sei auch Einer aufgehängt worden, man habe ihn fortwährend belauscht, aber sie hätten nur kommen sollen, er würde sie schon untergekriegt haben. In den Wagen sei er gesprungen, weil ihm der Kutscher zugerufen habe, er solle es thun. Der Kranke ist von der Realität dieser Sinneseindrücke noch immer überzeugt. In den nächsten Tagen machte die örtliche und allgemeine Reconvalescenz gute Fortschritte. Patient zeigt gar keine krankhaften Affecte mehr, äussert aber noch ab und zu Wahnideen depressiven Charakters, Verfolgungswahn. Einen Mitkranken hält er für einen Freimaurer, der ihn tödten wolle. Sein früherer Arzt, glaubt er, spräche von seiner Wohnung aus mittelst des Sprachrohrs zu ihm, um ihn verrückt zu machen — Bei fortschreitender Reconvalescenz werden dergleichen Vorstellungen immer seltener geäussert. Patient objectivirt sich seinen bisherigen Zustand immer mehr, giebt zu, dass es ihm verwirrt im Kopfe gewesen sei, und dass er verkehrte Handlungen begangen habe, schiebt dies auf seine damalige Schlaflosigkeit, meint aber doch, es müsse damals „etwas Besonderes“ passirt sein, „ob sich nicht doch in dem Hause, wo er geschlafen, Einer erhängt habe.“ — Diese Ideen des Beeinträchtigtseins verlieren sich nur allmählig, sind aber nicht constant, sondern wechseln ihren Inhalt. Patient hört den Gesang eines anderen Kranken im Garten und glaubt, das thue sein früherer Arzt, um ihn zu ärgern. Leibliche und psychische Reconvalescenz schreiten nunmehr allmählig vor, so dass der Kranke, nachdem schon längere Zeit keine falschen Vorstellungen mehr geäussert wurden, und derselbe vielmehr durchaus den Eindruck eines Geistesgesunden darbot, am 20. Mai entlassen wurde.

#### 5. Fall: Geisteskrankheit nach Scharlachfieber.

Johann H., Kaufmann, 23 Jahr alt, aus Bremen. Aufgenommen in der Krankenanstalt 13. V. 1869.

Patient ist früher stets gesund gewesen. Erbliche Anlage zu Geisteskrankheiten ist nicht vorhanden. Kein Trinker. Am 9. V. mit Frost, Kopf- und Halsschmerzen erkrankt; am 11. Ausbruch des Scharlachfiebers.

Der Kranke ist von mittlerer Grösse, schwächlicher Statur, mässig guter Ernährung. Ausgebreitetes dunkel scharlachrothes Exanthem, namentlich auf Rücken, Bauch und unteren Extremitäten, starke Angina, mässiger Gastricismus. Puls voll und frequent, Temperatur Abends = 39,8° Cels.

Der Verlauf während der nächsten 3 Tage war unter expectativer Behandlung der einfach erethischen Scharlachfiebers, das Fieber hielt sich in mässigen Grenzen, die Temperatur stieg Abends nicht über 39,6°, Mor-

gens nicht über  $39^{\circ}$ , die Angina mässigte sich, das Exanthem blasste ab. Am 17. Abends traten die ersten Symptome gestörter Hirnfunction ein, der Kranke spricht verworren durcheinander, will aufstehen, in's Comptoir gehen und ist nur schwer im Bett zu halten. Temperatur =  $38,5^{\circ}$ , Puls ca. 80, das Exanthem völlig abgeblasst, die Epidermis beginnt bereits sich stellenweise loszulösen. In der Nacht sehr heftige Agitation, Patient sieht Gestalten auf sich eindringen, ergreift, im Bett liegend, eine Wasserflasche und zerschlägt sie an der Wand, wird auf ein laues Vollbad etwas ruhiger. Am Morgen des 18. ist der Kranke ruhiger, besinnlicher, giebt auf Befragen richtige Antwort, fällt aber, sich selbst überlassen, sofort wieder in Agitation zurück, greift mit den Händen um sich, spricht und lacht halblaut vor sich hin. Es macht sich ein geringer Tremor an den Händen bemerklich, an den mit Exanthem bedeckten Stellen der unteren Extremitäten zeigen sich zahlreiche, theils linsengrosse Petechien, theils striemenartige Ekchymosen. Gesichtsfarbe sehr blass, Pupillen nicht different. Temperatur =  $37,2$ , schwacher Herzstoss, Puls klein und mässig frequent. Der Kranke äussert keinen grossen Appetit, isst aber, was ihm vorgesetzt wird, Bouillon und Fleischdiät und Wein. Stuhlgang normal, im Urin kein Eiweiss. Dieser Zustand abwechselnder Verworrenheit und mehr oder minder lebhafter Agitation, verbunden mit Gesichtshallucinationen (Gestalten sehen) dauerte ziemlich unverändert fünf Tage hindurch. In der Nacht vom 22. zum 23. Mai trat zum ersten Male mehrstündiger, ruhiger Schlaf ein. Der Kranke ist am nächsten Morgen vollkommen ruhig, besinnlich, giebt an, von den Vorfällen der letzten Tage nicht das Mindeste zu wissen, äussert guten Appetit, fühlt sich aber ausserordentlich matt, Tremor an den Händen ist nicht mehr bemerklich. Temperatur =  $37,2^{\circ}$ , Puls klein, von normaler Frequenz. Von nun an ist der Verlauf der Reconvalescenz ein ungestörter, die Abschuppung der Epidermis geht regelmässig von Statten, die Petechien und Ekchymosen der unteren Extremitäten blassen ab und schwinden allmählich, Aussehen und Ernährung bessern sich sichtlich.

Patient wird am 10. Juni gesund entlassen.

#### 6. Fall: Geisteskrankheit nach Scharlachfieber.

Dietrich D., Schuhmacher, 21 Jahr alt. Aufgenommen in der Krankenanstalt 6. II. 1868.

Patient stammt aus gesunder Familie. Erbliche Disposition nicht vorhanden. Soll früher stets gesund gewesen sein. Kein Trinker. Seit einer Woche an Scharlach erkrankt.

Der Kranke ist von grosser, schlanker Statur, mässig entwickelter Muskulatur, ziemlich guter Ernährung. Das Exanthem ist abgeblasst und beginnt sich bereits abzuschuppen, an den unteren Extremitäten Ekchymosen. Angina und gastrische Symptome sind gering, Puls mässig voll und frequent, Temp. =  $38,5$ . In psychischer Beziehung wird zunächst nichts Auffallendes bemerkt, Patient liegt ruhig da und giebt auf Befragen entsprechende Auskunft. Auch der folgende Tag verläuft ruhig in scheinbar ungestörter Reconvalescenz. In der Nacht vom 7. zum 8. Februar war Patient aufgestanden, hatte das Zimmer verlassen und sich auf den Corridor begeben, liess sich übrigens ohne Wider-

stand in das Bett zurück bringen und wollte sich des anderen Morgens dieses Umstandes nicht mehr erinnern. Doch wurde auch jetzt noch während einiger Tage nichts Auffallendes in geistiger Beziehung bemerkt, die körperliche Reconvalescenz machte Fortschritte, Fieber war nicht mehr vorhanden, das Aussehen des Patienten ziemlich anämisch. Am 11. Februar wurden zuerst bestimmte Wahnideen depressiven Characters, die Furcht, verhaftet zu werden, geäußert. Patient weigerte sich anfänglich, zu essen, konnte aber später durch Zureden dazu vermocht werden. Ueberhaupt blieb diese Vorstellung nicht constant, sondern äusserte sich in den nächsten Tagen nur als Befürchtung, dass man ihm ans Leben wolle, namentlich verfolge seine Braut diesen Plan, er habe dieselbe vor der Thür sprechen hören, auch habe sie zu verschiedenen Malen den Kopf zur Thür herein gesteckt (objectiv unwahr). Als seine Braut ihn wirklich besuchen kommt, macht er ihr demgemässe Vorwürfe, wird aber, wie es scheint, durch ihr Zureden etwas beschwichtigt. — Die körperliche Reconvalenz schreitet indessen unter nahrhafter, leichtverdaulicher Kost und tonisirendem Heilverfahren ungestört fort, die Abschuppung ist unter Mithilfe warmer Bäder nach 10—12 Tagen vollendet. Auch psychisch kehrt der normale Zustand allmählich wieder. Sinnestäuschungen scheinen gar nicht mehr vorzukommen, die Wahnidee wird zwar äusserlich noch eine Zeitlang festgehalten, aber nicht mit Energie, und die Stimmung, bisher stets etwas still und in sich gekehrt, wird freier und heiterer. Nachdem seit ca. 10 Tagen gar keine Zeichen psychischer Störung mehr beobachtet worden waren, und auch die körperliche Reconvalescenz vollendet war, wurde Patient am 7. März aus dem Krankenhause entlassen. —

#### 7. Fall: Geisteskrankheit nach Typhus.

Margarethe F., Dienstmagd, 19 Jahr alt. Aufgenommen im Krankenhause 8. IX. 1868.

Die Kranke, ein kräftig gebautes, grosses, wohlgenährtes Mädchen wurde wegen Unterleibstyphus im Krankenhause aufgenommen. Erbliche Anlage zu Geisteskrankheit wurde nicht constatirt. Der Character der Kranken wurde bei späterer Nachfrage als offen, freundlich, heiter, zuvorkommend, geschildert. Die Kranke machte einen sehr schweren Typhus durch, von dem sie am 13. October in die Reconvalescenz überging. Am 22. X. wurde sie von einem Recidiv befallen, aus dem sie am 7. Novbr. gleichfalls in die Reconvalescenz eintrat. Die Therapie hatte in der Kaltwasserkur bestanden und waren im Ganzen 86 kalte Vollbäder verabreicht worden. Ausser geringem Eiweissgehalt des Urins, welcher mit zunehmender Kräftigung allmählich schwand, waren Nachkrankheiten nicht zurück geblieben. Nur bedeutende Abmagerung, Schwäche, Hinfälligkeit. Der Blick und Gesichtsausdruck war blöde, stumpf, apathisch, das Benehmen scheu, zurückhaltend, in sich gekehrt. Bald machten sich besondere Wahnideen geltend. Die Kranke, welche, ohne dass dies bisher aufgefallen wäre, viel in Bibel und Gesangbuch gelesen hatte, hielt sich für verworfen, gottlos, in Ewigkeit verdammt, von der göttlichen Gnade ausgeschlossen. Dabei führte sie verworrene Reden, beging mehrfach unmotivirte Handlungen, z. B. Zertrennen von Kleidernäthen, Verstecken verschiedener Gegenstände, — oder sie sass stundenlang

träumend oder müssig da. Ein besonders hoher Affect war dabei nicht vorhanden, vielmehr war eine gewisse stille Gleichmüthigkeit über ihr ganzes Wesen gebreitet. Der Kräftezustand besserte sich indessen unter roborirender Kost allmählich auf, und auch der Geist wurde etwas freier, wenigstens wurden keine verworrenen Reden mehr laut und das stille Hinbrüten wich einer etwas grösseren geistigen Regsamkeit und allmählig erwachender Lust zu Beschäftigungen. Die Wahnidee, gottlos und verworfen zu sein, wurde, jedoch ohne dass ein grösserer melancholischer Affect sich gezeigt hätte, immer noch festgehalten. In diesem Zustande wurde die Kranke auf Wunsch der Eltern in ihre Heimath nach Ostfriesland entlassen. Dort besserte sich bei sorgsamer Pflege und guter Kost ihr Zustand so, dass sie einige Monate darauf wieder nach Bremen geheilt zurück kam, um einen neuen Dienst anzutreten. Ich habe sie alsdann noch einige Male wiedergesehen und die vollständige geistige und körperliche Genesung constatiren können.

8. Fall: Geisteskrankheit nach langdauernder, profuser Eiterung aus einem Senkungsabscess.

Frau K. Aufgenommen im Irrenhause am 29. VII. 1869.

Statt der Krankengeschichte lasse ich ein Gutachten folgen, welches Behufs Gestellung eines Vormundes von der Pupillen-Commission erfordert und in Gemeinschaft mit den Herrn Dr. Lorent und W. O. Focke von mir erstattet wurde.

„M. L. K. geb. R. wurde im Jahre 1835 zu H., Amt D. von leidlich wohlhabenden bauerlichen Eltern geboren. Ihr Leben im elterlichen Hause und später in verschiedenen Dienstverhältnissen verfloss still, den einfachen Verhältnissen angemessen, ihre Erziehung war ihrem Stande entsprechend. Ihr Character wird als still und gutmüthig bei leichter Erregbarkeit und Reizbarkeit, ihre Verstandeskräfte und Auffassungsgabe dagegen als nur mässig entwickelt, selbst beschränkt, geschildert. Erbliche Anlage zu Geisteskrankheiten ist in ihrer Familie nicht vorhanden. Im Jahre 1863 heirathete Exploratin den hiesigen Schuhmachermeister Joh. Gottfr. Dietr. K. Diese Ehe, welcher zwei Kinder, Mädchen von jetzt 5 und 3 Jahren, entsprossen, war vielfach durch Krankheiten und Nahrungssorgen getrübt. Der Mann starb nach langem Krankenlager am 18. Juli h. c. und hinterliess seine Familie in zerrütteten Vermögensverhältnissen. Auch Exploratin hat, obgleich sie bis zu ihrer Verheirathung sich stets einer guten Gesundheit erfreut haben soll, in ihrer Ehe bis heutigen Tages langdauernde und erschöpfende Krankheiten durchzumachen gehabt. Zunächst erkrankte sie schon im ersten Wochenbett an einer Entzündung und Vereiterung der Brustdrüse, welche starken und anhaltenden Säfteverlust zur Folge hatte. Ungefähr  $\frac{1}{2}$  Jahr darauf zeigten sich alsdann die ersten Spuren einer beginnenden Rückenwirbel-Affection. Frau K. wurde, wie sie angiebt, schon damals,  $1\frac{1}{2}$  Jahr vor der zweiten Entbindung, „gelähmt“ und zeitweise bettlägerig. Im darauf folgenden Wochenbett verschlimmerte sich diese Krankheit, welche als eine Rückenwirbel-Entzündung und Vereiterung bezeichnet werden muss, derartig, dass sich eine Verbiegung der Wirbelsäule nach hinten und Eitersenkung nach der linken Hüftgegend hin ausbildete. Auch dieses Leiden hatte, namentlich in der



letzten Zeit, nachdem der Senkungsabscess an der Hüfte geöffnet worden war, einen massenhaften, fortdauernden Säfteverlust zur Folge, so dass die Kranke schon seit Anfang Juni das Bett nicht mehr hatte verlassen können.

„Einige Tage nach dem Tode ihres Mannes stellten sich, offenbar begünstigt durch einen unten näher zu erörternden Vorfall, die ersten Zeichen geistiger Störung bei der Exploratin ein. Dieselbe wurde sehr heftig, aufgeregter und schwatzte verworren durcheinander. Zwar legte sich die Aufregung bald wieder, kehrte aber nach einigen Tagen in verstärktem Maasse zurück, so dass am 29. Juli die Aufnahme in das hiesige Irrenhaus nöthig wurde.

„Dort bot Exploratin, laut Krankenjournal, folgendes Bild dar: Die Kranke ist von kleiner, zierlicher Statur, schwach entwickelter Muskulatur, sehr schlechtem Ernährungszustande und blassem, blutarmem Aussehen. Die körperliche Untersuchung ergiebt in der Höhe des 8. Rückenwirbels eine Ausbiegung und Verkrümmung der Wirbelsäule nach hinten in einem Winkel von ca. 120°. An der äusseren Seite der linken Hüfte ferner befindet sich, ca. 2“ über dem grossen Rollhügel des Oberschenkelknochens beginnend und bis zur Mitte des Oberschenkels hinabsteigend, eine grosse, von einer Eiter-senkung herrührende Abscesshöhle. Aus einer ungefähr in der Mitte dieser Abscesshöhle gemachten  $\frac{1}{2}$  Zoll langen Oeffnung entleert sich ein mit abgestorbenen und zerbröckelten Knochenstückchen durchsetzter, jauchiger, übelriechender Eiter in grosser Menge. Sonst sind körperlich keine weiteren Abnormitäten nachzuweisen. Namentlich zeigen sich die Lungen gesund, Fieber ist nicht vorhanden. Patientin ist in einem sehr aufgeregten Zustande. Mit funkelnden Augen und gespannten Zügen dasitzend, spricht sie unter lebhafter Gestikulation laut und rasch verworrenes Zeug durch einander, schimpft, schlägt um sich, versucht zu beißen und zu kratzen. Auf freundliches Zureden gelingt es erst nach einer längeren Weile, ruhigere und etwas gesammeltere Antworten zu erlangen. Die Kranke klagt, sie sei krank, fühle sich sehr elend, ihr Mann sei gestorben, sie wisse nicht, wie Alles werden solle und was man mit ihr vorhabe etc. —

„Diese Periode von Aufregung war nur von kurzer Dauer. Schon am anderen Morgen, nachdem Patientin gebadet und in's Bett gebracht worden war, zeigte sich dieselbe ruhig, gesammelt, gab auf alle Fragen verständige Antwort und sprach ihre Freude darüber aus, dass sie nun hier in Ruhe sei und nicht mehr nöthig habe, sich um so viele Dinge zu kümmern. Auch im weiteren Verlaufe der Krankheit traten Zeichen der Aufregung und Verworrenheit nicht mehr in der geschilderten Weise hervor. Dagegen machte sich eine gewisse geistige Schwäche, namentlich rasche Ermüdung des Geistes bald bemerklich. Die Kranke giebt zwar über alle sie betreffenden Verhältnisse im Allgemeinen richtige Auskunft, aber man merkt ihr bei der Unterhaltung an, wie schwer es ihr wird, derselben längere Zeit zu folgen. Die Kranke muss sich alsdann länger besinnen, die Auffassung der Fragen sowohl, wie die Ordnung der Gedanken Behufs Beantwortung derselben, dauert länger, wie gewöhnlich, das Erinnerungsvermögen steht nicht so rasch zu Gebote. Patientin ist sich alsdann dieses Zustandes temporär versagender Geisteskräfte wohl bewusst, wird erregt, ärgerlich und bittet schliesslich, sie in Ruhe zu lassen, da sie zu schwach sei. Mitunter klagt sie auch selbst über ihren

„schwachen Kopf“ und motivirt denselben sehr richtig durch ihr langes Kranklager. Bei ihrer gerichtlichen Vernehmung am 30. August befragt, ob sie im Stande sei, ihre Angelegenheiten zu verwalten, antwortet sie: „Nein, das kann ich nicht, dazu bin ich zu wehmüthig.“ Auch von objectiv falschen Vorstellungen, d. h. also von Wahnvorstellungen und in Folge dessen von Alteration des Urtheils ist Patientin nicht ganz frei. So erinnert sie sich zwar der früher stattgehabten Aufregungen sehr wohl, objectivirt dieselben und erkennt sie als krankhaft an, aber sie motivirt sie in objectiv unrichtiger Weise damit, dass damals in ihrem Hause so viele Menschen um sie herum gewesen wären, wohl 40—50, was keinesweges der Fall war. Offenbar hat Patientin damals an Visionen und subjectiven Gesichtsbildern gelitten, deren Realität sie auch heute noch als feststehend annimmt. Hierher gehört auch der in den Akten registrirte angebliche Vorgang mit dem Lederhändler A. Exploratin deponirt bei der Vernehmung am 30. August folgendermaassen: „Zwei Tage nach dem Tode meines Mannes kam der Lederhändler A. zu mir und verlangte, da er an meinen Mann Forderungen hatte, dessen Uhr und Kette. Als ich das verweigerte, schlägt er selbst den Sekretär auf, um nach der Uhr zu suchen. Ich sprang aus dem Bette und liess den A. durch meinen Wirth aus dem Hause bringen. Uhr und Kette hatte ich im Bette. A. ist darauf zu 12 Monaten Zuchthaus verurtheilt, jedoch auf meine Bitten sind ihm im Wege der Gnade 6 Monate erlassen.“ — An dieser ganzen Erzählung ist nur das Eine war, dass der p. A. allerdings einige Tage nach dem Tode ihres Mannes zu der Exploratin gekommen ist und sie in bescheidenem Tode um ihre Genehmigung dazu, dass er zur Deckung einer Forderung Uhr und Kette an sich nehmen dürfe, gebeten hat. Weder aber hat sie denselben durch ihren Wirth aus dem Hause bringen lassen, noch ist er bestraft worden, noch hat sie Gelegenheit gehabt, um Gnade für ihn zu bitten.

„Das Benehmen der Exploratin in der Anstalt ist gleichmässig ruhig, freundlich ergeben, ja selbst apathisch. Wenigstens äussert sie nie von freien Stücken, das einer Mutter so natürliche Verlangen, ihre Kinder bei sich zu sehen. Gegen ihre Schwiegerältern, namentlich ihre Schwiegermutter, hegt sie einen gewissen, und zwar ungerechtfertigten Groll. Sie wirft ihnen Geiz und ungenügende pekuniäre Unterstützung bei Lebzeiten ihres Mannes vor, während sie bei näherem Befragen doch zugeben muss, dass die Schwiegerältern selbst nicht in der Lage waren, ausgiebiger zu helfen. —

„Exploratin gehört zu jenen uns nicht selten im Leben begegnenden zwar gutmüthigen, aber reizbaren, dabei schwachen und etwas geistesbeschränkten Naturen, welche, mit nur geringer Widerstandskraft gegen störende Einwirkungen der Aussenwelt ausgestattet, leicht geistigen Erkrankungen zum Opfer fallen. Im gewöhnlichen Laufe der Dinge und so lange keine erhöhten Ansprüche an die geistige Resistenz solcher Individuen gestellt werden, passiren dieselben als geistesgesund und sind es auch. Sie schwimmen eben mit dem Strom fort; sie genügen den mässigen Ansprüchen, welche das Leben an sie stellt und erweisen sich selbst als nützliche und branchbare Mitglieder der Gesellschaft. Gesteigerten Anforderungen an ihr Seelenleben dagegen zeigen sie sich nicht gewachsen. Wirken stärkere Reize, heftigere Erregungen auf sie ein, wird in Folge dessen ihr gesamtes Seelenleben zu ungewohnter, energischer Reaction und Kraftäusserung heraus gefordert, so tritt leicht

Ueberreizung ein, die ohnehin schwachen Seelenkräfte versagen ihren Dienst, — der Mensch wird geisteskrank. —

„Auch Exploratin hat unter dem Einflusse relativ zu mächtiger, äusserer Einwirkungen gestanden. Ein mehrere Jahre langes mit grossem Säfte- und Kräfteverlust heute noch anhaltendes Krankenlager war von vorn herein ganz geeignet, ihren ohnehin nicht starken Geist nur noch mehr zu schwächen. Dazu kam häuslicher Kummer, jahrelanges Siechthum und endlicher Tod ihres Mannes, in Folge dessen Nahrungssorgen, ein zerrüttetes Heimwesen, die trostloseste Zukunft vor Augen, — kein Wunder, dass ein an sich geringfügiger Vorfall genügte, das Gefäss zum Ueberlaufen voll zu machen und den reizbaren, ohnehin erschütterten Geist der Kranken vollends zu verwirren und aus dem Gleichgewicht zu rücken. Wir glauben uns nämlich nicht zu täuschen, wenn wir annehmen, dass der oben geschilderte Vorfall mit dem Lederhändler A. die nächste Veranlassung zu dem Ausbruche der eigentlichen Geisteskrankheit gewesen ist. Wenigstens wurde bald nach diesem Zeitpunkt der erste Anfall von tobsüchtiger Aufregung und Verworrenheit beobachtet. Der weitere Verlauf der Krankheit ist bereits oben geschildert worden. Es genügt deshalb, nochmals hervor zu heben, dass dieselbe ganz und gar sich als psychischer Schwächezustand charakterisirt. Dieser Schwächezustand ist ein primärer, d. h. er ist nicht als die Folge etwa bereits vorangegangener und nunmehr abgelaufener psychischer Erkrankungen, sondern vielmehr lediglich als gemeinsames Produkt angeborener Anlage sowohl als direct depotenzirender Einflüsse, nämlich des noch heute vorhandenen, seit Jahren bestehenden, massenhaften Säfteverlustes, anzusehen. So sind auch die verschiedenen Symptome, welche die Krankheit jetzt und früher dargeboten hat, lediglich aus dem Zustande reizbarer Schwäche zu erklären, zunächst die rasch vorüber gehenden, gewissermaassen episodentartigen Anfälle von Verworrenheit und Aufgeregtheit, denen Exploratin unterlegen war. Auch die mehrerwähnte Wahnidee derselben bezüglich des Lederhändlers A. wird nicht etwa durch einen besonderen Affekt oder durch andere, wenn auch krankhafte, doch systematisch geordnete Wahnideen unterstützt und getragen, sondern sie steht völlig isolirt da und wird ebenfalls nur durch die psychische Schwäche der Kranken noch ferner unterhalten. In ihrer Gereiztheit über die vermeintlich ungerechtfertigte Handlungsweise des p. A. hat die Kranke sich die Bestrafung des Thäters mit deren möglichen Folgen so lange als wünschenswerth und gerechtfertigt selbst vorgemalt, bis sie schliesslich selbst daran glaubte.

„Dieser immer wieder auf's Neue auftauchenden Wahnidee gegenüber war und ist die geistige Potenz der Kranken zu schwach, um entgegenstehende Vorstellungsreihen als Correctiv aufzustellen und zu verwerthen. So mussten die anfänglich vielleicht noch auftauchenden Zweifel an der Realität der Wahnidee allmählig verstummen und letztere unbestritten das Feld behaupten. Eine ähnliche Bewandniss hat es auch mit dem falschen Urtheil der Exploratin über ihre Schwiegerältern. Auch dieses wird nur unterhalten durch die psychische Schwäche, welche entgegenstehende Vorstellungsreihen nicht zur Geltung kommen lässt. Auch die Apathie der Kranken und ihre Gleichgültigkeit gegen ihre Kinder erklärt sich ungezwungen aus dem allgemeinen Schwächezustand derselben.

„Wir geben deshalb unser Endgutachten dahin ab:

Dass die J. G. D. K., Wittwe, sich in einem Zustande von Geisteskrankheit befindet, welcher sie ganz unfähig macht, ihre Angelegenheiten wahrzunehmen.“

— (Unterschriften.) —

Unter guter Kost und roborirendem Verfahren hob sich die Ernährung, trotz des noch immer fortdauernden massenhaften Eiterverlustes, wieder einigermaßen. Die psychische Schwäche blieb natürlich unverändert dieselbe, doch traten psychische Erregungs-Zustände nicht mehr ein, auch Sinnestäuschungen wurden gar nicht mehr beobachtet; die Kranke kam allmählich auf denjenigen Standpunkt zurück, welcher wohl von jeher die normale mittlere Stimmung ihres Geisteslebens bezeichnet hatte. Nach weiteren 5 Monaten wurde sie auf die chirurgische Station des Krankenhauses verlegt und starb daselbst nach 11 Monaten, ohne dass jemals wieder psychische Erregungszustände aufgetreten gewesen wären, an Erschöpfung.

#### 9. Fall: Geisteskrankheit nach Säfteverlust durch zu langes Stillen.

Frau M. H., Schuhmacherfrau, 27 Jahr. Aufgenommen im Irrenhause 3. V. 1870.

Die Kranke stammt aus einer sonst gesunden Familie. Doch war der Vater ein Gewohnheitstrinker und wurde vor 12 Jahren im Irrenhause an Delirium tremens behandelt. In früheren Jahren Magd gewesen, ist sie seit 5 Jahren verheirathet und hat 2 Kinder geboren. Beide Kinder hat sie selbst genährt, bei dem jüngsten, vor etwas über einem Jahr geboren, ist ihr das Stillen in der letzten Zeit schwer geworden, sie hat über Schwäche geklagt und ist magerer geworden. Plötzlich stirbt das Kind nach 3tägiger Krankheit im Alter von 11 Monaten und bald darauf wird bei der Mutter Geistesstörung bemerkt. Während der ersten Zeit zwar erschien die Trauer um den Verlust des Kindes durchaus natürlich, aber bald gesellten sich beunruhigende Symptome hinzu. Die Kranke war nicht nur für verständige Vorstellungen durchaus unzugänglich und beharrte in tiefer Trauer oder lauten Klagen über ihren Verlust, sondern sie vernachlässigte auch ihre Person und ihr Hauswesen, stand selbst des Nachts stundenlang stumm vor sich hinstarrend, auf einem Flecke, wurde immer apathischer, musste zum Essen und Ankleiden genöthigt werden, bis endlich grosse Aufregung, in der die Kranke ihre Kleider zerriss, Geschirr zerschlug, etc etc., ihre Ueberführung in die Irrenanstalt, nach achtwöchentlichem Bestehen der Geisteskrankheit veranlasste.

Die Kranke ist brünett, von kleiner Statur, gut entwickelter Muskulatur, geringem Fettpolster, etwas anämischem Aussehen. Körperliche Abnormitäten sind nicht vorhanden, die Gebärmutter erweist sich (bei späterer Untersuchung) normal zurückgebildet, die Brüste sind schlaff und zeigen keine Milchsekretion mehr. Die Kranke steht mit gefalteten Händen, erstauntem fragendem Blicke und ängstlicher Miene mitten im Zimmer, giebt auf Befragen rasche, fast hastige, sonst präzise Antworten, fragt, was sie hier solle, wo ihr Mann sei, ob sie denn nicht wieder nach Hause solle. Auf weiteres Befragen nach

dem Grunde ihrer Krankheit, sagt sie, ohne jedoch dabei einen besonderen Affect zu verrathen, ihr Kind wäre gestorben, sie hätte nicht sollen auf den Kirchhof gehen, das hätte es ihr angethan. Auch hätten alle Leute das Kind immer gelobt und bewundert und das sei ihr schädlich gewesen, denn sie habe das Kind dann vergöttert. Daneben beschäftigt sie der Argwohn, dass man ihr Sachen vorenthalte, man habe eine ihr von ihrem Bruder aus Amerika gesendete Kiste unterschlagen, auch habe ihr Mann mit einem Gesellen zusammen die Papiere ihres Vaters durchsucht und aus dem Schrank genommen. Auch vielfache Illusionen treten zu Tage, ihr Bruder aus Amerika sei hier und mit ihrem Mann im Garten spazieren gegangen; diese oder jene Kranke, behauptet sie, schon früher gekannt zu haben, ja auch die Meubles und sonstige Utensilien muthen sie, als längst bekannt, an. Ueberdies sei ihr Vater ja auch hier in der Anstalt gewesen, sie wisse das noch ganz genau, derselbe habe 90 Sturzbäder bekommen. Dazwischen wieder ängstliche Versicherungen, sie meine es gar nicht böse, was denn mit ihr geschehen solle. In diesem Zustande blieb die Kranke ziemlich unverändert bis gegen Ende October. Sie stand meist blöde vor sich hinstarrend da, musste zu Allem und Jedem genöthigt werden, zur Arbeit, Stricken, war sie fast gar nicht zu bringen, nur selten trat einmal ein etwas grösserer Affect ein, während dessen sie weinte oder heftig und aufgereggt wurde, oder auch eine 1—2 Tage, mitunter nur Stunden andauernde, freiere Periode, in der sie freiwillig zum Strickstrumpf griff oder sich in der Haushaltung hilfreich zu erweisen strebte. Körperlich fiel während dieser Zeit nur eine ziemlich starke Tympanitis des Unterleibes auf, übrigens ohne Symptome von Magen-Darmcatarrh. Vielmehr war Appetit und Verdauung normal. Im Juni machte die Kranke eine Periode grösserer Aufregung durch, während deren sie in der Nacht viel aus dem Bette lief, an den Thüren herum stand und ein besonders scheues und ängstliches Wesen zeigte. Es trat starkes Oedem der Füsse ein, welches übrigens, nachdem die Kranke durch eine am Bett postirte Wärterin mehrere Tage und Nächte dauernd im Bett gehalten worden war, bald wieder schwand. Die Therapie bestand in Darreichung steigender Gaben von Opium (bis Ende Juli) und gelegentlichen Dosen von 2—6 Gramm Chloral. Später wurde statt des Opium, welches sich unwirksam erwiesen hatte, Tr. Chinae comp. gegeben, daneben von Ende Juli ab verbunden mit täglichen Regendouchen und viel Genuss der freien Luft, stärkende und roborirende Diät. Ende October trat allmählig Besserung ein, die Stimmung wurde freier, die Kranke fing, wenn auch nicht stetig, wieder an zu arbeiten, das träumerische Wesen verlor sich, es wurde wieder Theilnahme für die Aussenwelt, ihre Mitkranken, ihre Angehörigen geäussert, nur selten von Augenblicken mürrischer Erregung unterbrochen. Die Ernährung hob sich dabei auffallend rasch, während der letzten Wochen um 19 Pfd. Gewichtszunahme. Die Menses traten Anfang November zum ersten Mal wieder ein, die Stimmung war eine heitere, zufriedene, der Genesung sich dankbar freuende geworden, so dass am 20. Decbr. die Entlassung erfolgen konnte.

---

## 10. Fall: Geisteskrankheit nach profuser Menstruation.

A. v. B., Schiffszimmermannsfrau, 38 Jahr alt. Aufgenommen im Irrenhause 7. XI. 1870.

Die Kranke, in ärmlichen Verhältnissen geboren und erzogen, hat früher als Magd und Wärterin gedient, und ist seit einem Jahre mit einem Schiffszimmermann verheirathet, welcher zur See fährt. Während seiner Abwesenheit hat sie wieder als Nätherin und Kinderwärterin gedient und namentlich viel in dem Hause des Kaufmann N. verkehrt. In einer Untersuchung wegen wiederholter in diesem Hause vorgekommener Hausdiebstähle wird auch bei ihr Haussuchung gehalten und bei dieser Gelegenheit einer der vermissten Gegenstände, nämlich ein neusilberner Kinderlöffel gefunden, welchen sie übrigens, wie sie behauptet, nicht in böswilliger Absicht, sondern ohne sich viel dabei zu denken, da sie ihn grade in ihrem Hauswesen habe benutzen wollen, mitgenommen habe. Obgleich als rechtschaffene Person gut beleumundet, wird doch die Voruntersuchung gegen sie eingeleitet. Am Tage nach ihrer ersten Vernehmung, am 1. November, wurde sie still, weinte viel und klagte über grosses Angstgefühl. Zugleich stellt sich der Menstrualfluss ein. Unter Steigerung der Angstgefühle wurde in den nächsten Tagen die Kranke immer unruhiger, heftige Agitation, zuletzt trat Tobsucht ein, in der sie ihre Kleider und Möbeln zerstörte.

Am 7. November, dem siebenten Tage der Krankheit, wurde sie dem Irrenhause zugeführt.

Die Anamnese ergab zunächst noch, dass die Kranke zwar früher immer „gesund“ gewesen sei, aber in den letzten Jahren stets an starkem, mitunter eine Woche und länger andauerndem Menstrualflusse gelitten hat. Erbliche Disposition zu Geisteskrankheiten war nicht zu constatiren.

Die brünette Kranke ist klein, von untersetzter Statur, schlaffer Muskulatur, schlechter Ernährung, blasser Gesichtsfarbe und menstruiert stark. Sonstige körperliche Abnormitäten sind nicht nachzuweisen, namentlich lässt auch die später vorgenommene innere Exploration der Geschlechtstheile keine Abnormität erkennen. Die Kranke ist unruhig, zeigt ängstliche Blicke und Mienen, ringt die Hände, lässt sich aber doch bedeuten, dass sie krank sei, und zu Bett bringen. Gegen Abend jedoch wird sie wieder unruhig, springt aus dem Bett, läuft händeringend und laut klagend im Zimmer hin und her, und wird schliesslich so störend, dass sie in's Isolirzimmer gebracht werden muss. Nach Darreichung von 3 Gramm Chloral tritt zweistündiger Schlaf ein. In den nächsten Tagen das Befinden ziemlich unverändert dasselbe — grosses Angstgefühl, Unruhe, dazwischen in ruhigeren Augenblicken Klagen über die Schlechtigkeit der Menschen, welche sie verfolgten, über die Abwesenheit ihres Mannes, der gewiss verunglückt sei, abwechselnd mit Beten und Singen. Appetit mangelhaft, Puls klein und mässig frequent, Temperatur (nicht gemessen) anscheinend nicht erhöht, Schlaf nur durch abendliche Dosen von Chloral stundenweise zu erzielen. Vom 6. Tage an tritt allmählig eine Lösung des schmerzlichen Affectes und Nachlassen der grossen Unruhe ein. Die Kranke wird besinnlicher, versucht zum ersten Male, Toilette zu machen, wünscht in ein anderes Zimmer versetzt zu werden und zu baden, da die Regel seit zwei Tagen vorüber ist. Unter reichlicher Kost, Gebrauch

von Tonicis, in ruhiger Umgebung, leichter Beschäftigung, schreitet die Reconvalescenz täglich weiter vor. Mitunter tritt wohl noch trübe Stimmung ein und Besorgnisse über die Zukunft werden geäussert. Aber dieselben erscheinen objectiv wohl begründet und schwinden vollends, als der Kranken mitgetheilt werden kann, dass die gerichtliche Untersuchung gegen sie niedergeschlagen und sie überdies eingeladen werde, in das Haus des Kaufmann N. zurückzukehren.

Die Stimmung ist eine vollkommen normale geworden und auch Aussehen und Ernährung haben sich so gehoben, dass, nachdem noch einmal die Regel in mässiger Stärke vom 30. Novbr. bis 4. Decbr. wiedergekehrt war, die Kranke am 6. Decbr. entlassen werden konnte.

### 11. Fall: Geisteskrankheit nach profuser Menstruation in den klimakterischen Jahren.

Marie D., Landgend'armenfrau, 52 Jahr alt, aufgenommen im Irrenhause am 6. Decbr. 1869.

Erbliche Anlage soll nicht vorhanden sein. Die Kranke ist seit einigen Jahren mit ihrem 10 Jahre jüngeren Manne verheirathet, ist Mutter eines erwachsenen unehelichen Sohnes. Die Ehe ist nachweislich trotz dieser Missverhältnisse eine durchaus glückliche gewesen. Die Kranke ist bisher stets gesund gewesen, nur hat sie, obgleich die 50 überschritten sind, noch immer menstruiert, im letzten Jahre in unregelmässigen Intervallen, aber stets sehr heftig. Die Kranke hat sich darnach stets sehr matt und angegriffen gefühlt und ist ihr die Besorgung des Hausstandes schwer gefallen. Ihr Charakter wird als sehr gutmüthig und zufrieden geschildert, nur soll sie leicht empfindlich geworden sein. Während der letzten Wochen ist sie sehr still gewesen, vor 4 Tagen trat heftige Präcordialangst, Weinen, Furchtäusserungen vor Gefängnisstrafen etc. ein, dazu Schlaflosigkeit und grosse Unruhe.

Die Untersuchung ergibt: Mittlere Grösse, mässig entwickelte Musculatur, mangelhafte Ernährung, schlechte, welke Haut, blasses, anämisches Aussehen, Haare und Augen braun, die Pupillen zeigen keine Differenz und reagiren normal. Körperliche Abnormitäten sonst nicht nachweisbar. Die (später vorgenommene) Untersuchung des Uterus ergibt keine Abnormität, namentlich keine Lageabweichung, Neubildung, Anschwellung oder dergl. Der Puls klein, schwach, mässig frequent, Temperatur nicht erhöht. Die Kranke ist sehr ängstlich, steht mit kummervollem thränenbeströmtem Gesicht da, äussert grosse Angst, dass ihr etwas geschehen könne, bittet, man möge sie schonen etc. Doch giebt sie auf Befragen ruhige und verständige Auskunft und führt auch an, sie sei vor einigen Tagen ohne äussere Veranlassung von einem heftigen Angstgefühl übermannt worden. Schlaflosigkeit und mangelnder Appetit, doch isst sie das ihr Vorgesetzte. Es wird innerlich Opium in steigender Dosis und kräftige roborirende Diät verordnet. In den nächsten Tagen werden noch häufig Besorgnisse geäussert, dass sie getödtet werden solle, dass ihr Mann und ihr Sohn umgebracht seien und obwohl die Kranke zugiebt, dass kein Grund für diese Befürchtungen vorliege, hält sie doch daran fest. Körperliches Befinden unverändert, am 12. December tritt noch einmal Men-

strualblutung ein, dieselbe ist jedoch unbedeutend und von nur eintägiger Dauer.

Ganz allmählig bessert sich das Befinden, namentlich werden keine Wahnideen mehr geäußert, obgleich die Stimmung immer noch sehr gedrückt und leicht zum Weinen geneigt erscheint. Auch hilft die Kranke gern in der Hauswirthschaft, beim Kartoffelschälen und dergleichen. Die Opiumbehandlung wird nach zweimonatlichem Gebrauch ausgesetzt und dafür Ferrum substituiert. Aussehen und Ernährung bessern sich allmählig, auch die Stimmung wird, wenn auch leicht zum Weinen geneigt, etwas freier und es wird Theilnahme an der Umgebung kundgegeben. Die Kranke verlangt häufig, nach Hause entlassen zu werden, dort werde sie ihre Ruhe schon wiederfinden, sie sei jetzt nur noch traurig, weil sie nicht nach Hause komme. In der That übt der Besuch ihres Mannes jedesmal einen günstigen Einfluss auf ihre Stimmung aus, es wird endlich dem Drängen nachgegeben und die Kranke versuchsweise am 18. April 1870 entlassen. Nach einigen Monaten hatte ich Gelegenheit, mich in dem Wohnorte der Kranken persönlich von deren inzwischen vollendeter geistiger und körperlicher Reconvalescenz zu überzeugen. Menstrualblutungen waren gar nicht mehr wiedergekehrt.

## 12. Fall: Geisteskrankheit nach Lungenentzündung.

Andreas L., Zimmermann, 31 Jahr alt; aufgenommen im Irrenhause am 20. III. 1871.

Der Kranke wird als ein durchaus nüchterner, solider Mann geschildert, er ist verheirathet und Vater von sechs Kindern. Er soll früher immer gesund gewesen sein, erbliche Anlage zu Geisteskrankheiten ist nicht vorhanden.

Am 10. März erkrankte L. an Schüttelfrost und Stechen in der linken Seite. Er selbst schreibt die Krankheit dem Heben einer schweren Last zu, bei der er ein Knacken in der linken Seite verspürt haben will. Es gesellt sich Hitze, Fieber, Husten und nach einigen Tagen Auswurf braunrother, Sputa dazu. Am vierten Tage der Krankheit wird Patient sehr aufgeregt, es treten Gesichts- und Gehörshallucinationen ein, Patient sieht Thiere, Tauben, kleine Kinder, Gestalten, die auf ihn eindringen wollen, er ruft: „Dort sitzen sie, sie wollen mich kriegen“, ergreift die Wasserflasche, um die Gestalten zu verschrecken, wird furchtbar aufgeregt, springt aus dem Bett, zerstört, was er in die Hände bekommt, bedroht seine Angehörigen, ist aber auf lautes Anreden auf kurze Zeit zur Besinnung zu bringen. Dabei isst er wenig, schläft fast gar nicht und zeigt Zittern an den Händen. Nachdem dieser Zustand ca. 1 Woche angedauert hat, wird der Kranke unter der Diagnose: „Delirium tremens“ dem Irrenhause zugeführt.

Der Kranke ist von grosser, schlanker, dabei kräftiger Statur, gut entwickelter Muskulatur, mässig guter Ernährung, aber auffallend anämischem Aussehen, blaugrauen Lippen. Links unten und hinten bis zur Mitte des Schulterblattes hinauf findet sich gedämpft-tympanitischer Percussionston und feuchtes Knisterrasseln. Von einer Verletzung der Rippen ist Nichts zu constatiren. Der Puls ist klein, mässig frequent, Temperatur nicht erhöht. Während Patient einige Stunden vor seiner Aufnahme noch sehr aufgeregt gewesen sein soll, sind jetzt gar keine psychischen Symptome mehr vorhanden.



Vielmehr ist er ruhig, gesammelt, keinen Sinnestäuschungen mehr unterworfen, giebt an, er hätte wohl stark phantasirt, hat aber wenig Rückerinnerung an die Vorgänge während seiner Krankheit. Es macht sich nur noch eine gewisse geistige Mattigkeit und Unlust bemerklich, sowie auf dem motorischen Gebiet eine grosse Hast in den Bewegungen und leichtes Zittern der Hände.

Auch im weiteren Verlaufe treten keinerlei psychische Störungen mehr auf. Patient wurde, nachdem die örtliche Reconvalescenz vollendet und auch der Kräftezustand sich wesentlich gehoben hatte, am 28. März auf sein dringendes Ansuchen entlassen.

---

### Epikrise.

Alle diese Krankheitsfälle haben das Gemeinsame, dass sie aus Gehirnanämie entstanden sind. In den Fällen 1—7 und 12 ist die Gehirnanämie Begleitungs- oder Folgezustand acuter, fieberhafter Krankheiten und reihen sich dieselben den ähnlichen Fällen von Griesinger, Wille, Brosius, Simon, Weber, Chéron u. A. ungezwungen an. Darüber, dass bei Geisteskrankheiten, welche im Stadium decrementi acuter, fieberhafter Krankheiten entstehen, Gehirnanämie als Ursache anzuschuldigen sei, gehen die Meinungen der Beobachter kaum noch aus einander. Zweifelhafter ist man über den Ursprung derjenigen Psychosen, welche auf dem Höhestadium der genannten Krankheiten zum Ausbruch kommen. Man ist hier leicht geneigt, anstatt Anämie des Gehirns, gerade das Gegentheil, Hyperämie und Stauung zu beschuldigen. Unter obigen Krankheiten gehören in diese Kategorie Nr. 1, 4 und 12, sämtlich Pneumonien betreffend. Aber auch hier muss offenbar Anämie angenommen werden. Denn ganz abgesehen von dem in sämtlichen Fällen, wenn auch zum Theil nur ex post wahrgenommenem anämischem Aussehen, welches in den Fällen 1 und 12 in ganz exquisitem Grade vorhanden war, sprechen dafür noch folgende Erwägungen. Zunächst ist hohes Fieber an sich kein Beweis gegen, sondern vielmehr für Gehirnanämie, denn durch andauernd zu hohe Körpertemperatur wird der Herzmuskel erschläft, die Energie desselben herabgesetzt und somit, während die Organe des kleinen Kreislaufs, rechtes Herz und Lungen, überfüllt sind, dem Gehirn weniger arterielles Blut zugeführt. Durch diese Blutüberfüllung ferner und Hepatisation der Lungen, also durch directe Entziehung eines mehr oder weniger grossen Quantums Blut aus dem grossen Kreisläufe wird eine weitere Bedingung zum Zustandekommen von Gehirnanämie gesetzt. Dieses Verhältniss erklärt zum Theil den sonst auffallenden Umstand, dass unter allen akuten, fieberhaften Krankheiten grade am häufigsten bei der Pneumonie auf der Akme der Krankheit Geistesstörungen eintreten. Schwächliche, von Haus aus anämische Individuen sollten, wie man a priori anzunehmen geneigt sein dürfte, die günstigsten Bedingungen für das Auftreten von Gehirnanämie darbieten (Nr. 1—3), dass jedoch auch gut genährte Leute und Homines quadrati,

und zwar bei verhältnissmässig wenig umfangreichen Hepatisationen, betroffen werden können, beweisen die Fälle 12 und 4. Am disponirtesten sind bekanntlich Säuer; das typische Bild für diese Art von Erkrankungen bieten die Fälle von sogen. „*Delirium tremens cum pneumonia*.“ Auch hier wird die Psychose durch den mangelnden normalen Reiz arteriellen Blutes auf das Gehirn erzeugt. Nur ist hier weniger eine „dyskrasische“ Beschaffenheit des Blutes, als vielmehr, ebenso wie bei Pneumonien von Nichtsäueren, die mangelnde Energie des Herzmuskels, welche überdies schon habituell durch Degeneration (Atrophie und Verfettung) herabgesetzt ist, als nächste und direct wirkende Ursache anzusehen.

Was ferner die fünf Pneumonien anbetrifft, so ist im Fall Nr. 1 die Psychose, wenn anders die anamnestischen Angaben richtig sind, nicht in der Akme, sondern im *Stadio decrementi* eingetreten, in den Fällen Nr. 3, 4 und 12 in der Akme, was bezüglich des letzteren Falles jedoch ebenfalls nur anamnestisch zu erheben war. Der Fall Nr. 2 lässt es unsicher, in welcher Krankheits-Periode die Psychose aufgetreten ist. — Bei der Aufnahme war Patient bereits fieberfrei, die Pneumonie jedoch noch nicht in der Lösungsbegriffen. Die Dauer der Psychose war mit Ausnahme des Falles Nr. 4, wo Wahnvorstellungen noch längere Zeit nach bereits gänzlich vollendeter körperlicher Reconvalescenz fortdauerten, kurz, und endete theils bei beginnender Reconvalescenz (Fall Nr. 12), theils während und mit derselben (Nr. 1, 2, 3). Der Sitz der Pneumonie war dreimal im rechten oberen, einmal im rechten unteren, einmal im linken unteren Lungenlappen. Die Fälle Nr. 5—7 betreffen 2 Fälle nach Scharlachfieber, 1 nach Typhus. In den ersteren Beiden trat die Psychose im *Stadio decrementi*, im Letzteren erst während der Reconvalescenz ein, die Dauer war in den ersteren Beiden ebenso wie in den Psychosen nach Pneumonie, nur kurz und endete mit beginnender, beziehungsweise fortschreitender Reconvalescenz, im letzteren Falle (Nr. 7) war die Dauer, entsprechend der sehr verlangsamten Reconvalescenz, bei Weitem länger und endete die Krankheit erst nach einigen Monaten mit Genesung.

Diese acht Krankheitsfälle (Nr. 1—7 und Nr. 12) bilden bezüglich der Aetiologie gewissermaassen eine Gruppe für sich. Die Psychose tritt hier als begleitender, oder Folgezustand akuter, fieberhafter Krankheiten auf, in Bezug auf deren Häufigkeit noch bemerkt werden mag, dass unter 129 im Laufe von  $3\frac{1}{2}$  Jahren (vom 1. Jan. 1868 bis 1. April 1871) in hiesiger Krankenanstalt, resp. Irrenhause beobachteten croupösen Pneumonien 5 Fälle, also 3,8 pCt., unter 114 Scharlachfällen Erwachsener 2, also 1,7 pCt. und unter 179 Typhusfällen 1, also 0,5 pCt. beobachtet wurden. Nach anderen akuten, fieberhaften Krankheiten, Masern, Diphtheritis, Kopf- und Gesichtserysipelen, auch auffallender Weise akutem Gelenkrheumatismus, welcher hier häufig vorkommt (während obigen Zeitraumes von  $3\frac{1}{4}$  Jahren in 80 Fällen) sind keine Psychosen aufgetreten. Noch möge bezüglich dieser Art von Psychosen bemerkt werden, dass deren Frequenz mit der Ausbreitung der Kaltwassermethode voraussichtlich immer mehr schwinden wird. Denn durch Nichts wird der Herabsetzung der Energie des Herzstosses und dadurch bedingter Gehirnämie einerseits, sowie der allgemeinen Entkräftung andererseits so

wirksam vorgebeugt, als durch die mittelst dieser Methode bewirkte wiederholte Temperaturerniedrigung.

Die zweite kleinere Gruppe umfasst diejenigen Fälle (Nr. 8—11), in denen die Gehirnanämie als Folge directer Säfteverluste anzusehen ist, nämlich nach profuser Menstruation in den Fällen Nr. 10 und 11, nach Säfteverlust durch relativ zu langes Stillen in Nr. 9, endlich nach langandauernder profuser Eiterung aus einem Senkungsabscess in Nr. 8. Unter diesen vier Fällen sind jedoch drei, Nr. 8—10, bei welchen ausser der durch starke Säfteverluste allmählig herbeigeführten Anämie auch zugleich noch eine andere Ursache derselben, nämlich heftige Gemüthsbewegung anzuschuldigen ist. Bekannt ist, dass bei heftigen Gemüthsbewegungen durch abnorme Innervation und krampfhaft Verengerung der zuführenden Gefässe Gehirnanämie entstehen kann (s. Niemeyer, *Lehrb. d. spec. Pathol. u. Therapie*. 7. Aufl. 2. Band, S. 184), und erscheint dieser Erklärungsgrund auch in den vorliegenden Fällen wohl anwendbar.

Mit Ausnahme des Falles Nr. 10, wo die plötzliche Gemüthsbewegung zur Zeit eines profusen Menstrualflusses hinzutrat und wo nach Aufhören desselben die Erscheinungen der Anämie sowohl wie der Psychose rasch schwanden, war die Dauer der Krankheit bei dieser zweiten Gruppe bedeutend länger, als bei den Fällen Nr. 1—6 und Nr. 12 der ersten Gruppe. Es hängt das wohl damit zusammen, dass hier zum Theil die Ursachen der Anämie selbst, nämlich Säfteverlust durch profuse Eiterung, zu langes Stillen und profuse Menstrualblutungen in den klimakterischen Jahren, nicht rasch vorüber gehende, sondern lang einwirkende und schwer oder gar nicht zu beseitigende waren.

Demgemäss kann man auch die mitgetheilten 12 Fälle in akute und chronische einteilen, was um so zweckmässiger erscheint, als diese beiden Gruppen zugleich auch bezüglich des Characters der Psychose und der Symptome nicht unwesentliche Unterschiede erkennen lassen. In den akuten Fällen (Nr. 1—6, 10 und 12) trat die Psychose plötzlich ohne Vorboten, zum Theil unter Erscheinungen des Collapsus und mangelnder Innervation, Tremor an den Händen, ein und schwand auch ebenso schnell wieder; im Fall Nr. 3 mit eintretender Schweiss- und Schlafkrisis. Der Verlauf der Krankheit zeichnete sich durch lebhaft Sinnestäuschungen, Hallucinationen und Illusionen des Gehörs-, namentlich aber des Gesichtssinnes aus, denn auch in den Fällen, wo diese Sinnestäuschungen nicht direct von den Kranken erzählt wurden, liessen sie sich theils aus der Anamnese, theils aus dem ganzen Verhalten mit Sicherheit entnehmen. Der Lebhaftigkeit dieser Sinneserscheinungen entsprach auch das rasche Umsetzen in motorische Strebungen, die Aufgeregtheit und Tobsucht, welche alle Kranken dieser Gruppe darboten. Ueberhaupt spielte sich das ganze Drama auf einem verhältnissmässig äusseren Gebiete des Seelenlebens ab, — dem raschen Wechsel der verschiedenen Sinnestäuschungen entsprechend, waren auch die krankhaften Vorstellungen nur flüchtig und ephemer, zu Motivirungen, Erklärungsversuchungen, bleibenden Wahnideen kam es gar nicht erst, kaum dass ein besonders starker, schmerzlicher oder erhöhter Affect eingetreten wäre. Nur in dem Falle Nr. 10, wo die Gehirnanämie durch die doppelte Veranlassung profuser Menstruation und heftiger Gemüthsbewegung hervorgerufen wurde, sind offenbar die Aeusserungen der erkrankten Psyche, Tobsucht und Ver-

folgungswahn, erst durch das Medium tief schmerzlicher Vorstellungen gegangen, obgleich auch hier Sinnestäuschungen, namentlich Hallucinationen des Gehörs mindestens mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen waren. — Schliesslich möge auch hier noch einmal die bereits Eingangs erwähnte Analogie dieser akuten Fälle, namentlich aber der Fälle Nr. 1—3, 5 und 12, mit Delirium tremens, hervor gehoben werden.

In den chronischen Fällen (Nr. 7—9 und 11), wo die Anämie schon lange durch allmählig wirkende depotenzirende Einflüsse hervorgerufen war, trat auch die Psychose nicht urplötzlich und überraschend auf, sondern erschien lange vorbereitet, gewissermaassen als das letzte Glied einer langen Reihe dahin abzielender somatisch-physischer Processe. Nur der eine Fall, Nr. 8, nähert sich insofern den akuten Fällen, als hier die stürmischen Erscheinungen, welche das Bild der Psychose erst wirklich ausgestalten, Tob-sucht und Verworrenheit, ebenfalls plötzlich nach Einwirkung einer Gelegenheitsursache, nämlich heftigem Aerger, auftraten und ebenso rasch schwanden. Aber auch hier war der anämische Habitus theils schon lange vorhanden, theils dauerte er und mit ihm die von ihm unterhaltene psychische Schwäche auch nach dem Verschwinden der genannten episodisch aufgetretenen akuten Exacerbationen, bis zum Tode fort.

Diese chronischen Fälle stellten schwerere Erkrankungsformen dar, als die akuten. Das Seelenleben war hier tiefer ergriffen; zwar Sinnestäuschungen, Delirien und Aufregung treten nicht so stark in den Vordergrund, wie bei jenen, dafür waren die krankhaften Stimmungen beharrlicher, die Wahnideen begründeter, Vorstellungen und Urtheile tiefer alterirt — kurz, die Erkrankung dem Mittelpunkte alles geistigen Lebens, dem Ich, unmittelbar näher gerückt. So unterscheiden sich auch diese Fälle in Bezug auf Form und Character durchaus nicht von den längst bekannten typischen Formen. — Der Fall Nr. 11 entspricht ganz und gar dem Bilde der reinen Melancholie, Nr. 7 dem der Melancholie mit Wahnideen, Nr. 9 dem der Melancholie mit Stupor.

Das sind die Differenzpunkte zwischen beiden Gruppen. Was dagegen sämmtliche Fälle, akute sowohl, wie chronische, gemeinsam umschliesst, das ist, ausser dem ätiologischen Moment, noch der Inhalt des Deliriums. In allen nämlich herrscht das Gefühl des Beeinträchtigtseins, in höherem oder geringerem Grade, von der flüchtigsten, aus functioneller Ueberreizung der Sinne erzeugten Vorstellung bis zur ausgebildeten durch Motive gestützten Wahnidee. Darum waren auch die Symptome der psychischen Depression vorherrschend und selbst in dem einen Falle (Nr. 5), wo statt deren eine heiter angeregte Stimmung vorhanden war, wurden Ideen von Verfolgtsein (man wolle ihn prügeln) von dem Kranken geäussert.

Die Prognose scheint, nach den vorliegenden Fällen zu urtheilen, eine günstige zu sein. Die Therapie hat vor Allem die causale Indication zu erfüllen — nirgends so, wie hier, ist der Boden günstig für eine lediglich somatische Behandlung der Psychose.

---