164.

4.

Besonderer Abdruck aus der Deutschen Militärärztlichen Zeitschrift 1893.

Casuistische Mittheilungen aus der inneren Station des Garnison-Lazareths zu Düsseldorf.

Von

Stabsarzt Dr. **Ad. Hecker.**

In den von der Medizinal-Abtheilung des Kriegsministeriums herausgegebenen statistischen Berichten kann der Natur der Sache nach nur ein Theil der in den Stationsberichten niedergelegten Krankengeschichten in einigermaassen erschöpfender Ausführlichkeit Aufnahme finden. In dieser Erwägung gestatte ich mir über einige im Etatsjahr 1891/92 auf der mir unterstellt gewesenen inneren Station des Garnison-Lazareths zu Düsseldorf zur Beobachtung gelangte interessante Fälle an dieser Stelle mit Genehmigung des Sanitätsamts meines Armeekorps zu referiren.

1. Aneurysma der aufsteigenden Aorta im Gefolge von Ileo-Typhus.

Der 19jährige als dreijährig Freiwilliger eingetretene Ulan H. war vom 21. Juli bis 8. September 1891 an einem schulmässig durch Roseola, Milzschwellung, erbsenbrühartige Diarrhöen, typische Temperaturkurve, Bronchialkatarrh etc. charakterisirten mittelschweren Ileo-Typhus auf meiner Station behandelt und dann von seinem Truppentheil auf ärztlichen Antrag zur weiteren Kräftigung in seine Heimath beurlaubt worden. Während dieses Urlaubes erkrankte er an einer linksseitigen Pleuritis und wurde daran nach amtlichem Attest sieben Wochen lang ärztlich behandelt. Bei seiner am 10. November erfolgten Rückkehr und Wiederaufnahme in

XI

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

das Lazareth klagte der kräftig gebaute und gut genährte Mann über Husten und Stiche in der linken Seite. Es bestand über der hinteren unteren Partie der linken Lunge eine handhohe Dämpfung, in deren Bereich das Athmungsgeräusch und der Stimm-Fremitus abgeschwächt erschien; auch hörte man in der Gegend der oberen Dämpfungsgrenze Lederknarren. Fieber bestand nicht. Nach neun Tagen klagte Patient über vermehrte Stiche in der Brust und über periodisches Herzklopfen, das ihn oft nicht zum Schlafen kommen lasse. Es wurde eine zeitweise auftretende Unregelmässigkeit der Herzaktion festgestellt, ohne dass sich eine organische Herzerkrankung nachweisen liess. Am 30. November erschien der Spitzenstoss erheblich verstärkt. Die Klagen über nächtliches Herzklopfen mehren sich; dasselbe soll oft so stürmisch und derartig mit Brustbeklemmung und Athemnoth verbunden sein, dass er es nur sitzend im Bette ertragen könne. Im Anfang Dezember treten zeitweilige Muskelzuckungen über der linken Brusthälfte und im linken Arm auf, die ihrer Stärke nach von Tag zu Tag wechseln und häufig mit intensiven durch den ganzen linken Arm ausstrahlenden Schmerzen verbunden sind. Am 14. Dezember wird eine Druckempfindlichkeit unterhalb des linken Schlüsselbeins und eine Vergrösserung der Herzdämpfung nach oben konstatirt, der Spitzenstoss auffallend verstärkt, die Herzthätigkeit erregt und unregelmässig gefunden. Die Pulsfrequenz schwankt in diesen Tagen trotz lange fortgesetzten vorsichtigen Digitalisgebrauchs (hier und da durch Bromkali ersetzt) und der Applikation einer Eisblase auf die Herzgegend zwischen 80 und 90 Schlägen in der Minute und steigt nach mässigen Bewegungen auf 120 und mehr. Anfang Januar 1891 sind die letzten Reste der Pleuritis vollständig verschwunden. Die periodischen Muskelzuckungen im linken Arm setzen sich bis in die Fingerspitzen fort. Es wird über Schmerzen in der Drosselgrube geklagt, in deren Tiefe man deutliche Pulsation fühlt. Die grossen Halsschlagadern sieht man auf beiden Seiten, jedoch links auffallender als rechts, hüpfen. Verschiedene Hautvenen auf der Vorderfläche der Brust sind erweitert und stark gefüllt; ebenso findet sich unter dem linken Auge eine varixartige Blutadererweiterung. Der Puls schlägt in beiden Speichenschlagadern gleichzeitig, aber rechts stärker als links. Der Spitzenstoss ist sehr verstärkt und verbreitert; bei jeder Herzzusammenziehung wird die ganze Brustwand erschüttert. Druck auf das linke Sterno-Clavicular-Gelenk sowie auf die zweite und dritte Rippe wird neuerdings als schmerzhaft bezeichnet. Die neuralgischen Schmerzen im Gebiet des linken plexus brachialis treten noch zeitweise auf; dagegen werden seit dem 16. Januar Muskelzuckungen

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

im linken Arm nicht mehr beobachtet, während sich eigenthümliche Zuckungen im linken grossen Brustmuskel einstellen, die nicht gleichzeitig mit dem Spitzenstoss, sondern häufiger als die Herzaktionen erfolgen. Am 3. Februar wird eine Vergrösserung der Herzdämpfung nach oben bis zur dritten Rippe festgestellt, während der Spitzenstoss im vierten Interkostalraum zwei Querfinger ausserhalb der Brustwarzenlinie liegt.

Gegen Ende Februar besteht im dritten linken Zwischenrippenraum oberhalb der Brustwarze eine in ihrem allmäligen Wachsthum beobachtete hühnereigrosse pulsirende Geschwulst, die auf Druck schmerzhaft ist; sie verschwindet bei emporgehobenem Arm und lässt sich durch direkten sanften Druck in die Brusthöhle zurückbringen. Der Perkusionsschall ist auf ihr gedämpft; ihre Konsistenz ist prallelastisch, die bedeckende Haut nicht mit ihr verwachsen. Man sieht und fühlt bald über ihr, und zwar örtlich getrennt von dem Herzstoss, deutliches doppeltschlägiges Klopfen, und zwar fühlt man das stossweise Pulsiren auch in gleicher Deutlichkeit, wenn man die Finger an zwei entgegengesetzte Punkte der Geschwulstbasis anlegt (was bekanntlich als sicheres differentialdiagnostisches Zeichen eines Aneurysmas gegenüber einem Massivtumor von Bamberger angegeben ist). Die über dem Tumor zu hörenden Geräusche wechseln während der langen Beobachtungszeit häufig nach Qualität und Intensität. Meist hört man ein mässig starkes sausendes Schwirren, bisweilen bei doppeltem Blasebalggeräusch ein deutliches Kratzen. Ebenso schmerzhaft wie die Betastung der Geschwulst selbst ist der Druck auf die dritte und in geringerem Maasse auf die vierte Rippe von der vorderen Axillarlinie bis zum Sternalansatz. Zweifellos ist diese Schmerzhaftigkeit der Ausdruck der fortschreitenden Usurirung der genannten Rippen durch den andringenden aneurysmatischen Sack. Auf die jeweilige Ausdehnung dieser Usur liess sich kein bestimmtes Resultat gewinnen, weil die Palpation sowohl wegen ihrer grossen Schmerzhaftigkeit als der damit verbundenen naheliegenden Gefahr einer Ruptur nur sehr schonend und deshalb bei dem ziemlich starken Fettpolster durchaus unvollkommen vorgenommen werden konnte. Die Empfindlichkeit gegen Druck war eine derartige, dass sogar eine versuchsweise zum Schutze der Geschwulst um den Thorax gelegte weiche Flanellbinde absolut nicht vertragen wurde.

In Betreff der Diagnose des vorliegenden Falles, die bereits lange vor der Manifestation des typisch als Aneurysma charakterisirten pulsirenden Tumors als eine höchstwahrscheinliche gestellt war, konnte nunmehr selbstverständlich auch nicht mehr der geringste Zweifel obwalten. Es handelt sich um ein Aneurysma der Aorta und zwar des aufsteigenden Astes der-

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

selben. Für diese Lokalisation spricht mit ganzer Bestimmtheit ausser den sonstigen objektiven Symptomen sowie den subjektiven Erscheinungen der Sitz des ausgetretenen aneurysmatischen Sacks. Der zweite und dritte Interkostalraum links oberhalb des Herzens sind Prädilektionsstellen für die Aneurysmen der Aorta ascendeus.[1])

Mit der Vergrösserung des Aneurysmas nach aussen, das Anfang März eine mehr wurstförmige Gestalt angenommen hatte, gingen die subjektiven Beschwerden im Allgemeinen wesentlich zurück. Vor Allem verloren sich die anfangs oft unerträglichen, vom plexus brachialis durch den ganzen linken Arm einschliesslich der Finger ausstrahlenden Schmerzen mehr und mehr. Die paroxysmenartig auftretenden Herz-Palpitationen mit Beklemmung und Kurzathmigkeit wurden seltener und milder und stellten sich gegen Ende der Beobachtungszeit überhaupt nur noch nach schnellem Gehen ein. Von dauernden Beschwerden bestand schliesslich für gewöhnlich nur ein Gefühl unbestimmten Drucks in der Brust und die beschriebene Schmerzhaftigkeit bei der Betastung. Ausserdem fiel eine seit Wochen bestehende Trockenheit des Mundes auf, die den Patienten uuwillkürlich nöthigte, fortwährend unter schmatzendem Tone die Speicheldrüsen zur Sekretion anzuregen, eine Erscheinung, die ich bei der Durchsicht der einschlägigen Speziallitteratur nirgends erwähnt finde. Der Appetit des Mannes war wie seine Verdauungsfunktion ungestört. Dysphagie, welche nach Lebert in mehr als einem Drittel aller Fälle bei den Aneurysmen der ascendens und des arcus vorkommt, war niemals vorhanden. Sein Ernährungszustand war gut, sein Aussehen, abgesehen von einer ziemlich starken, übrigens wechselnden, Kongestion nach dem Gesicht, das eines gesunden Menschen. Seine Pupillen zeigten niemals eine Differenz noch ein sonstiges abweichendes Verhalten, Störungen des Sehvermögens (Doppeltsehen u. dgl.) bestanden nicht. Die Stimmbänder funktionirten stets in regelrechter Weise. Beide Radialarterien pulsirten gleichzeitig, doch war der Puls, dessen Verhalten im Uebrigen nichts Charakteristisches bot, links erheblich schwächer als rechts, offenbar in Folge der Kompression der Subclavia durch den aneurysmatischen Tumor. Im Laufe der Zeit wurde der erste Herzton vorübergehend durch ein blasendes Geräusch an der Herzspitze ersetzt, das nach etwa 14 Tagen wieder vollständig verschwand.

Der Mann wurde am 31. März als Ganzinvalide aus dem Lazareth entlassen. Das Aneurysma bestand in der beschriebenen Weise fort.

---

[1]) Vergleiche Lebert, Krankheiten der Arterien, 2. Auflage, Seite 391 und 398.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Doch war bei der Entlassung auch der Druck auf das sternale Ende der fünften Rippe schmerzhaft. Die Herztöne waren rein.

Vorstehender Fall bietet in zweifacher Hinsicht ein hervorragendes wissenschaftliches Interesse, und nach diesen Gesichtspunkten habe ich ihn seiner Zeit im Verein der Aerzte Düsseldorfs demonstrirt.

Zunächst betrifft er einen bei der Erkrankung noch nicht 20jährigen Jüngling. Das ist eine ausserordentliche Seltenheit. Lebert[1]) führt in einer 324 Fälle von Aneurysmen umfassenden tabellarischen Zusammenstellung für das Alter zwischen 16 und 20 Jahren nur einen Fall von Aorten-Aneurysma auf.

Ganz besonders interessant aber wird der Fall durch seine Aetiologie, wenn meine diesbezügliche Annahme, woran ich nicht zweifle, die richtige ist. Ich fasse nämlich das Aneurysma als eine direkte Folge des im Sommer vorher überstandenen Ileo-Typhus auf. In der Anamnese des bis dahin stets gesunden jungen Mannes ist kein anderes ätiologisches Moment für die Entstehung seines verhängsnissvollen Leidens aufzufinden. Er stammt aus erblich nicht belasteter Familie (Lancisi hat bekanntlich das Vorkommen von Aneurysmen bei mehreren Generationen derselben Familie beobachtet), er ist nicht syphilitisch erkrankt, auch keiner anderweitigen Quecksilber-Einwirkung ausgesetzt gewesen; er hat nicht dem abusus spirituos. gefröhnt; er hat nie eine grössere Kontusion oder sonstige mechanische Effekte erlitten, die in Betracht kommen könnten. Aber er hat, wie gesagt, einige Monate vorher einen ausgesprochenen Abdominal-Typhus durchgemacht. Nun ist es eine allgemein bekannte Thatsache, dass Aneurysmen, wenn nicht eine direkte mechanische Verletzung der Arterienwand vorliegt, durch theils einfache, theils atheromatöse arteriitische Entzündungsprozesse mit ihren Ernährungsstörungen und den daraus resultirenden Degenerationen bedingt werden. Dass das Typhus-Virus aber wie auf alle Gewebe des menschlichen Organismus so auch auf die Struktur der Gefässwandungen seinen degenerirenden und nekrotisirenden Einfluss auszuüben vermag, ist a priori zweifellos, wird auch durch das häufige Nasenbluten im Verlaufe oder im Gefolge eines Typhus, ohne dass Geschwüre der Nasenschleimhaut vorliegen, bewiesen. An der Hand dieser Erwägungen gelange ich zu dem Schluss, dass das vorliegende Aneurysma eine direkte Folgewirkung des überstandenen Typhus darstellt. Weder in der erwähnten Monographie von Lebert noch in der mir sonst zugänglichen Speziallitteratur habe ich den Ileo-Typhus unter den ätiologischen

[1]) l. c. S. 378.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Faktoren für das Zustandekommen von Aneurysmen aufgeführt gefunden, auch theilte mir der vielerfahrene vortreffliche Beobachter und Forscher Professor Leichtenstern in Köln, der gerade auch auf diesem Gebiete eingehend gearbeitet hat, noch jüngst gesprächsweise mit, dass ihm weder aus seiner eigenen Erfahrung noch anderweitig die referirte Aetiologie bekannt sei.

2. Doppeltseitige fibrinöse Lungenentzündung bei ausgedehnter chronischer käsiger Pneumonie.

Der einzige letal verlaufene Fall der im Berichtsjahr 1891/92 auf meiner Station behandelten 28 Lungenentzündungen betraf eine doppeltseitige Pneumonie, die sich in einer von alten käsigen Herden hochgradig durchsetzten Lunge entwickelt hatte. Dieses Zusammentreffen mag an sich nicht gerade besonders selten sein. Immerhin aber bietet der Fall manches Interessante.

Der von gesunden Eltern stammende und bis dahin, abgesehen von zeitweiligem Husten, angeblich immer gesunde, wenig kräftig entwickelte 22jährige Füsilier G. ging am 16. Januar 1892 dem Lazareth zu, nachdem er seiner Angabe nach am 13. Januar mit Seitenstichen, Kurzathmigkeit und quälendem Hustenreiz erkrankt war, aber gleichwohl seinen Dienst bis zum Tage seiner Aufnahme gethan hatte. Es bestand starke Dyspnoë bei einer Temperatur zwischen 39 und 40° C. Der Anschlageschall über beiden Lungenspitzen erwies sich bis zur zweiten Rippe abgeschwächt (rechts mehr als links); man hörte daselbst verschärftes Athmen mit zahlreichen Rasselgeräuschen. Ueber der rechten Lunge bestand hinten unten vom Schulterblattwinkel abwärts geschlossene Dämpfung mit bronchialem Athmen und Knisterrasseln. Ueber den übrigen Lungenbezirken hörte man überall katarrhalische Geräusche (Giemen, Pfeifen und Schnurren). Die hochgradige Dyspnoë nahm im Verlauf der ersten Woche noch mehr zu; der Puls wurde unregelmässig und schwach. Am 23. Januar erschien auch in der Höhe des linken Schulterblattwinkels eine Dämpfung, die am 25. den ganzen linken Unterlappen bei bronchialem Athmen umfasste. Das von Anfang an sehr spärliche, mühsam expektorirte, schleimigeitrige, zeitweise übelriechende und nur angedeutet pneumonisch gefärbte Sputum wurde häufig ohne Erfolg auf Tuberkelbazillen untersucht. Dagegen fanden sich in demselben zahlreiche wohlcharakterisirte Fränkel'sche Pneumokokken. Der Tod erfolgte am 28. unter starker Cyanose und Trachealrasseln, nachdem schon Stunden lang Bewusstlosigkeit bestanden hatte.

Bei der Sektion wurden beide Lungen gross und schwer und zwar linkerseits ganz luftleer, rechterseits nur in den unteren Partien etwas

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

lufthaltig befunden. Auf Durchschnitten zeigte sich das ganze Lungengewebe von in den Oberlappen sehr dicht stehenden, nach unten spärlich werdenden gelbgrauen, käsigen Herden von Erbsen- bis Bohnengrösse durchsetzt, wärend sich das übrige Gewebe im Zustand der rothen pneumonischen Hepatisation, im unteren Theile des linken Unterlappens im Zustande der blutigen Anschoppung befand. Einige zentral gelegene Knoten der Spitze waren erweicht. Die Bronchialdrüsen waren bis zu Haselnussgrösse geschwollen und gleichfalls käsig degenerirt. Von ihnen sowohl wie von den verkästen Herden der Lungen wurden nachträglich sehr zahlreiche mikroskopische Präparate gemacht und ohne positiven Erfolg auf Tuberkelbazillen durchforscht.

Der Fall, an sich dadurch bemerkenswerth, dass ein chronisch so schwer kranker Mann noch drei Tage lang trotz der hinzugetretenen akuten Lungenerkrankung seinen anstrengenden Dienst zu leisten vermochte, bietet das doppelte wissenschaftliche Interesse, dass es sich einmal um eine typische doppeltseitige Pneumonie bei einer mit zahlreichen alten käsigen Herden durchsetzten Lunge handelt, und dass anderseits die alten käsigen Herde nicht oder vielmehr nicht mehr bazillärer Natur waren. Ich lege Werth auf die Fassung „nicht mehr bazillärer Natur". Denn ich zweifle nicht daran, dass es sich bei dem Manne ursprünglich um eine bazilläre Tuberkulose gehandelt hat. Die Bazillen sind nur im weiteren Verlaufe des tuberkulösen Prozesses, mit dem fortschreitenden Zerfall, der zunehmenden Nekrose mehr und mehr zu Grunde gegangen, bis sie schliesslich nur „die Folgen ihres verderblichen Wirkens als Merkzeichen" hinterliessen.[1])

Ich möchte bei dieser Gelegenheit ein Wort über die während des Berichtsjahres auf der diesseitigen Station geübte Pneumonie-Behandlung anfügen.

Angeregt durch die enthusiastische Empfehlung Petresco's,[2]) der auf dem X. internationalen Kongress zu Berlin in den hohen Dosen der Digitalis geradezu ein Specificum gegen die Pneumonie schildert, hatte ich bereits im vorvergangenen Berichtsjahr Versuche mit dieser Behandlungsmethode begonnen. Der Erfolg dieser Versuche ermunterte mich zur Fortsetzung derselben im vorliegenden Berichtsjahr, und so habe ich mit Ausnahme des von vornherein für diese immerhin heroische Therapie

---

1) Vergleiche C. Fränkel, Grundriss der Bakterienkunde. 3. Auflage Seite 324.

2) Therapeutische Monatshefte 1891, Februarheft.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

ungeeignet erscheinenden eben referirten letalen Falles die übrigen 27 Fälle von Lungenentzündung sämmtlich dieser Behandlungsmethode unterzogen, derart, dass ein Infus von 3,0 bis 4,0 fol. digital. auf 200 aqua anfangs stündlich, später zweistündlich verabreicht wurde. Mit dieser Therapie kombinirte ich von vornherein ein roborirendes Verfahren durch Verabreichung von Milch, Bouillon mit Ei, Portwein bezw. Ungarwein, sowie in besonders schweren Fällen reichlich Cognak mit Eigelb. Die Erfolge waren günstige, wenn auch durchaus nicht so unmittelbar in die Augen fallend, wie sie Petresco beschreibt. Vor Allem konnte ich nach den diesjährigen Erfahrungen eine wesentliche Abkürzung des pneumonischen Prozesses durch das Verfahren nicht feststellen, wie eine solche noch neuerdings von Hoeppel[1]) behauptet wird. Die kritische Entfieberung trat nur in einem Falle am dritten und in einem Falle am vierten Tage ein. Dagegen wurde sehr häufig das Fieber und in fast allen Fällen die Athemnoth sichtlich günstig beeinflusst, wie auch stets eine Kräftigung des Pulses und der Herzthätigkeit unverkennbar war. Eine toxische Wirkung habe ich in keinem Falle wahrgenommen, obgleich bisweilen 8,0 Digitalis in dreimal 24 Stunden gebraucht wurde, auch keine schädliche Alteration der Magen- und Darmthätigkeit. Meine Beobachtungen sind selbstverständlich viel zu wenig zahlreich, um darauf ein abschliessendes Urtheil gründen zu können. Jedenfalls aber verdient das Verfahren, das, wie mir wohl bekannt ist, von autoritativen Klinikern als ein zweischneidiges Schwert angesehen wird, eine weitere eingehende klinische Nachprüfung.

3. Herzklappenfehler (Stenose der Aorta) nach Tripper-Rheumatismus.

Der von gesunden Eltern stammende und bis zu seiner Aufnahme ins Lazareth angeblich niemals ernstlich krank gewesene 20jährige Husar Ch. war bis zum 4. Juni 1891 neun Wochen lang an einem Tripper mit rheumatischer Erkrankung beider Kniegelenke und im Bereiche des oberen Tibiaendes auf der gemischten Station des Lazareths behandelt worden. Während sich in den schmerzhaften Kniegelenken selbst keine palpablen oder sonst objektiv in die Erscheinung tretenden Veränderungen feststellen liessen, fand sich beiderseits etwa drei Finger breit unterhalb der Patella auf der Vorderfläche der Tibia eine deutlich geschwollene auf Druck sehr schmerzhafte Stelle von dem Umfang eines Zweimarkstückes. Diese Beschwerden wurden zuerst etwa eine Woche nach dem Auftreten des Trippers geklagt. Die Schmerzen im linken Knie wurden erheblich stärker als die

[1]) Therapeutische Monatshefte, Aprilheft 1892.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

im rechten Knie angegeben. Unter geeigneter neunwöchentlicher Behandlung war sowohl der Tripper als der Gelenkschmerz beseitigt, doch bestand noch, wenn auch in vermindertem Maasse und nur noch auf direkten Druck schmerzhaft, die erwähnte Verdickung auf beiden oberen Tibialenden. Die beschriebenen Erscheinungen mussten und müssen mangels jeder anderen ätiologischen Erklärung als Tripper-Rheumatismus aufgefasst werden.

Am 4. Juni trotz der noch bestehenden Druckempfindlichkeit als geheilt entlassen, musste der p. Ch. bereis nach zwei Tagen wegen eines durch unmässigen Biergenuss hervorgerufenen Tripperrezidivs von Neuem ins Lazareth aufgenommen werden, wo sich bald die Erscheinungen eines Blasenkatarrhs hinzugesellten. Auch wurden nach einigen Wochen drückende Schmerzen in der Nierengegend geklagt unter gleichzeitigem Auftreten von Eiweiss, das sich 12 Tage lang in allmälig abnehmender Menge im Urin hielt, um dann dauernd zu verschwinden. Cylinder- und Nierenepithelien liessen sich während der Albuminurie niemals nachweisen. Dagegen hatte sich unter schmerzhaftem Druck- und Unruhegefühl in der Herzgegend bei mässigem abendlichen Fieber eine beschleunigte und unregelmässige Herzthätigkeit eingestellt und man hörte über allen Herzostien und den grossen Gefässen ein lautes systolisches Blasen. Zu gleicher Zeit bestand infolge des Herzklopfens hartnäckige Schlaflosigkeit und es wurde eine Verbreiterung der Herzdämpfung wahrgenommen. Am 20. Juli wurde der Mann nach definitiver Heilung des Trippers auf die innere Station aufgenommen. Hier wurde festgestellt, dass der dünne und harte Puls trotz fortwährenden vorsichtigen Digitalisgebrauchs in der Ruhe zwischen 70 und 96 Schlägen schwankte, aber schon nach geringen Körperbewegungen auf 100 bis 120 Schläge stieg. Der Herzstoss überschritt die Mammillarlinie nach links und war in einigen Zwischenrippenräumen wahrnehmbar. Es bestand nicht nur eine Verbreiterung der Herzdämpfung nach beiden Seiten, sondern auch eine Vergrösserung derselben im Höhendurchmesser. Dabei lokalisirte sich das scharfe und laute systolische Blasen mehr und mehr im zweiten rechten Interkostalraum dicht am Sternalrande. Das Allgemeinbefinden war in der Ruhe, abgesehen von zeitweiligen Anfällen von nächtlichem Herzklopfen und leichtem Druckgefühl in der linken Brusthälfte, ein gutes. Es handelte sich offenbar um eine entwickelte und gut kompensirte Stenose der Aorta, hervorgerufen und zurückgeblieben von der im Verlaufe der Gonorrhoe überstandenen Endocarditis.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Ist diese Endocarditis nun in einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Tripper bezw. dem Tripper-Rheumatismus zu setzen oder haben wir dieselbe als eine unabhängige, zufällige Komplikation aufzufassen? Wenn auch hier wie so oft bei der ätiologischen Deutung von Krankheitszuständen ein Beweis im Sinne mathematischer Unantastbarkeit nicht zu erbringen ist, so hiesse es meines Erachtens doch den Gesetzen einer objektiven, auf wissenschaftliche Beobachtung gegründeteten Schlussfolgerung Gewalt anthun, wollte man das Vorhandensein oder doch die hohe Wahrscheinlichkeit eines solchen Kausalnexus in diesem Fall von der Hand weisen. Für mich ist es zwar ganz zweifellos, dass es eine primäre idiopathische, einen bis dahin gesunden Menschen in Folge von Erkältungseinflüssen befallende Endocarditis giebt; denn ich habe eine derartige Entstehung vor einigen Jahren bei einem absolut gesunden Manne nach einer starken Durchnässung ohne Miterkrankung der Gelenke selbst beobachtet. [Friedreich[1]) fasst eine solche akute Erkältungs-Endocarditis ohne Gelenkrheumatismus als „eine Art von Aequivalent für den Rheumatismus der peripherischen Theile“ auf.] Aber für die Mehrzahl der Fälle scheint es sich ursächlich nach Strümpell[2]) „vorzugsweise, wenn nicht ausschliesslich“ — um infektiöse Entzündungserreger zu handeln. Eine ganze Reihe infektiöser Grundleiden ist diesbezüglich seit lange bekannt. Darunter steht bei Weitem in erster Linie der akute Gelenkrheumatismus. Des Trippers bezw. des Tripperrheumatismus finde ich dagegen in der von mir durchgesehenen Litteratur nur von Strümpell[3]) in ätiologischer Beziehung gedacht, mit den Worten: „Selten, aber sicher konstatirt ist das Entstehen der Endocarditis im Anschluss an eine Gonorrhöe bezw. den gonorrhoischen Gelenk-Rheumatismus.“ Die Lehr- bezw. Handbücher von Seitz-Niemeyer, Kunze, Friedreich erwähnen den Tripper an den betreffenden Stellen gar nicht und Zeissl[4]) hat trotz seines gewaltigen Materials bei gonorrhoischem Rheumatismus „noch niemals eine Peri- oder Endocarditis beobachtet“. In unserem Falle nun ist eine idiopathische Entstehung der Endocarditis so ziemlich mit Sicherheit auszuschliessen, da der Mann das Bett hütete. Von irgend einem sonstigen infektiösen oder ulzerösen Grundleiden war bei ihm keine Rede. Aber er litt an Tripper und Tripper-Rheumatismus. Bei dieser Sachlage halte ich die Annahme eines kausalen Zusammenhangs für nicht wohl abweisbar.

---

[1]) Friedreich, Krankheiten des Herzens, 2. Auflage, Seite 207.

[2]) Strümpell, Spec. Pathologie und Therapie I. Band, II. Auflage, Seite 409.

[3]) l. c.

[4]) Zeissl, Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis. Seite 68.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

4. Perforations-Peritonitis in Folge von Perforation des Wurmfortsatzes durch eine weisse Bohne.

In der Aetiologie der sogenannten Perforations-Peritonitis nehmen bekanntlich die entzündlichen und geschwürigen Prozesse des Wurmfortsatzes die erste Stelle ein. Fast immer bilden in dem Wurmfortsatz festsitzende harte Körper die direkte mechanische Ursache für derartige ulcerirende bezw. nekrotisirende Vorgänge. Und zwar sind es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle im processus vermiformis selbst zur Entwickelung gelangte feste Konkremente vulgo „Kothsteine", mögen dieselben nun, welchen Modus Niemeyer[1]) konstruirt, aus „eingedicktem blennorrhoischen Sekrete" bestehen, oder mögen es kleine Partikel eingedrungener Fäkalmassen sein, die nach der Resorption ihres Wassergehalts sich allmälig mit Kalksalzen inkrustirten, oder mag ein hineingelangter kleiner Fremdkörper (kleine Frucht- oder Samenkerne u. dgl.) das Zentrum für die Bildung des Kothsteins geliefert haben. Jedenfalls dürfte die Anwesenheit eines grösseren, als solcher eingedrungenen Fremdkörpers im Wurmfortsatze eine recht grosse Seltenheit sein, wie mir auch von erfahrenen Klinikern auf Grund zahlreicher Sektionsbefunde mündlich bestätigt worden ist; sicherlich weit seltener als man es nach den diesbezüglichen traditionellen Schilderungen in den Lehr- und Handbüchern erwarten sollte. Und sehr berechtigt scheint mir in dieser Beziehung die Bemerkung Strümpell's[2]) zu sein: „Die Kothsteine bekommen häufig eine so abgerundete Gestalt, dass sie früher vielfach irrthümlicherweise für stecken gebliebene Kirschkerne gehalten worden sind."

Um so mehr überraschte es mich, im Laufe des Berichtjahres bei der Obduktion eines an Perforations-Peritonitis verstorbenen Kranken meiner Station eine veritabele, makroskopisch wie mikroskopisch und durch ihr chemisches Verhalten als solche erwiesene sogenannte weisse Bohne als perforirenden Fremdkörper vorzufinden.

Der Füsilier G. ging am 15. August 1891 dem Lazareth zu, nachdem er am Tage vorher beim Exerziren ohnmächtig geworden war und in der darauf folgenden Nacht angeblich einen Schüttelfrost und heftige Schmerzen im Unterleib gehabt hatte. Bei der um die Mittagszeit erfolgten Aufnahme betrug die Temperatur 40°, die Frequenz des sehr kleinen Pulses 1:0 Schläge, die Athmungsfrequenz 30 in der Minute. Er klagte über unerträgliche Schmerzen im Unterleib, namentlich in seiner rechten Hälfte. Der meteoristisch gespannte Bauch war sehr druckempfindlich. Jede Bewegung

[1]) Pathologie und Therapie, 9. Auflage, Band I, 2 Seite 611.

[2]) Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten, I. Band, Seite 633.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

der Beine verursacht stechenden Schmerz im Leibe. Ordination: Eingiessung in den Mastdarm, vier Blutegel in die Ileo-Coecal-Gegend, Eisblase, zweistündlich 0,03 Opium und ausserdem eine Morphium-Injektion von 0,01; gegen den Durst Eispillen. Am nächsten Morgen bestehen nach ziemlich schlafloser Nacht die Schmerzen in derselben Weise fort; am Nachmittag tritt Erbrechen ein. Auf eine nochmalige Eingiessung erfolgt zweimaliger dünner, mit harten Ballen vermischter Stuhl. Die Temperatur erreichte nicht mehr 39°. Der Schlaf ist darauf in der Nacht besser, die Schmerzen sind geringer; der Puls langsamer und kräftiger. Am folgenden Nachmittag erfolgt spontan diarrhoischer Stuhl. Morgentemperatur dieses Tages (17. August) 38,8°, Abendtemperatur 38,9°. 18. August Schmerzen im Unterleib unverändert; zweimaliges galliges Erbrechen. Temperatur Morgens 37,9°, Abends 37,3°; 76 kräftige Pulsschläge. 19. August. Nach leidlichem Schlaf beschränkt sich die Schmerzhaftigkeit wesentlich auf die Ileo-Coecal-Gegend. Man fühlt daselbst trotz des noch immer starken Meteorismus einen Tumor, über dem grosse Druckempfindlichkeit besteht. Ein freier Erguss in die Bauchhöle ist nicht nachweisbar. Temperatur Morgens 37,7°, Abends 38,7°; Puls langsam, voll und regelmässig. 20. August. Patient hat weniger Schmerzen, fühlt sich aber sehr matt. Der lokale Befund unverändert. Temperatur Morgens 37,0°, Abends 38,1°. Therapie: Statt der Eisblase hydropathischer Umschlag, ein Löffel Rizinusöl, ausserdem Opium. Diät flüssig aber roborirend: Bouillon mit Ei, Milch, Portwein. 21. August. Der Bauch ist nur noch über dem Tumor in der rechten Seite druckempfindlich; zuweilen ausstrahlende Schmerzen im rechten Bein, dessen Bewegungen nach wie vor mit Schmerzhaftigkeit verbunden sind. Temperatur Morgens 37,1°, Abends 38,5°; Puls 96. 22. August. Allgemeinbefinden wesentlich besser: 86 kräftige Pulsschläge, fieberfrei. 23. August. Nach reichlicher Stuhlentleerung ziemliches Wohlbefinden. Die meteorische Auftreibung des Leibes hat nachgelassen. Guter Appetit. Temperatur Morgens fieberfrei, Abends 38,0°. 24. August. Gutes Allgemeinbefinden. Die Schmerzen beschränken sich auf den in der Ileo-Coecal-Gegend zu fühlenden, sich bis zur linea alba erstreckenden Tumor. 25. August. Auch heute gutes Befinden, zweimaliger breiiger Stuhlgang; guter Appetit; 72 kräftige Pulsschläge; fieberfrei.

26. August. Nachdem sich der Kranke in der Nacht und am Vormittage unverändert gut gefühlt, hatte er gegen Mittag zweimal unter mässiger Anstrengung härteren Stuhlgang, hatte aber unmittelbar hinterher nichts Besonderes zu klagen, bis er um 2½ Uhr von einem heftigen

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Schüttelfrost befallen wurde, dem Bauchschmerzen, Schmerzen in der rechten Brusthälfte und in der Gegend des Schwertfortsatzes, Athembeschwerden und Erbrechen folgten. Der Puls (90 bis 100 Schläge) blieb dabei zunächst ziemlich kräftig, die Temperatur unter 38,0°. Nachdem sofort wieder eine leichte Eisblase auf die rechte Bauchseite gebracht war, blieb das Befinden bis Abends gegen 8 Uhr unverändert und noch nicht unmittelbar besorgnisserregend. Dann erfolgte nochmals Erbrechen, und es stellten sich bald unter hochgradiger Athemnoth und profusen Schweissen heftige Schmerzen über den ganzen Leib ein, während die Pulsfrequenz auf 140 stieg. Trotz reichlicher subkutaner Anwendung von Kampher-Aether wurde der Puls immer frequenter und eilender (von 9 Uhr an unfühlbar), die Respiration fliegend und oberflächlich, das Sensorium bei zusehends verfallendem Gesicht benommen, die Extremitäten kühl. Dieser Zustand hielt sich bis zu dem Morgens um 4 Uhr eintretenden exitus letalis. Die Temperatur hatte 38,2° C. nicht überstiegen.

Die am 29. August genau ausgeführte Obduktion ergab neben ausgedehnten peritonitischen flächenhaften und strangförmigen Verwachsungen älteren Datums, die sich nur in geringem Grade nach der linken Hälfte der Peritonealhöhle erstreckten, die Erscheinungen einer intensiven frischen Peritonitis mit einem massigen, kothig riechenden, trüben, gelblichen Flüssigkeitserguss in die Bauchhöhle. Mit dieser Flüssigkeit, die sofort nach Eröffnung des Bauchfells hervorquoll, wurde ein weissgelblicher, bohnenförmiger, aussen intensiv kothig riechender, 12 mm langer, 5 mm breiter und 2,5 mm dicker Fremdkörper nach aussen gespült, der schon makroskopisch an seiner Struktur in der Gegend seiner konkaven Einkerbung als sogenannte „weisse Bohne“ erkennbar war und hinterher durch sein chemisches und mikroskopisches Verhalten als solche zweifelfrei erwiesen wurde. Der 3 cm lange, weite Processus vermiformis war an seinem peripheren Ende schmutzig blauschwarz verfärbt und durchlöchert. In der Oeffnung desselben lag ein 8 mm langer, 3 mm dicker, unregelmässig eiförmig gestalteter, in Wasser untersinkender Kothstein, der auf der Oberfläche gelblich verfärbt, auf dem Durchschnitt von kalkiger Beschaffenheit und von weisslicher Farbe erschien. Ferner fand sich, um nur das Wichtigste aus dem Sektionsprotokoll hervorzuheben, in dem Douglas'schen Raume eine mit einer dicken Eitermembran ausgekleidete, zwei Fäuste grosse Höhle mit trübgelber eitriger Flüssigkeit, in welcher wie in der auskleidenden Membran unter dem Mikroskop zahlreiche Eiterkörperchen nachgewiesen wurden.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Aus diesem hochinteressanten Leichenbefunde darf geschlossen werden, dass es sich ursprünglich um eine vom Blinddarm ausgegangene und nach Abkapselung eines eitrigen Exsudats auf dem besten Wege zur Heilung begriffene akute partielle Peritonitis gehandelt hat. Mit dieser Auffassung stimmt die am Krankenbett gemachte klinische Beobachtung überein; speziell auch lassen sich die erwähnten ausstrahlenden Schmerzen im rechten Bein zwanglos durch den direkten Druck des Exsudats auf die Nervengeflechte der rechten Beckenseite erklären. Durch das gewaltsame Pressen bei der in der Krankengeschichte erwähnten etwas schwierigen Stuhlentleerung wurde dann der im Wurmfortsatze lagernde Fremdkörper (Bohne) durch das bereits von der früheren Attacke usurirte (drucknekrotische) Gewebe gedrängt, und es erfolgte die schon intra vitam unverkennbare, stürmisch verlaufende und tödtliche Perforations-Peritonitis. Es ist nicht zu kühn kombinirt, wenn man annimmt, dass auch die ursprüngliche Peritonitis durch den Reiz der im Wurmfortsatz lagerndeu beiden Fremdkörper, vielleicht unter der Gelegenheitsursache einer besonderen körperlichen Anstrengung beim Exerziren, ursächlich bedingt war, in dem Sinne, dass schon damals eine theilweise Drucknekrose des processus vermiformis und hierdurch eine Invasion offensibler Entzündungserreger aus dem Darm in die Bauchhöhle stattgefunden hat.

5. Drei Fälle von Urämie bei akuter Nephritis.

Von altersher als die gefährlichste Komplikation der Nephritis in ihren klinischen Erscheinungen und in ihrem allgemeinen direkten Kausalnexus zu der Nierenerkrankung wohl bekannt, von den scharfsinnigsten klinischen Koryphäen auf experimentellem und kombinatorischem Wege studirt und hypothetisch erklärt, ist die Urämie ätiologisch immer noch in Dunkel gehüllt. Keine einzige der bekannten Theorien vermag eine für alle Fälle passende zweifelfreie Erklärung für die Entstehung des urämischen Anfalls zu geben. Während indessen die bei ihrer Aufstellung im Anfang der fünfziger Jahre vielfach adoptirte Hypothese von Frerichs, dass das nach seiner Auffassung im Blute unter dem Einfluss eines Ferments aus dem Harnstoffe gebildete kohlensaure Ammoniak die Erscheinungen der Urämie hervorrufe, angesichts der beweiskräftigen Untersuchungen von Voit, Treitz, A. Bernard, Kühne, Strauch u. A. unhaltbar geworden ist, während ferner die Traube'sche Theorie, welche die Krampfanfälle durch die Annahme eines akut entstehenden Gehirnödems in Folge einer durch Hypertrophie des linken Ventrikels bedingten abnorm hohen Spannung des Aortensystems erklärt, ganz gewiss auf eine grosse Reihe von Fällen, vor Allem auf die im frühen Stadium

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

der akuten Nierenentzündung auftretenden Formen, wie die von mir gleich zu referirenden drei Beobachtungen, nicht passt, weil ihre erste Voraussetzung, die Herzhypertrophie, fehlt, lassen sich doch die meisten Fälle plausibel durch die jetzt am meisten verbreitete und auch a priori am nächsten liegende Annahme erklären, dass die Urämie die Reaktion des Organismus auf die Retention und Anhäufung von Harnbestandtheilen im Blute bezw. in den Geweben darstellt. Ich wähle mit Absicht den Ausdruck „Harnbestandtheile"; denn ob und inwieweit der Harnstoff ätiologisch die Hauptrolle spielt oder ob anderen Bestandtheilen (den Kalisalzen etc.) eine ursächliche Bedeutung zukommt, das muss, soweit mir aus der einschlägigen Litteratur bekannt, zur Zeit noch dahin gestellt bleiben. Dass aber auch diese Theorie der Giftwirkung der Retentionsstoffe nicht alle klinisch beobachteten Fälle von Urämie genügend zu erklären vermag, besonders nicht solche Fälle, die sich im Verlauf einer Nierenerkrankung plötzlich ohne irgend eine vorhergegangene Abnahme der Urin-Ausscheidung einstellen, dass andererseits auch die wiederholt berichtete klinische Beobachtung von mehrtägiger vollständiger Anurie ohne jegliche urämische Erscheinungen gegen die geschilderte ätiologische Deutung zu sprechen scheint, ist sattsam bekannt und nach allen Richtungen in den besseren neueren Handbüchern ventilirt.

Gemäss dem oft so wunderbaren Spiel der sogenannten Coincidenz der Fälle stellte sich bei den im Laufe des Berichtsjahres auf meiner Station überhaupt zur Behandlung gelangten drei Nephritiden in jedem Falle Urämie ein.

Alle drei Fälle betrafen junge kräftige, vorher gesunde Männer im Alter von 20 bis 24 Jahren, zwei Ulanen und einen Ulanen-Unteroffizier, die sämmtlich bis zu ihrer Aufnahme ins Lazareth oder doch bis wenige Tage vorher ihren Dienst versehen hatten. Jedesmal handelte es sich um eine akute Nephritis, was betont zu werden verdient, weil bei dieser Form bekanntlich die bei der chronischen Nierenentzündung so gefürchteten urämischen Anfälle relativ selten vorkommen und sich im Allgemeinen leichter zu gestalten pflegen. In den Fällen a. und b. ist die Erkrankung als eine sogenannte „primär idiopathische oder Erkältungs-Nephritis" aufzufassen, da die Krankmeldung durch die subjektiven Beschwerden und die objektiven Erscheinungen einer Angina motivirt war, in dem Falle c. als eine traumatische, wie sich aus dem Detail der Krankengeschichte ergeben wird.

Fall a.

Der Ulan S. war 4 Tage lang wegen einer fieberhaften Mandelentzündung im Revier behandelt und dann wegen aufgetretener Oedeme

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

dem Lazareth überwiesen worden. Bei der am 9. März 1892 erfolgten Aufnahme auf die Station bestand ausser einer leichten Mandelentzündung und eines unbedeutenden Bronchialkatarrhs ein mässiger allgemeiner Hydrops, besonders deutlich am rechten oberen Augenlid und an den unteren Extremitäten ausgeprägt. Der Urin war sehr sparsam und stark eiweisshaltig; seine 24-stündige Menge betrug nur $^1/_2$ Liter; er sah dunkel und blutig aus und setzte ein bräunlichschwarzes Sediment ab, in welchem sich mikroskopisch rothe Blutkörperchen, körnig entartete Rundzellen und eine grosse Menge körniger, mit Epithelien und auch mit Blutkörperchen bedeckter Cylinder, sowie isolirte Nierenepithelien nachweisen liessen. Das Herz liess keine krankhafte Veränderung erkennen. Die Behandlung bestand in hydropathischen Einpackungen, trockenen Schröpfköpfeu in die Nierengegend und Darreichung von Liqu. Kal. acet. (20,0 : 200,0 zweistündlich ein Esslöffel). Schon in der Nacht vom 10. zum 11. März traten, nachdem die Oedeme stärker und allgemeiner geworden, und heftige Kopfschmerzen geklagt waren, auch das Sensorium zeitweise getrübt war, in kurzen Pausen zahlreiche urämische Krampfanfälle klonischer Natur ein. Am folgenden Tage beginnendes Lungenödem. Trotz Exzitantien, Champagner, Portwein, schwarzen Kaffees, Kampher-Aether etc., sowie warmer Bäder mit kalten Uebergiessungen, welch Letztere immer einen unverkennbar günstigen aber leider vorübergehenden Einfluss auf die Vertiefung der Respiration ausübten, trat der Tod am 13. März 1892 ein, nachdem am Tage vorher stündlich eintretende profuse Schweisse eine sichtliche Abnahme des Anasarka bewirkt und die Hoffnung auf die Möglichkeit einer Besserung wachgerufen hatten. Auch die Harnsekretion war bereits am 11. März 1892 soweit wieder angeregt, dass am Nachmittag dieses Tages doch 1000 ccm trüben, dicken, spezifisch schweren (1,034) neutralen Harns gelassen wurden, in dem sich wieder sehr viel Eiweiss, Cylinder, Epithelien sowie rothe und weisse Blutkörperchen fanden. Die Sektion wurde von den Eltern, die die Leiche in die Heimath überführten, leider nicht gestattet. Es handelt sich offenbar um eine akute diffuse (bezw. von einigen Autoren ausschliesslich als „parenchymatös“ aufgefasste) Nephritis. Dafür sprechen das Fieber (Abends bis 39° C.) und der mikroskopische Befund.

Fall b.

Auch in diesem Falle eröffneten urämische Anfälle fast unmittelbar das Krankheitsbild der Nierenentzündung. Der Ulan Kl. ging am 7. Januar 1892 ebenfalls mit den Beschwerden und dem Befunde einer katarrhalischen Mandelentzündung der Station zu, nachdem er wegen

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

desselben Leidens in kurzen Intervallen schon mehrmals revierkrank gewesen war. Bei der Aufnahme fiel ausser einer ausgesprochenen Röthung und Schwellung der Mandeln ein geringes Oedem der Füsse um die Knöchel herum auf. Die sofortige Untersuchung des Urins ergab in chemischer Hinsicht einen mässigen Eiweissgehalt, in mikroskopischer blutige und epitheliale Cylinder sowie isolirte Epithelien und rothe und weisse Blutkörperchen. Die Menge des Urins war spärlich; seine Farbe schmutzig braun; das spezifische Gewicht etwas erhöht. Es bestand geringes Fieber. Herzdämpfung nicht vergrössert, Herztöne rein. Es wurden wiederum hydropathische Einwickelungen, reizlose Diät und innerlich Liqu. Kal. acet, 15,0 : 180 zweistündlich ein Esslöffel verordnet. Bereits am nächsten Tage trat ein urämischer Anfall mit äusserst heftigen klonischen Zuckungen und nachfolgendem tiefen Sopor, der bald in vollständiges Koma überging. Der Mann lag bis zum folgenden Tage trotz mehrfacher lauwarmer Bäder mit kalten Uebergiessungen bewusstlos da, mühsam und schnarchend athmend und hier und da mit den Zähnen knirschend. Dann wurde er sehr unruhig, warf sich im Bette hin und her, gab auf Befragen keine Antwort und verweigerte nach wie vor jede Annahme von Speise und Trank. Der Puls blieb kräftig. Da auch am dritten Tage das Sensorium nicht freier wurde, auch ein vollständiger Trismus der Kaumuskulatur eingetreten war, ferner auch der intensive Gestank des mit Mühe aufgefangenen Urins sowie der urinöse Geruch der Haut und des Athems auf eine hochgradige Ueberladung des Blutes und der Gewebe mit offensibelen Harnbestandtheilen schliessen liess, so wurden durch einen Aderlass etwa 300 ccm Blut aus einer Armvene entnommen, und im unmittelbaren Anschluss die gleiche Quantität lauwarmer physiologischer Kochsalzlösung mittelst einer mit einem gewöhnlichen Irrigator verbundenen Dieulafoie'schen Hohlnadel in das subkutane Gewebe zwischen den Schulterblättern mit nachfolgender Massage infundirt, in der Absicht, dadurch sowohl einem Kollaps vorzubeugen als auch eine Dilution des Blutes herbeizuführen. Der Erfolg dieser Eingriffe war ein in die Augen fallender. Das Sensorium wurde fast unmittelbar freier, wenn auch noch nicht ganz klar; die tonische Spannung der Muskeln hörte auf, und es wurde, freilich mit Widerstreben, auf energische Aufforderung, zum ersten Mal wieder Getränk (Milch) genommen. Es bestand indessen noch grosse Somnolenz, und da der Puls ziemlich schwach geworden war, wurde am Abend eine Kampher-Aether-Injektion gemacht. Am folgenden Tage ist das Bewusstsein des Kranken klar; er klagt über heftige Kopfschmerzen und erinnert sich der Vorgänge der letzten Tage nicht. Der Urin, der

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

weniger trübe und weniger stinkend ist, enthält ziemlich viel Eiweiss und die erwähnten Formelemente. Unter dem vorsichtigen Gebrauch von lauwarmen Bädern bei milder flüssiger Diät (wesentlich Milchdiät) und der abwechselnden Darreichung von Liqu. Kali acet. und Tannin verschwinden allmälig sowohl die in den ersten Tagen noch recht heftigen Kopfschmerzen als auch das abnorme Verhalten (chemische sowohl wie mikroskopische) des Urins. Am 17. Januar 1892, also am 10. Tage nach der Aufnahme des Mannes in das Lazareth, ist derselbe eiweissfrei, aber über die Norm in seiner Menge vermehrt, sowie sehr hell und spezifisch leicht. In dieser Beschaffenheit (die Tagesmenge schwankte zwischen 3000 bis 3500 ccm bei einem spezifischen Gewicht von 1003 bis 1012) bleibt derselbe bis zum 25. Januar 1892, an welchem Tage der Kranke, dessen Allgemeinbefinden sehr gut geworden war, ohne Erlaubniss eine Stunde das Bett verlassen hatte. Sofort trat am nächsten Tage wieder eine Temperatursteigerung ein, und es erschien wiederum Eiweiss im Urin, das nach strenger Bettruhe unter dem Weitergebrauch von Bädern und Tannin jedoch bald wieder verschwindet. Nierencylinder konnten nicht nachgewiesen werden, dagegen rothe und weisse Blutkörperchen. Im Anfang März wurde Patient, dessen Urin dauernd vermehrt und von der beschriebenen Beschaffenheit blieb, unter hohem Fieber von einem Mandelabszess befallen. Wieder trat sofort Eiweiss auf; auch konnten diesmal epitheliale Cylinder nachgewiesen werden. Nach Eröffnung des Abszesses verschwanden diese Veränderungen wieder. Gleichwohl erscheint mir dies Wiederauftreten der nephritischen Erscheinungen in Sonderheit der Cylinder — denn auf das Eiweiss allein wäre bei einem Tonsillarabszess bezw. bei dem durch denselben veranlassten Fieber kein Werth zu legen — bei einer Mandelerkrankung angesichts der berichteten Thatsache, dass in diesem Falle wie in dem Falle a. das ursprüngliche erste Krankheitssymptom in einer Angina bestand, recht bemerkenswerth, insofern mir diese Beobachtung den Gedanken nahe legt, ob nicht vielleicht überhaupt ein irgendwie ursächlicher Zusammenhang oder doch eine tiefere Beziehung zwischen den Krankheitszuständen der Mandeln und gewissen Formen der Nephritis besteht, als sie durch die wenig besagende Annahme einer sogenannten idiopathischen oder Erkältungsursache erklärt wird. Die Harnmenge blieb bis zum Schlusse des Rapportjahres bei dünner, heller Beschaffenheit und leichtem spezifischen Gewicht erheblich vermehrt, und da dieselbe auch bis zur Mitte Mai, also fast ½ Jahr nach der ursprünglichen Erkrankung, noch immer unverändert dieselben quantitativen und qualitativen Veränderungen zeigte, wurde der Mann in der berechtigten

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Annahme, dass trotz des noch fehlenden Nachweises einer Herz-Hypertrophie und des bei den periodischen Untersuchungen konstatirten Mangels von Albumen eine beginnende Nierenschrumpfung wahrscheinlich sei, als Invalide eingegeben, nachdem eine Dienstbeschädigung durch Erkältung bescheinigt und anerkannt war.

Der erwähnte frappirend günstige und unmittelbare Einfluss des Aderlasses mit der nachfolgenden Salzwasserinfusion dürfte vielleicht die Fachgenossen in ähnlichen Fällen zur Nachahmung veranlassen, um so mehr als diese Behandlungsart durch Hypodermoclyse in der augenblicklichen Choleratherapie eine so hervorragende Rolle spielt.

Fall c.

Der letzte Fall betraf den Ulanen-Unteroffizier K., der am 12. Dezember 1891 wegen wiederholten Blutspeiens und unter den Erscheinungen eines linksseitigen Lungenspitzenkatarrhs auf der Station aufgenommen wurde. Es bestand Husten und blutiger Auswurf, in welchem trotz häufigster mikroskopischer Durchforschung Tuberkelbazillen nicht nachgewiesen werden konnten. Es wurden Schmerzen in der linken Brusthälfte geklagt, wo über der Lungenspitze spärliche Rasselgeräusche hörbar waren. Am 23. Dezember 1891 (also 11 Tage nach der Aufnahme) bekam der Mann Erbrechen; die Zunge war belegt; es stellten sich heftige Kopfschmerzen ein. Am folgenden Tage waren die Augenlider leicht ödematös, und es wurden Schmerzen in der Nierengegend geklagt. Der saure, nicht verminderte Urin zeigte einen hohen Eiweissgehalt und unter dem Mikroskop zahlreiche Nierencylinder, Nierenepithelien, sowie rothe und weisse Blutkörperchen. Ordination: dreimal täglich 0,2 Tannin, zweistündlich ein Esslöffel Decoct. fol. uv. urs. 20,0 : 200, sowie hydropathische Einpackung nach Applikation von je vier trockenen Schröpfköpfen zu beiden Seiten der Wirbelsäule. Unter dieser Therapie verminderte sich der Eiweissgehalt des Urins täglich mehr und mehr, so dass er am 2. Januar 1892 eiweissfrei erschien. Auch liessen sich in demselben (spezifisches Gewicht 1016) nur noch Detritusmassen, keine Formelemente mehr erkennen. Die Kopfschmerzen waren verschwunden, das Allgemeinbefinden ungestört. Zwei Tage darauf bekommt der Mann plötzlich Nachmittags im Bade einen Ohnmachtsanfall; gegen Abend treten eklamptische Anfälle mit ausgesprochen epileptiformen Zuckungen in den Extremitäten ein. Das Bewusstsein war dabei geschwunden, und der Mann lag während der Krampfpausen in komatösem Zustande da. Es wurde gegen die immer heftiger auftretenden eklamptischen Zuckungen eine Morphiuminjektion

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

applizirt, worauf die Krämpfe allmälig nachliessen. Am folgenden Tage fühlt sich Patient sehr matt, hat keine Erinnerung an das Vorgefallene; der Urin ist spärlich, eiweisshaltig und reich an Cylindern, Epithelien, Rundzellen und rothen Blutkörperchen. Zur Anregung der Diurese wird Liqu. Kal. acet. 20,0 : 180 zweistündlich ein Esslöffel verordnet. Am 6. Januar 1892 wiederholen sich die urämischen Anfälle zweimal; es bestand dabei deutlicher urinöser Geruch aus dem Munde. In den folgenden Tagen klagt Patient über Schmerzen in der Nierengegend und Flimmern in den Augen; der Augenspiegelbefund ist ein normaler. Die Urinmenge ist vermehrt, gewöhnlich 3000 bis 3600 ccm, und hielt sich in dieser Menge (oft 4000 ccm erreichend) bei fortwährendem Eiweissgehalt trotz fortgesetzter Tanninbehandlung und möglichst reizloser (wesentlich Milch-) Diät. Dabei war das spezifische Gewicht leicht (1004 bis 1014). Seit dem 3. Februar fehlte das Albumen in dem nach wie vor gleichmässig vermehrten, sehr hellen und dünnen Urin, um gegen Schluss des Rapportjahres noch einmal vorübergehend in geringer Menge aufzutreten. Klagen über periodische Schmerzen in der Nierengegend, besonders der linken, sowie über rheumatoide Schmerzen in Muskeln und Gelenken, ferner über unangenehmes Flimmern in den Augen und zeitweilige Sehstörung dauerten fort. Weder im Augenhintergrund noch in den brechenden Medien konnten jemals krankhafte Veränderungen nachgewiesen werden. Keine Oedeme mehr. Ueber der linken Lungenspitze hier und da noch krepitirendes Rasseln.

So standen die Verhältnisse am Schlusse des Rapportjahres, und soweit ist darüber in meinem offiziellen Jahresbericht referirt. Seit Anfang April wurden nun wesentlich auf die linke Nierengegend lokalisirte Schmerzen bei gleichzeitigem Ziehen in der Blasengegend geklagt. Vorübergehend immer erfolgreich mit trockenen Schröpfköpfen bekämpft kehrten diese Klagen konstant wieder. Am 17. April wurde dann unter dem linken hinteren Rippenbogen eine äusserlich sichtbare, flache, prall elastische, auf Druck schmerzhafte Geschwulst entdeckt, die — um dies vorweg zu nehmen — bis zur Niederschrift dieser Arbeit, Anfang September, unverändert weiter besteht, auch durch eine vom 2. Juni bis 13. Juli in Wiesbaden gebrauchte Badekur nicht sichtlich beeinflusst worden ist. Anlässlich des Auftretens der erwähnten Geschwulst wurden nun neue und, wie mir scheint, plausibele ätiologische Anhaltspunkte für die Entstehungsgeschichte des ganzen Krankheitskomplexes, die bis dahin als eine idiopathische, d. h. durchaus dunkele angesehen werden musste, durch genaue Examination des sehr zurückhaltenden aber zweifel-

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

los ganz zuverlässigen Mannes gewonnen. Er gab nämlich an, dass er vor seiner Erkrankung ein äusserst unruhiges, häufig bockendes Pferd geritten habe, in Folge dessen sich eines Tages heftige Schmerzen in der unteren Rückengegend eingestellt hätten. Die Wahrheit dieser Angaben ist später durch aktenmässige Zeugenaussagen und durch ein entsprechendes Dienstbeschädigungsattest des betreffenden Eskadronchefs bestätigt worden. Es ist nun theoretisch wohl anzunehmen, dass damals durch das Bocken des heftigen Pferdes, wodurch bald der untere hintere Rippenbogen, bald der Darmbeinkamm gegen die Nieren und ihre weichen Hüllen gedrückt wurden, eine Quetschung (d. h. kleine partielle Zerreissungen des Nierengewebes) stattgefunden hat und dass durch das Eindringen von Harnbestandtheilen und Blut in das gequetschte Gewebe ein Entzündungsprozess, durch einen gleichzeitigen Riss in den Hüllen der linken Niere eine allmälige Deviation dieses Organs nach unten und hinten stattgefunden hat. Es steht wissenschaftlich ja fest, dass manchmal schon geringe stumpfe Gewalten im Stande sind, das individuell so verschieden brüchige Nierengewebe zu verletzen. Hier aber hat es sich einmal um keineswegs geringfügige und sodann um sehr häufig sich wiederholende Insulte der Nieren gehandelt. Der Zufall hat es gewollt, dass die linke Niere in Folge einer Zerreissung ihrer Befestigungsapparate in der angedeuteten Weise dislozirt wurde, während die rechte Niere an ihrer gewohnten Stelle blieb. Eine Quetschung des eigentlichen Nierengewebes aber mit ihren entzündlichen Folgen hat — die Richtigkeit meiner traumatischen Erklärung vorausgesetzt — zweifellos in beiden Nieren stattgefunden, da bei einer normal funktionirenden Niere nach dem oben entwickelten Standpunkt der jetzigen Anschauung die geschilderte Urämie ganz unerklärlich wäre. Wir würden in diesem interessanten Falle also eine traumatische Nephritis mit nachfolgender Urämie vor uns haben, eine Form, die ich in der von mir durchgesehenen Litteratur nirgends erwähnt finde. Auch die erwähnte initiale Hämoptysis, die nach dem physikalischen Befunde zweifellos aus der linken oberen Lungenpartie stammte, fände in denselben mechanischen Insulten ihre zwanglose Erklärung. Und für die Berechtigung dieser Auffassung spricht die noch neuerdings durch wiederholte Untersuchung von mir festgestellte vollständige Ausheilung der betreffenden Spitzenerkrankung.

Was den weiteren Verlauf dieses Falles anlangt, so blieben die objektiven und subjektiven Krankheitserscheinungen bis in die jüngste Zeit (Anfang September) unverändert. Der dünne, helle und spezifisch etwas leichte Urin blieb nach wie vor vermehrt; Eiweiss ist bei den sporadischen

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Untersuchungen (der Mann, als Invalide eingegeben, ist bis zu seiner Anerkennung ins Revier entlassen) nicht mehr gefunden. Die Anschwellung unterhalb des linken hinteren Rippenbogens zeigt bei derselben Druckempfindlichkeit weder Zu- noch Abnahme. Da mir bei der letzten Untersuchung die Herzdämpfung etwas verbreitert vorkam, scheint meine Befürchtung, dass auch hier eine Schrumpfniere das Endresultat sein wird, nicht unbegründet.

(Nachtrag zu Fall No. 1 Aorten-Aneurysma etc.)

Nach Absendung der vorstehenden Mittheilung hatte ich Gelegenheit, den hochinteressanten Fall noch einmal untersuchen zu können. Nachdem ich nämlich auf eine zweimalige schriftliche Anfrage nach dem jetzigen Befinden keine Antwort erhalten und schon die Hoffnung aufgegeben hatte, über das weitere Schicksal des Mannes etwas in Erfahrung zu bringen, kam derselbe zu meiner mit einem leichten Schrecken vermischten Freude am 19. September d. Js. aus seiner Heimath in der Nähe von Hagen nach Düsseldorf zur persönlichen Vorstellung angereist, „weil er das Alles doch nicht so schreiben könne“.

Seit seiner am 31. März d. Js. erfolgten Entlassung aus dem Lazareth ist es ihm erträglich gut ergangen. Er habe sich, wie ihm von mir angerathen, absolut ruhig und solide gehalten, jegliche stärkere Körperbewegung (rasches Gehen etc.) habe unmittelbar Vermehrung seiner Beschwerden zur Folge. Die Schmerzempfindlichkeit der Geschwulst auf der linken Brusthälfte, sowie der Rippen und des Brustbeins sei gegen Druck allmälig merklich geringer geworden; das Gefühl eines schweren Drucks in der Brust bestehe unverändert; auch empfinde er seit Wochen, besonders beim Drehen des Kopfes und beim Schlucken, einen zeitweise recht unangenehmen drückenden Schmerz „um den Kehlkopf herum“. Ferner trete seit längerer Zeit oft ganz plötzlich, mitten im ruhigen Sprechen, eine Veränderung seiner Stimme ein, die dann auf einmal rauh klinge. Die ausstrahlenden Schmerzen und die Zuckungen im linken Arm seien dauernd verschwunden; dagegen scheine ihm die Trockenheit im Mund und Hals, die ihn immer zum „Schmatzen nach Speichel“ nöthige, allmälig schlimmer geworden zu sein. Sein Appetit sei gut, sein Schlaf, wenn er nicht durch besonders heftiges Klopfen in der Brust gestört werde, gleichfalls, doch könne er nur mit über den Kopf zurückgeschlagenem linken Arm und auf dem Rücken liegend schlafen. Aber er fühle sich doch oft recht matt und angegriffen und habe auch seit seiner Entlassung aus dem Lazareth trotz seiner guten Pflege bei seinen Eltern schon 8 Pfund am Körpergewicht

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

verloren. Husten oder Blutspeien sei nicht vorhanden gewesen, auch, ausser beim raschen Gehen, keine Athemnoth.

Der objektive Untersuchungsbefund war folgender: H. sieht entschieden nicht mehr so wohl aus wie bei seiner Entlassung; es liegt ein früher nicht bei ihm vorhandener krankhafter Zug in seinem Gesicht, obgleich dasselbe seine frühere frische Farbe bewahrt hat. Die linke Radial-Arterie schlägt merklich schwächer als die rechte, aber synchron mit derselben, sowie mit der art. cruralis. Im Uebrigen bietet der Puls (82 regelmässige Schläge) nichts Charakteristisches. Dagegen sind die Venen des Halses stark gefüllt, turgescirend und deutlich pulsirend. Die Pupillen zeigen keine Differenz und bei Belichtung und Beschattung prompte gleichmässige Reaktion.

Während unserer Unterhaltung tritt bei dem Kranken plötzlich eine Veränderung der Stimme ein; dieselbe wird rauh und klanglos, ohne dass irgend eine sonstige sinnfällige Veränderung zu bemerken gewesen wäre. Diese Stimmalteration dauerte höchstens 2 bis 3 Minuten und war beendet, als ich mit dem Kehlkopfspiegel den Larynx besichtigen und darin (mit meinem freilich nicht spezialistisch geübten Auge) keinerlei abweichende Verhältnisse, weder bei der Tongebung noch beim ruhigen Athmen, feststellen konnte.

Der Kehlkopf selbst erscheint nach aussen etwas prominirend. Die ihn bedeckenden Weichtheile zeigen deutliche rhythmische Pulsationen. Druck auf denselben wird als empfindlich bezeichnet. Durch die Palpation lässt sich zu beiden Seiten desselben, obgleich man das Gefühl einer vermehrten Resistenz und deutlicher Pulsationen hat, eine Geschwulst mit Sicherheit nicht feststellen.

Auffallend und mich gradezu frappirend ist der örtliche Befund über dem Herzen und seiner Umgebung. Die ganze linke vordere Brustwand ist in rhythmischer pulsirender Erschütterung, und zwar bildet das Zentrum der Erschütterung die seit der letzten Besichtigung merklich gewachsene, aber noch leicht reponirbare ausgetretene Pulsadergeschwulst im dritten Intercostalraum, die im Uebrigen dieselben physikalischen Erscheinungen wie bei der Entlassung des Mannes aus dem Lazareth darbietet. Der Druck auf dieselbe und ihre Umgebung ist nur noch wenig empfindlich. Die zufühlenden Fingerspitzen haben das deutliche Gefühl des Schwirrens. Die Perkussion ergiebt eine kolossale Vergrösserung der Herzdämpfung, und zwar beginnt dieselbe von oben unmittelbar unterhalb des Schlüsselbeins, reicht nach rechts bis zur Mitte des Brustbeins, nach links bis zur vorderen Axillarlinie. Ferner aber findet sich, zwei Querfinger unter-

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

halb der unteren Haargrenze der Achselhöhle und mit der hinteren Axillarlinie beginnend, eine von normaler und verschieblicher Haut bedeckte stark faustgrosse, halbkugelige, sich unter den äusseren Rand des Schulterblattes verlierende, prall elastische, pulsirende Geschwulst, die gleichfalls das taktile Gefühl des Schwirrens bietet und bei der Auskultation ein lautes doppeltschlägiges Rauschen ergiebt. Das ganze linke Schulterblatt ist, zumal in seiner äusseren Hälfte, stark vorgewölbt, und es besteht auf demselben aufwärts bis zur Crista, eine deutliche Dämpfung über der man gleichfalls doppeltschlägiges Rauschen und Kratzen hört. Druck auf diese Pulsadergeschwulst und ihre Umgebung wird als schmerzhaft bezeichnet.

Die Auskultation der Herzgegend ergiebt sowohl über der Spitze als über den grossen Gefässen deutliche Töne neben den fortgeleiteten aneurysmatischen Geräuschen.

Angesichts des vorstehend beschriebenen überraschenden jüngsten Untersuchungsbefundes, insonderheit des zweifelfrei konstatirten zweiten über das Niveau des Thorax vorgetretenen aneurysmatischen Sackes, muss die spezielle diagnostische Frage offen bleiben, ob hier ausschliesslich dem aufsteigenden Theile der Aorta das dann offenbar enorme und mit einzelnen sekundären Aussackungen versehene Aneurysma zukommt — die ascendens bildet bekanntlich bisweilen Aneurysmen von ganz gewaltiger Grösse — oder ob es sich hier um mehrfache aneurysmatische Tumoren an verschiedenen Aortaabschnitten (ascendens und transversa, eventuell auch descendens thoracica) handelt, — Lebert*) fand allein unter 186 Fällen von Aorta-Aneurysmen 36 „mehrfache“ —. Darüber würde nur der Sektionsbefund Klarheit geben können.

6. Zwei Fälle von angeborenem Blödsinn bezw. Schwachsinn.

Fälle von angeborenen psychischen Entwickelungshemmungen ausgesprochener Art, wie sie uns in dem klinischen Rahmen der Idiotie, des Blödsinns und der schwereren Formen des Schwachsinns entgegentreten, kommen der Natur der Sache nach nur selten zur klinischen Beobachtung in einem Militärlazareth. Sie passiren nur ganz ausnahmsweise, — wenn einmal aus irgend welchen Gründen die für eine sofortige Beseitigung aus den militärischen Listen nothwendigen zivilamtlichen Erhebungen unterblieben oder unvollkommen geblieben, oder wenn Momente für die Anwendung des §. 43,3 d. W. O. vorhanden sind —, die diesbezüglich recht sicher arbeitenden doppelten und mehrfachen Filtrations-Apparate der Ersatz und Ober-Ersatzgeschäfte.

*) l. c. S. 386.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Mir führte der Zufall während des Berichtsjahres zwei derartige Fälle zu, deren somatische und psychische Defektmerkmale fast schulmässig und so deutlich in die Augen springen, dass sie mir geeignet erscheinen, das Interesse der Fachgenossen für einen Augenblick auf sich zu ziehen.

a) Der Rekrut (Füs.) O. macht schon auf den ersten Blick den Eindruck eines schwachsinnigen Menschen. Seine Haltung ist schlaff, seine Miene mit dem stets offenen Munde und blöden Blick gänzlich ausdruckslos. Bei der näheren körperlichen Untersuchung fällt sofort seine aussergewöhnliche Kopfbildung auf. Ein eigentliches Hinterhaupt ist nicht vorhanden. Auf der Kopfhöhe, am hinteren Ende der noch deutlich und furchenartig zu fühlenden Pfeilnaht (Stelle der kleinen Fontanelle) befindet sich eine beträchtliche Einsenkung mit festem Grunde, offenbar Folgen von vorzeitigen Synostosen,[1]) denen bekanntlich von Virchow, Krafft-Ebing, Welcker u. A. in erster Linie das Zustandekommen der Wachsthumshemmungen und Abnormitäten der Schädelknochen Idiotischer zugeschrieben wird. Der Längsdurchmesser des Schädels beträgt nur 13 cm (normal beträgt derselbe 16 cm), während der grosse quere 14 cm (normal 15 cm), der kleine quere 11 cm (normal) misst. Die Stirn ist äusserst niedrig und flach. Die ungleich gebildeten Ohren — das rechte, welches weit vom Kopfe absteht, ist bläulich verfärbt, dünner und in seinen einzelnen Theilen nicht so scharf ausgeprägt wie das linke — zeichnen sich beiderseits durch das Fehlen eines eigentlichen Ohrläppchens aus. Die Augen, die ausser einer hochgradigen durch den Augenspiegel nachgewiesenen Kurzsichtigkeit nichts Abnormes zeigen, liegen tief unter den zusammen gewachsenen Augenbrauen. Die grosse gebogene Nase ist an ihrer eingesunkenen Wurzel breit. Die wulstigen Lippen sind nie völlig geschlossen; in den Winkeln ihrer breiten Spalte ist stets Speichel sichtbar. Die lange und dicke Zunge ist beim Hervorstrecken beständig in zitternder Bewegung. Die Sprache ist unsicher und schwer verständlich. Die Genitalien sind zwar normal gebildet, aber dürftig entwickelt.

Auf dem Krankensaal verhält sich der Mann gegen seine Mitkranken völlig theilnahmlos. Die elementarste Körperreinigung nimmt er nur auf direkten Befehl und ebenso ungeschickt als unvollkommen vor. Im Uebrigen ist er willig und stumpf und befolgt jede Anordnung wie etwa ein gut dressirter Hund.

Bei an ihn gerichteten Fragen ist er sehr ängstlich und beantwortet auch die allereinfachsten erst nach längerem Besinnen zögernd und

[1]) Vgl. Th. Meynert: „Ueber Diagnose frühzeitiger Schädel-Synostosen am Lebenden, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 44. B., S. 538—540.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

unbestimmt. Selbst die leichtesten Additions- und Subtraktionsexempel mit einstelligen Zahlen werden nur ausnahmsweise richtig gelöst, oder besser gesagt gerathen. Nur mit grosser Mühe und fast unleserlich vermag er seinen Namen zu schreiben. In deutschen Lettern gross Gedrucktes oder Geschriebenes kann er, wenn auch unvollkommen, langsam buchstabiren. Sein Bewusstsein, betreffend Zeit, Ort und seine eigene Persönlichkeit, ist nicht getrübt, sein Gedächtniss zeigt keine eigentlichen Lücken.

Noch rudimentärer als die Sphäre des Intellektes ist das ethische Bewusstsein entwickelt. Abstrakte Begriffe, wirklich übersinnliche Vorstellungen, sowie eigentliche Herzensregungen sind nicht vorhanden. Er weiss zwar aus den ihm eindressirten Kirchenlehren, dass es einen Gott giebt, der das Unrecht nach dem Tode bestraft und diejenigen, die „die Gebote der hl. Kirche erfüllt haben“, in den Himmel bringt, nachdem sie „mit ihren Kleidern im Fegefeuer ganz verbrannt worden sind“, aber den Himmel stellt er sich vor als einen Ort, wo gut gegessen und getrunken wird. Die Frage, ob auf der Erde schon das Unrecht bestraft werde und von wem, verneint er zunächst; dann sagt er nach längerem Besinnen: „Ja, vom Doktor.“

Der Mann, den die angestellten amtlichen Recherchen als einen von Kindheit an stumpfsinnigen, geistesschwachen und zu jeder Dienstleistung unbrauchbaren Menschen bezeichneten, der ferner in dem auf eine Beobachtungszeit von mehreren Monaten gegründeten Berichte seines Kompagniechefs als ein geistig und körperlich völlig verwahrloster, für die Auffassung der einfachsten Dinge unfähiger Mensch geschildert wird, „der wie ein Thier dort, wo er sich gerade befand, seine Bedürfnisse verrichtete, Kleidung und Bett in widerlichster Weise beschmutzte, so dass ein Zusammenleben mit ihm für seine Kameraden unmöglich war“, wurde als dienstunbrauchbar entlassen.

b) Auch der Rekrut (Füs.) St. machte sofort bei der ersten Rekrutenuntersuchung und späterhin bei wiederholten Explorationen den zweifellosen Eindruck eines der Idiotie nahe kommenden Imbezillen. Da er indessen nach §. 43,3 d. W. O. versuchsweise eingestellt war, erschien es mir angezeigt, ihn zunächst sechs Wochen lang in der Kompagnie auf seine Ausbildungsfähigkeit hin beobachten und ihn dann zum formalen Abschluss meiner eigenen Beobachtungen noch einige Tage auf die mir unterstellte Station aufnehmen zu lassen. Gleichzeitig wurden amtliche Erhebungen bei der Heimathbehörde veranlasst. Die Letzteren ergaben nach dem übereinstimmenden Urtheil der amtlich als zuverlässig bezeichneten Zeugen, unter Anderen des Vormunds, der verschiedenen Brotherren und des Lehrers, dass der p. St. stets von so grosser geistiger Beschränktheit

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

gewesen sei, „dass man mit ihm nichts habe anfangen können“. Das Entlassungszeugniss aus der heimathlichen Elementarschule, die er 8 Jahre besucht hat, zeigt in allen Fächern das Prädikat „ungenügend“ und die besondere Bemerkung: „Der Schüler ist geistesschwach.“ Der Bericht des Kompagniechefs bekundet, dass der Mann während seiner sechswöchentlichen Dienstzeit nicht im Stande gewesen sei, auch nur die allereinfachsten theoretischen Dinge sich anzueignen, und dass es ganz unmöglich sei, ihn zu einem Soldaten auszubilden.

Auch die Haltung des St. ist trotz eines gedrungenen und kräftigen Körperbaues eine auffallend schlaffe und hängende; seine Bewegungen sind äusserst langsam und schwerfällig. Seine Miene ist stumpf und unbeweglich; der leere Blick ist ausweichend und sucht den Boden. Seine Schädelbildung zeigt gleichfalls in die Augen springende Degenerationszeichen. Der Vorderschädel (Stirnbein) ist sehr schmal, an den Seiten eingedrückt. Die Jochbogen springen beiderseits, links mehr als rechts, stark vor; dabei steht der rechte merklich tiefer als der linke. Die Schädelmaasse [1]) betragen: Horizontaler Schädelumfang 55 cm (normal), Ohr-Hinterhauptlinie 26 cm (normal 24 cm), Ohr—Stirnlinie 28 cm (normal 30 cm), Ohr—Scheitellinie 37 cm (normal 36 cm), Längsumfang 34 cm (normal 35 cm), Ohr—Kinnlinie 30 cm (normal), Längsdurchmesser 16 cm (normal 18 cm), grösster Breitendurchmesser 15 cm (normal), Distanz der Pori acustici 13 cm (normal 12,5 cm), Distanz der Jochfortsätze des Stirnbeins 12,5 cm, (normal 11 cm). Die Ohren stehen stark vom Kopfe ab und sind nach Grösse und Modellirung ungleich; das linke Ohrläppchen fehlt vollständig, das rechte ist nur eben angedeutet. Die Augenbrauen sind auch in diesem Falle dicht zusammengewachsen; die Nase weicht mit der Spitze nach rechts ab. Die Zähne sind schlecht, mangelhaft differenzirt, unregelmässig gestellt (Rachitis) und zeigen Lücken im Zahnschmelz. Die Zunge ist ebenfalls sehr fleischig und schwer, die Sprache ungelenk und stockend. Rechterseits besteht Kryptorchie. Als weitere Degenerationserscheinung erscheint schliesslich eine auffallende lokalisirte Schweissbildung auf der Stirn, wo regelmässig während der Unterhaltung trotz der winterlichen Jahreszeit dicke Tropfen hervorperlen.

Das psychische Verhalten des St. ist noch in höherem Grade als im erstberichteten Falle durch stumpfe bewegungslose Passivität gekennzeichnet. Am liebsten sitzt er stundenlang in sich zusammengekauert und den Boden

[1]) Vgl. in Betreff der Normalmaasse Krafft-Ebing, Lehrbuch Bd. 1 S. 274 und 275.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

anstarrend in einer Ecke; das Thun und Treiben seiner Mitkameraden berührt und interessirt ihn offenbar gar nicht; nur wenn der Wärter das Essen bringt, wird er lebhaft und verschlingt gierig, soviel er bekommen kann. Für gewöhnlich in seiner trägen Ruhe sehr gutmüthig und ängstlich, wurde er äusserst zornmüthig und aggressiv, als ihm ein Mitkranker scherzweise den halbgeleerten Essnapf wegnahm. Seine Intelligenz steht auf einer ausserordentlich niedrigen Stufe. Er vermag nicht die kleinsten einstelligen Zahlen zu addiren oder zu subtrahiren, auch nicht eine Anzahl von Scheidemünzen (andere Geldsorten kennt er nicht) zu einer bestimmten Summe zusammenzulegen. Er kann weder das A B C hersagen noch die einzelnen Buchstaben niederschreiben, auch kann er nicht lesen, sondern nur einzelne Wörter langsam und fehlerhaft buchstabiren; seinen Namen schreibt er mit vieler Mühe, kaum leserlich und orthographisch unrichtig. Er kennt nicht die Namen des jetzigen, noch der beiden verstorbenen Deutschen Kaiser. Von militärischen Vorgesetzten weiss er nur den Namen seines Hauptmanns zu nennen. Auch über seine persönlichen und Familienverhältnisse ist er nur höchst mangelhaft unterrichtet: er vermag weder seinen Geburtstag noch sein Geburtsjahr, nicht das Sterbejahr seiner Eltern, nicht die Anzahl der Kinder noch den Namen der Frau seines Bruders, bei dem er sich meistens aufgehalten hat, zu nennen. Ja sogar den Monat seines vor sechs Wochen stattgefundenen Diensteintritts hat er vergessen, während er weiss, dass er am 4. eingestellt worden ist. Dass das Weihnachtsfest bevorsteht, ist ihm bekannt, aber den Monat, in welchen dasselbe fällt, kann er nicht nennen; ebenso wenig die laufende Jahreszahl. Sein Vorstellungsvermögen ist bedeutend herabgesetzt. Einen weissen Pudel hält er für ein Schaf, einen Ulanen-Unteroffizier für einen General u. dgl.

Die Bildung übersinnlicher Vorstellungen, abstrakter Begriffe und Urtheile ist ihm vollkommen versagt; sein Geistesleben ist in der ethischen Sphäre gänzlich stumpf und verkümmert; Vaterlandsliebe, verwandtschaftliche Zuneigung, Freundschaft u. dgl. sind ihm selbstredend absolut fremde Dinge.

Nur der empfangene katholische Religionsunterricht hat seine freilich rein mechanischen Spuren in dieses defekte Idiotengehirn unverwischbar eingegraben — auch ein Beweis für die aus vielfachen psychologischen Symptomen des alltäglichen Lebens sattsam bekannte Thatsache der ungemein intensiven und nachhaltigen Elementargewalt dieses mächtigen psychopädeutischen Faktors. Ein achtjähriger Schulunterricht vermochte nicht, dem kümmerlichen Gedächtnisszentrum das sicherlich oft genug eindressirte A B C einzuverleiben, aber das relativ ungleich schwierigere

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Vaterunser und das noch schwerere katholische Glaubensbekenntniss ist, Ersteres fehlerfrei, Letzteres mit einem einzigen stereotyp wiederkehrenden, allerdings völlig sinnlosen Fehler (die Worte „Gemeinschaft der Heiligen, Nachlass der Sünden“ werden in „Gemeinschaft der nachgelassenen Sünden“ zusammengezogen) fest haften geblieben. Von irgend einem inneren religiösen Verständniss ist selbstverständlich nicht die Rede.

Unter welche graduelle Kategorie würden die beiden vorstehend berichteten Fälle von angeborener psychischer Entwickelungshemmung im Sinne einer modernen psychopathischen Eintheilung unterzubringen sein? Wenn wir nach dem Vorgange Krafft-Ebings[1]) für die individuell so unendlich verschiedenen Abstufungen der Imbezillität nur zwei klinische Formen, „den Blödsinn“ und „den Schwachsinn“, gelten lassen und mit ihm in dem Mangel übersinnlicher abstrakter Begriffe das einzige Unterscheidungsmerkmal des Ersteren von dem Zweiten erblicken, welcher Definition sich unter Anderen E. v. Hofmann[2]) anschliesst, dann fallen beide Fälle zweifellos unter den Begriff „des Blödsinns“. Nach der Unterscheidung von Krauss[3]), der 4 Stufen: Sinnlosigkeit, Blödsinn, Stumpfsinn, Schwachsinn“ annimmt, würden Beide als „stumpfsinnig“ anzusehen sein. Ich möchte unter allgemeiner Anerkennung der Krafft-Ebing'schen Kriterien dem quantitativ merklich verschiedenen Verhalten des Intellekts bei Beiden insofern Rechnung tragen, dass ich den St. unter den Begriff „des Blödsinns“, den O. in eine Uebergangsstufe zwischen „Schwachsinn und Blödsinn“ verweise. Im Sinne des Landrechts[4]) sind beide „blödsinnig“, da sie „des Vermögens ermangeln, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen“.

7. Akute Stupidität („primäre heilbare Dementia“ Krafft-Ebing).

Die Stupidität oder primäre heilbare Dementia, charakterisirt von Krafft-Ebing[5]) als eine Psychoneurose, deren klinich-psychologische Merkmale durch „Erschwerung des Ablaufs der psychischen Bewegungen bis zur Aufhebung derselben mit gleichzeitigem Stimmungsmangel“ gekennzeichnet sind. Diese Zustände bezeichnet er zum Unterschied von der Idiotie als „erworbene“, im Gegensatz zur geistigen Leistungsunfähigkeit der Melancholia attonita als „aller effektiven Grundlage entbehrende“, gegenüber dem postmaniakalischen Stuporals „primäre“,

1) A. a. O. c. 2. B. S. 381.
2) Vgl. Lehrbuch der gerichtl. Medizin, 4. Aufl. 1887. S. 869 und 870.
3) „Der Cretin vor Gericht“, 1853.
4) Thl. 1, Tit. 1, §. 28.
5) Vergl. v. Krafft-Ebing Lehrbuch der Psychiatrie 2. Auflage II. Bd. S. 76.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

und entgegen den auf tieferen organischen Veränderungen beruhenden Formen der primären progressiven Dementia als „heilbare Erkrankungen“. Als analoge Erscheinungen aus dem physiologischen Leben führt er die transitorischen Zustände erschwerter geistiger Leistungsfähigkeit an, wie man sie nach geistigen Ueberanstrengungen, fortgesetzten Nachtwachen, Exzessen beobachtet. In Bezug auf Aetiologie und klinische Symptome muss die keineswegs sehr häufige Psychoneurose nach dem souveränen Forscher und Führer auf dem dunklen Gebiete der Psychopathie „durchaus als ein Erschöpfungszustand“ aufgefasst werden, dessen ursächliche Bedingungen wesentlich in „ungewöhnlicher Vulnerabilität eines ab ovo belasteten, abnorm reiz- und erschöpfbaren Gehirns“ und in allen die Ernährung des Gehirns schädigenden Einflüssen (Onanie, Blutverluste, erschöpfende Krankheiten, mangelhafte Ernährung u. dgl.) beruhen. Ist die Disposition auf diese Weise vorhanden oder geschaffen, dann bedarf es nach den von mir eingesehenen diesbezüglichen Veröffentlichungen[1]) oft nur der Einwirkung irgend eines schwächenden körperlichen oder geistigen Moments, um als Gelegenheitsursache das Leiden, das nur bei jugendlichen Individuen beobachtet worden ist, zum Ausbruch zu bringen.

So bildete in dem von mir beobachteten — einen nur fünf Tage in der militärischen Ausbildung begriffenen Rekruten betreffenden — Falle die Wucht der neuen geistigen Eindrücke und körperlichen Anstrengungen die essentielle Veranlassung für das Zustandekommen eines hochgradigen psychischen Erschöpfungszustandes, eines in seinem klinisch-psychologischen Bilde den oben kurz erwähnten Merkmalen der primären heilbaren Dementia vollkommen entsprechenden Stupors auf dem Boden eines von Hause aus dürftig entwickelten und wenig widerstandsfähigen Gehirns.

Der aus guter, erblich nicht belasteter Familie stammende Husar St., der nach brieflicher Mittheilung des Hausarztes von Haus aus nicht besonders beanlagt und durch einen auffallenden Mangel an Willensenergie ausgezeichnet war, auch in den Entwickelungsjahren bereits einigemal Anfälle von vollkommener Apathie mit Verwirrtheit gezeigt hatte, war als 19jähriger Jüngling auf Wunsch der Eltern und auf den Rath des Arztes, der sich von der Eigenart des militärischen Lebens und seiner Geisteszucht einen heilsamen, tonisirenden Einfluss auf das schlaffe und labile Zentralnervensystem versprach, als Dreijährig-Freiwilliger am

[3]) Vergl. Krafft-Ebing l. c. S. 77 bis 82; Schüle, Handbuch etc. S. 495; Psych. Zentralblatt 1874 S. 198 (Aldrige); Schmidts Jahrgang 6. 180, Seite 177 (Lykke); Charité-Annalen VI. Jahrgang S. 412 (Binswager) u. A.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

1. Oktober eingetreten. Bereits am 5. Oktober wurde er unter den Erscheinungen eines leichten Magenkatarrhs dem Revierarzt zugeführt, dem er sofort durch ein auffallend apathisches und stumpfes Wesen auffiel und der ihn, als dies abnorme Verhalten in den nächsten Tagen noch zusehends zugenommen hatte, am 9. Oktober zur Feststellung seines Geisteszustandes meiner Station überwies.

Hier wurde Folgendes festgestellt: Der zartgebaute, im Uebrigen aber regelmässig entwickelte junge Mann hat eine sehr schlaffe Muskulatur; das Gesicht und die sichtbaren Schleimhäute zeigen grosse Blässe — nach v. Krafft-Ebing und Aldrige weist die Erschöpfungsstupidität in ihrem ätiologischen und symptomatischen Verhalten stets auf einen „Zustand tiefster Anämie des psychischen Organs“ hin —; die übermittelweiten Pupillen reagiren auf Belichtung und Beschattung nur träge und in geringer Exkursionsweite; die Sehnen- und Hautreflexe sind beiderseits gleichmässig vorhanden, aber, zumal die Letzteren, herabgesetzt; die Sensibilität ist sichtlich vermindert. Die Stirn ist flach und schmal, doch fehlt an ihr wie an den übrigen Schädel- und Körpertheilen jedes abnorme Symptom, das als Degenerationszeichen anzusprechen wäre. Es besteht ein ganz unbedeutender Magenkatarrh. Der Puls ist langsam und klein, die Herztöne sind rein und leise, die Körpertemperatur, auch am Kopfe, ist kühl. Der Urin ist frei von Eiweiss und Zucker; auf das Verhalten der Phosphate in demselben wurde leider nicht geachtet, da mir damals die von Krafft-Ebing beschriebene Beobachtung einer oft enormen Vermehrung dieser chemischen Körper auf der Höhe der Krankheit noch unbekannt war. Der Kranke liegt vollkommen bewegungs- und theilnahmlos mit schlaffen, ausdruckslosen Zügen und leerem Blick da; die Aussenwelt scheint nicht für ihn zu existiren. Vorgehaltene Speisen und Getränke werden nicht berührt, aber langsam und ohne Widertand geschluckt, wenn man sie bis zur hinteren Partie der Mundhöhle bringt. Die Exkremente werden nur auf energische Aufforderung in die ihm untergehaltenen Gefässe entleert. Er ist, um einen bezeichnenden Ausdruck Krafft-Ebings zu gebrauchen, „jeglicher Spontaneität verlustig und muss zu Allem, selbst dem Nöthigsten, geschoben werden.“ Zeitweise besteht ausgesprochene flexibilitas cerea. Auf eine Anrede in gewöhnlicher Tonstärke reagirt er absolut nicht; auf lautes Ansprechen blickt er den Frager zunächst erstaunt und wie abwesend an und antwortet erst nach längerer Zeit und auf wiederholte eindringliche Aufforderung äusserst langsam und mit leiser, monotoner Stimme. Er ist sich unklar über Zeit, Ort und eigene Persönlichkeit; auf die Frage, wer sein Vater sei, antwortet er

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

„Papa“, auf die Frage des Arztes: „Wer bin ich?“ entgegnet er: „Ein Mann.“ Dieser affektlose, vegetirende Zustand einer fast vollständigen geistigen tabula rasa dauert in seinem Höhestadium etwa drei Tage an; dann fängt der Kranke allmälig an, etwas klarer zu werden, äussert auf Befragen Hunger, klagt über „Dösigkeit“ im Kopf und Unbesinnlichkeit, ist aber geistig noch so hochgradig erschöpft, dass er sehr bald wieder in seine stumme Apathie verfällt. Unter allmäliger Besserung halten die Klagen über Benommenheit des Kopfes und Vergesslichkeit bei scheuem, ängstlichem Wesen noch mehrere Wochen an. Erst einen vollen Monat nach seiner Aufnahme redet er zum ersten Mal seine Mitkranken an. Bei seiner bald darauf (am 9. November) auf Wunsch der Eltern bis zu seiner Anerkennung als dienstunbrauchbar erfolgten Entlassung ist sein Gedächtniss in Betreff seiner früheren Verhältnisse wieder ziemlich klar, doch fällt es ihm selbst auf, dass er das Gelesene immer wieder gleich vergesse. Er beherrscht das kleine Einmaleins einigermaassen, vermag aber einfache Rechenaufgaben noch nicht zu lösen, wie er überhaupt noch zu jedem grösseren Denkprozess unfähig ist.

Die Heilung des vorstehend referirten Falles von stuporöser Dementia ist relativ rasch eingetreten, da nach v. Krafft-Ebing die Krankheitsdauer in der Regel bis zu einigen Monaten beträgt.

8. Manie oder hallucinatorischer Wahnsinn?

Das Irresein ist nur in seltenen Fällen der Effekt einer einzigen Ursache; allermeist ist es das Resultat der Komplikation mehrerer ätiologischer Bedingungen. „Es wirkt in der Regel“, wie v. Krafft-Ebing[1]) treffend bemerkt, „eine Mehrheit von ursächlichen Faktoren zusammen, um das Irresein als Resultante hervorzubringen.“

Nicht allzu oft wird man bei akuten Geistesstörungen in der Lage sein, diese einzelnen ätiologischen Faktoren so klar nachweisen und abwägen zu können, wie in dem folgenden Falle, der auch in diagnostischer Beziehung, worauf ich später zurückkommen werde, eines gewissen Interesses bei den Fachgenossen sicher sein dürfte.

Der nach eingehenden Erkundigungen bei den Heimathbehörden erblich nicht belastete, spezifisch niemals kranke, bis dahin überhaupt immer gesunde und nach dem Urtheil seiner militärischen Vorgesetzten sehr solide und brauchbare Ulanen-Sergeant Th. ging in der Frühe des 27. Juni 1891 zur Feststellung seines Geisteszustandes meiner Station zu, nachdem

[1]) Lehrbuch Bd. I, S. 147; vgl. ferner Schüle, Hdbch. der Geisteskrankheiten, Leipzig 1878 S. 270 ff. u. Scholz, Hdbch. der Irrenheilkunde, Leipzig 1890, S. 45

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

er seit einigen Tagen ein verändertes, scheues und schlaffes Wesen gezeigt und in der Nacht vorher seinem Eskadronchef eine ganz unmotivirte und sinnlose Meldung geschickt hatte. Ein Schwager von ihm war einige Zeit vorher bei einem Eisenbahnunglück auf grässliche Weise zu Tode gekommen, was ihn gemüthlich sehr erschüttert haben soll, er selbst war in seiner Eigenschaft als Kammerunteroffizier wegen einer bevorstehenden ökonomischen Musterung Tage lang aussergewöhnlich angestrengt gewesen, und schliesslich war er zwei Tage vor seiner Aufnahme ins Lazareth bei einem Sprung über einen Graben mit dem Pferde gestürzt, derart, dass das Pferd auf ihm zu liegen kam, ohne dass er indessen eine nachweisbare Schädelverletzung davongetragen hätte.

Bei der Ankunft auf der Station wurde folgender Befund festgestellt: Grosser, starkknochiger, schlecht genährter Mann mit blassem, etwas gelblichem Gesicht und gealtertem Aussehen; der Schädel durch stärkere Wölbung des linken Scheitelbeines etwas unsymmetrisch; rechte Pupille stark verengt, Reaktion der Pupillen äusserst träge, fast aufgehoben, Patellar-Reflexe abgeschwächt, Lokalisation ungenau; keine gröberen Lähmungserscheinungen. Er macht zunächst einen schmerzlich deprimirten, verdrossenen Eindruck, legt sich auf Befehl ruhig zu Bett, wälzt sich aber bald unruhig hin und her, verweigert Nahrung und Arzneien, äussert Selbstanklagen und bittet wiederholt mündlich und schriftlich, erschossen zu werden. Auf Fragen giebt er keine Antwort, lauscht vielmehr in die Ferne, bis er vorübergehend ganz vernünftig antwortet und entschuldigend äussert, er fühle, dass er so aufgeregt sei, er könne nichts dafür. Dann wieder weint und jammert er, bleibt stundenlang bewegungslos lauschend liegen, verlangt wieder Papier und bittet flehend, schriftlich (fehlerfrei und in hübscher glatter Handschrift) und mündlich, erschossen zu werden. In der Folge fortwährend zunehmende Exaltation, kann kaum im Bett gehalten werden, wirft mit dem Kopfkissen nach der angezündeten Gasflamme etc. Derartige in ihrer Gewaltthätigkeit sich steigernde maniakalische Anfälle wiederholen sich noch mehrmals; es gelingt ihm trotz verstärkter zuverlässiger Wachen zweimal, aus dem Bett zu entspringen; er läuft dann im Zimmer umher, reisst den Fenstervorhang in die Höhe und will (um Mitternacht) die Sonne aufgehen sehen. Gegen Morgen wieder ruhiger geworden, schreibt er neuerdings alle möglichen unsinnigen Meldungen, nimmt dann die bis dahin verweigerte Nahrung an, zeigt einen zufriedenen, weniger gespannten Gesichtsausdruck und erzählt, er sei drei Tage lang todt gewesen und habe in der Hölle Mäntelappell abgehalten; jetzt sei er aus der Hölle in den Himmel gekommen. Nach-

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

mittags um 1 ½ Uhr nach wiederholten Selbstanklagen trotz der subkutan erhaltenen hohen Dosen von Extract. opii aquos. äusserst heftiger Tobsuchtsanfall. Auf eine dritte Injektion von 0,15 Extract. opii (binnen 12 St. 0,45!) unter maximaler Pupillenverengerung Ruhe und Schlaf, während dessen die Ueberführung in die benachbarte Provinzial-Irrenanstalt Grafenberg gelingt, wo bereits nach einigen Stunden von Neuem eine stürmische und gewaltthätige Exaltation eintrat, die erst allmälig zu beruhigen war. In den nächsten Tagen konnte er über seinen Zustand Auskunft geben, erzählte von seinem grossen Kummer, seinen dienstlichen Anstrengungen, seinem Sturz mit dem Pferde; er sei der Meinung gewesen, man habe im Lazareth um sein Leben gespielt, habe ihn schlagen und misshandeln wollen. Er erschien müde und abgespannt; die linke Pupille blieb weiter als die rechte; er schlief gut. Nach vier Wochen neue Erregungszustände: schlägt und stösst harmlose Mitkranke, die Simulanten und Sozialdemokraten seien; man ärgere und quäle ihn; er sei ganz gesund, und man halte ihn widerrechtlich fest. Anfang August wieder ruhiger geworden, zeigte er gegen Ende dieses Monats wieder neue Aufregung: er war gereizt, unzufrieden, aggressiv gegen seine Umgebung, erklärte, man sei ständig hinter ihm her, er werde sich bei Sr. Majestät beschweren. Der Direktor sei ein Lump und Schuft, den er aufhängen werde; er habe ihm in die Karten gesehen und sein falsches Spiel erkannt. Dabei schrie und lärmte er, sang Stunden lang, verhöhnte die Aerzte, prügelte andere Kranke; er wolle nach Afrika gehen und eine Schwarze heirathen; drapirte sich in auffälliger Weise, gestikulirte viel, wanderte ruhelos umher und trieb allerlei Unfug. Diese Aufregung dauerte, nachdem im Dezember eine vorübergehende Beruhigung eingetreten war, bis Ende Januar 1892. Von da an bei anfangs noch etwas scheuem Wesen andauernde Besserung mit Krankheitseinsicht und Zunahme des Körpergewichts, so dass die Heilung Ende April trotz einer noch bestehenden leichten Reizbarkeit als vollendet angesehen wurde.

Der leider zu früh verstorbene, mir befreundete Direktor der genannten Anstalt war mit mir der Ansicht, dass die beschriebene Geistesstörung ursächlich bedingt bezw. vorbereitet wurde durch den Kummer über das traurige Ende seines Schwagers und durch die aussergewöhnliche Anstrengung im Dienste, und dass der beschriebene Sturz mit dem Pferde theils durch mechanische Einwirkung, theils durch den damit verbundenen Schreck und Aerger die vorbereitete Psychose zum Ausbruch brachte.

In dem Gesammtbilde und in dem Verlaufe dieser Psychose glaubte man in der Provinzial-Irrenanstalt die Züge und den Charakter der

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Manie zu erkennen. Dieser Diagnose vermag ich mich bei aller Anerkennung der spezialistischen Superiorität nach reiflicher Erwägung und Verwerthung der Symptome, speziell der von mir beobachteten klinischen Initial-Erscheinungen, die ich mit Absicht in detaillirter Ausführlichkeit wiedergegeben habe, nicht ohne Weiteres anzuschliessen, wenngleich ich nicht verkenne, dass aus dem Krankheitsbilde manche Einzel-Momente hervortraten, die sich sehr wohl unter den Rahmen der Manie einfügen lassen. Eine vorübergehende oder dauernde Färbung psychopathischer Symptome berechtigt noch nicht zur Klassifikation der Krankheit unter der Rubrik einer typischen, durch gleichgefärbte Symptome charakterisirten Psychose; andererseits darf man auch nicht vergessen, dass es bei den Psychosen Zwischenformen und Mischformen giebt, die sich ohne Zwang keiner Schema-Eintheilung fügen, die, wie J. L. A. Koch[1]) treffend sagt, „in keiner kurzen diagnostischen Bezeichnung ohne Rest aufgehen". Ich bin mehr geneigt, in dem beschriebenen Falle die Kriterien der von Meynert[2]) aufgestellten, als eigenartig charakterisirten Krankheitsform des „hallucinatorischen Wahnsinns" zu erblicken, die gleich der unter 7 berichteten Beobachtung als ein funktioneller psychischer Erschöpfungszustand, als „asthenische Psychoneurose" aufgefasst werden muss. Der Unterschied ist nach v. Krafft-Ebing nur der, „dass die Hirnerschöpfung nicht oder nur episodisch bis zur gänzlichen Aufhebung der psychischen Prozesse sich erstreckt, und dass in dem erschöpften Gehirn Reizvorgänge, wesentlich in Sinnescentren aber auch in den psychomotorischen Gebieten der Hirnrinde, sich abspielen". Als Hauptsymptome werden von demselben Autor Sinnestäuschungen, und zwar auf der Höhe des Leidens Illusionen und Hallucinationen, geschildert. Die im Krankheitsbild oft sehr lebhaft sich äussernden Stimmungen und Affekte werden als durchaus reaktive Erscheinungen auf die primären Vorgänge dieser meist schreckhaften und persekutorischen Sinnestäuschungen gedeutet. Grosse Gereiztheit, gefährliche Angriffe auf die Umgebung und das eigene Leben, Fluchtversuche, Nahrungsverweigerung finden sich unter den symptomatischen Erscheinungen als häufige Folgen der subjektiven Verfolgungsvorgänge geschildert. Im Gegensatz zur primären Verrücktheit entbehren indessen die Wahnvorstellungen jeglicher Systematisirung. In Betreff der Differential-Diagnose gegenüber der Manie macht v. Krafft-Ebing

[1]) Koch, „Spezielle Diagnostik der Psychosen". Ravensburg 1890. S. 4.

[2]) „Akute Formen des Wahnsinns", Jahrb. für Psychiatrie, II. B. 2. und 3. Heft. Vergl. ferner v. Krafft-Ebing l. c. II. B. S. 83 ff., Koch l. c. S. 26. ff., Schüle, Handbuch, Kräpelin, Archiv für Psychiatrie. XI und XII.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

darauf aufmerksam, dass einerseits bei einer auf der Grundlage eines erschöpften Gehirns entstandenen Manie durch die dann massenhaften Sinnestäuschungen dem Wahnsinn sehr nahestehende Krankheitsbilder entständen, und dass andererseits die bei Wahnsinn als Reaktion auf Sinnesdelirien oft sehr lebhafte Bewegungsunruhe und die psychomotorischen Reizerscheinungen leicht manische Zustände vortäuschen könnten.

Der Vergleich der vorstehend an der Hand der mir zugänglichen Litteratur kurz skizzirten Hauptsymptome des hallucinatorischen Wahnsinns mit den klinischen Beobachtungen des vorliegenden Falles, die Erwägung der Krankheitsursachen und des Verlaufs, vor Allem auch des Mangels einer eigentlichen, für die Manie charakteristischen Ideenflucht, und jeglichen Fehlens einer Steigerung des Turgor vitalis spricht in meinen Augen gegen die Annahme einer Manie und für die Diagnose des hallucinatorischen Wahnsinns.

9. Traumatisches Irresein.

Es giebt bekanntlich bis zur Stunde noch keine allgemein angenommene, nach einheitlichen Grundsätzen geordnete Eintheilung der Psychosen. Entsprechend dem jeweiligen Standpunkte des psychiatrischen Wissens und der besonderen Betonung einzelner prinzipieller Gesichtspunkte hat „ungefähr jeder selbstständige Autor in der Psychiatrie sein eignes System“[1]). Aber kein einziger dieser unzähligen Klassifikationsversuche hat, wie gesagt, bisher eine allgemeine und uneingeschränkte Billigung gefunden, und es hat nicht an Autoren[2]) gefehlt, welche behaupteten, eine nach einem bestimmten Prinzip aufgestellte und konsequent durchgeführte Eintheilung der Geisteskrankheiten könne es überhaupt nicht geben; man thäte deshalb besser, ganz darauf zu verzichten und jeden Fall gewissermaassen als Spezies für sich zu betrachten. Die grossen Schwierigkeiten und unzulänglichen Resultate der bisherigen einheitlichen Gruppirungsversuche, die ich kurz darstellen werde, rückhaltslos zugebend, halte ich eine derartige Behauptung für viel zu weitgehend und schliesse mich gern der Autorität Krafft-Ebing's[3]) an, der solche Versuche im Interesse der Fortschritte der Wissenschaft wie auch des Verständnisses zwischen Autor und Leser als unentbehrlich bezeichnet.

Vom Standpunkte der exakten Naturforschung, die von der Erwägung ausgeht, dass jede Seelenstörung als das Produkt somatischer Alterationen im Centralorgan aufgefasst werden muss, erscheint das pathologisch-

---

1) Koch, spez. Diagnostik der Psychosen.
2) Vgl. Scholz, Handbuch S. 62.
3) Lehrbuch 2. Bd. S. 1.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

anatomische Eintheilungs-Prinzip als das korrekteste. Leider aber ist die mit den bisherigen Untersuchungs-Methoden und -Mitteln bei Sektionen gewonnene pathologisch-anatomische Ausbeute noch eine so dürftige, lückenhafte und vielfach gänzlich negative, dass dies Prinzip, abgesehen von den mehr oder weniger typischen Befunden bei der progressiven Paralyse sowie bei Psychosen in Folge von Gehirn-Lues und multipler Sklerose, zur Zeit als Ausgangspunkt für eine Klassifikation praktisch gar nicht in Frage kommen kann. Erst eine von der Zukunft mit Sicherheit zu erwartende höhere Vervollkommnung unserer physikalischen (und chemischen?) Untersuchungstechnik wird uns diesbezüglich allmälig festere objektive Unterlagen schaffen und uns dem Endziel der Psychiatrie, „die verborgenen Beziehungen zwischen Körper und Geist, zwischen geistiger Affektion und Gehirn-Pathologie immer weiter aufzudecken[1])“, näher führen.

Praktisch weit brauchbarer für die Eintheilung der Psychosen, aber wissenschaftlich ungenügend, ist der älteste und, weil bequem, noch vielfach eingenommene rein symptomatologische psychologisch-klinische Standpunkt. Die durch ihn ermöglichte Eintheilung in grosse Gruppen je nach den in die Erscheinung tretenden Qualititäten des Empfindens, Vorstellens, Urtheilens und Handelns lässt gewiss sämmtliche Seelenstörungen nach den grundlegenden Elementarformen des krankhaft gesteigerten oder gebundenen oder geschwächten oder verrückten Seelenlebens übersichtlich unter die landläufigen Begriffe der Manie, der Melancholie, des Blödsinns und der Verrücktheit unterbringen, aber „diese Begriffe an sich sind und bleiben“, wie Schüle[2]) treffend bemerkt, „blosse Schemata, äussere Formen, aber „keine Krankheitszustände selbst“. Auch ist diese Eintheilung unlogisch[3]), indem sie ätiologisch und klinisch ganz verschiedene Zustände in einer Gruppe vereinigt (wie z. B. die primäre und sekundäre Verrücktheit), zusammengehörige dagegen trennt (wie den sekundären Blödsinn von seiner Vorstufe, der sekundären Verrücktheit).

Durchaus wissenschaftlich und richtig aufgebaut und begründet ist das zuerst von Morel zu einem System erhobene, von Kahlbaum[4]), Skae und Clouston[5]) weiter ausgebaute ätiologische Eintheilungsprinzip, das von dem Grundgedanken ausgeht, dass gleichartige ursächliche Schädlich-

---

1) Scholz l. c.

2) Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten S. 362.

3) Scholz l. c.

4) Virchow's Archiv Band LII.

5) Journal of ment. science 1874 S. 756 ff.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

keitsmomente auch gleichartige typische, in Symptomen und Verlauf übereinstimmende Krankheitszustände erzeugen müssten. In der That erhalten wir nach diesem System eine ganze Reihe symptomatisch und klinisch scharf umschriebener Krankheitsbilder, wie das epileptische, alkoholistische, luetische, senile, Pubertäts-, Gefangenen-, Vagabonden-Irresein u. s. w. Aber von einer allgemeinen Verwerthbarkeit dieses Prinzips sind wir noch weit entfernt, insofern einmal die Aetiologie bei einer grossen Menge von Seelenstörungen überhaupt noch dunkel ist, in vielen anderen Fällen die von Krafft-Ebing[1]) diesbezüglich mit Recht verlangte Voraussetzung: „spezifische Ursache — spezifische Züge des Krankheitsbildes" keineswegs in dem für ein einheitliches Prinzip erforderlichen Umfang erfüllt ist. Dies gilt auch für das sogenannte „traumatische Irresein", für das Irresein in Folge vorhergegangener Kopfverletzungen, die Schüle[2]) als die „greifbarste aller ätiologischen Schädlichkeiten" bezeichnet.

So bleibt für ein nach jeder Richtung befriedigendes modernes klinisches Eintheilungsprinzip nur ein eklektischer Standpunkt, der von jedem der erörterten Prinzipien etwas, und zwar das wirklich einschneidende und zutreffende Moment, verwerthet und demgemäss nach Scholz dadurch gekennzeichnet ist, „dass er zu Krankheitstypen solche Falle zusammenfasst, die durch Gleichartigkeit der Pathogenese, der Symptome, des Verlaufs und womöglich auch der pathologisch-anatomischen Grundlage zusammengehören".

In diesem Sinne ist der moderne klinische Begriff des „traumatischen Irreseins" aufzufassen, den Huguenin[3]) meines Erachtens sehr gut bestimmt mit den Worten: „Eine bald nach der Verletzung auftretende Psychose sehr charakteristischer Natur, welche sich charakterisirt durch starken Kopfschmerz, Schwindel, Angstgefühle, Hallucinationen; bald darauf, selbst beim Fortbestehen der Letzteren, Hemmung des Denkens, Verlangsamung desselben, endlich beinahe völlige Gedankenlosigkeit neben interkurrenten Aufregungszuständen und beständig vorhandenen Sinnestäuschungen; daneben Pupillenveränderungen, welche auf bedeutende Reizung der Gehirnoberfläche deuten". In diesem Sinne auch ist die an sich gewiss berechtigte Ausführung v. Bergmann's[4]) in seinem epochemachenden Werk auf ihr richtiges Maass zurückzuführen: „Zu den traumatischen Irreseinsformen

---

[1]) l. c. 2. Bd. S. 2.

[2]) l. c. S. 290.

[3]) Ziemssen's Handb. XI. „akute und chronische Entzündungen des Gehirns und seiner Häute" S. 673.

[4]) Die Lehre von den Kopfverletzungen. Stuttgart 1880. S. 541.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

gehören verschiedene Psychosen, die in Symptomatologie, Verlauf und Ausgang wesentlich differiren, so dass ihnen schliesslich nichts gemeinsam ist, als das gleiche ätiologische, oft nur den Anstoss gebende Moment".

Von nahezu sämmtlichen Autoren, die sich mit dem traumatischen Irresein litterarisch beschäftigt haben und deren Veröffentlichungen ich durchsehen konnte (— ausser den bereits angeführten vor Allem v. Krafft-Ebing[1]), ferner Wille[2]), Landerer[3]), Schlager[4]), Skae[5]), Oppenheim[6])), werden zwei Hauptgruppen von einander geschieden. In der ersten folgt die Psychose der Kopfverletzung unmittelbar auf dem Fusse, in der anderen wird der Ausbruch derselben erst durch ein mehr oder weniger langes Zwischen- bezw. Prodromal-Stadium (nach v. Krafft-Ebing „wochen-, monate- bis jahrelang[7]) dauernd") vermittelt.

Eine in mehrfacher Beziehung interessante Beobachtung dieser zweiten Gruppe des traumatischen Irreseins bringe ich zur Kenntniss der Fachgenossen.

Der erblich nicht belastete, bis dahin niemals ernstlich kranke, auch nicht spezifisch infizirt oder trunksüchtig gewesene, im Dienst eifrige und tüchtige, von Naturell gutmüthige und heitere 20jährige Ulan v. J., von Beruf Schmiedegeselle, erhielt am 16. Januar 1891 durch einen Kameraden einen Wurf mit einer Kardätsche gegen den Hinterkopf. Wie erst nach Monaten bei der Genesung angegeben wurde, empfand der Getroffene unmittelbar nach dem Wurfe, der eine vorübergehend ziemlich stark blutende Wunde verursachte, starken Schwindel, bemerkte auch einige Tage lang auf dem rechten Ohre Schwerhörigkeit. Wegen des letzteren Umstandes erfolgte am 20. Januar eine Untersuchung der Ohren durch den Revierarzt, der beiderseits starke Ohrenschmalz-Pfröpfe und eine dadurch bedingte leichte Entzündung der äusseren Gehörgänge feststellte und deshalb nach zwei Tagen die Aufnahme des Mannes auf die äussere Station des Garnisonlazareths veranlasste. Hier wurde er bis zum 4. Februar behandelt und dann als geheilt entlassen. Aus dem Umstande, dass weder von dem Revierarzt noch auf der äusseren Station die erwähnte

1) Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen 1868.

2) Archiv für Psychiatrie VIII.

3) Bericht über die Privatanstalt Göppingen 1878.

4) Zeitschrift der k. k. Aerzte zu Wien Bd. XIII.

5) On insanity caused by the injuries on the head etc., Edinb. med. Journal 1866.

6) Archiv für Psychiatrie XVI.

7) Huguenin mahnt wohl mit Recht, Angaben von jahrelanger Dauer dieses Zwischen-Stadiums „mit Vorsicht aufzunehmen".

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Kopfwunde bemerkt worden ist, geht hervor, dass dieselbe nicht erheblich und nicht von weiteren subjektiven Beschwerden begleitet gewesen ist. In seinem geistigen Verhalten zeigte v. J. während dieses Aufenthaltes im Lazareth nichts Auffallendes. Dagegen ist seinem Eskadronchef in den nächsten Tagen eine Veränderung seines Wesens aufgefallen, insofern der vorher besonders gewandte und frische Rekrut etwas nachlässig und schwerfällig geworden sei. Am 9. Februar, also in der vierten Woche nach der erlittenen Kopfverletzung, entfernte sich v. J. ohne Urlaub von seinem Truppentheil und tauchte am 18. Februar in gänzlich verkommenem Zustande bei seinen Angehörigen in der Nähe von Cleve auf. Er sprach irre, wusste nicht, wie und wann er von Düsseldorf weggegangen sei und wo er sich aufgehalten habe, klagte über Kopfschmerzen, Schwindel und Leerheit im Kopfe, war weinerlicher Stimmung, sprach im Uebrigen wenig und nahm kaum Nahrung zu sich. Der hinzugerufene Zivilarzt stellte eine beginnende Geistesstörung fest und veranlasste seineU eberführung nach Düsseldorf, wo er am 24. Februar auf meiner Station mit folgendem Status aufgenommen wurde: Der kräftig und normal gebaute Mann sieht blass und elend aus; sein Blick ist scheu, sein Gesichtsausdruck ängstlich und niedergeschlagen. Bei sonst normaler Körpertemperatur fühlt sich die Stirn warm an. Die über die Norm weiten Pupillen reagiren träge auf Lichteinfall und sind ungleich (die linke ist weiter); die rechte Gesichtshälfte ist schlaffer als die linke, die Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts ab. Der Patellar-Reflex ist rechts schwächer als links, die Schmerzempfindung am ganzen Körper herabgesetzt. Der Gang erscheint schwankend. Der Puls ist langsam und wie die Herztöne schwach. Bei der Untersuchung des symmetrisch gebildeten, bei Beklopfen schmerzhaften Schädels findet sich etwas nach hinten und unten vom rechten Scheitelbeinhöcker eine mit trockener Borke bedeckte, 2½ bis 3 cm lange, 1 cm breite, gegen den Knochen verschiebliche Wunde, die sich nach Entfernung der Borke als granulirend und eiternd erweist und an keiner Stelle die ganze Dicke der Kopfschwarte durchdringt. Das Sensorium des Mannes erscheint von vornherein etwas benommen. Für gewöhnlich regungslos, zeitweise leise jammernd daliegend, giebt er nur auf wiederholte laute Anreden langsam Antwort, wobei er den Eindruck macht, als sei er eben aus tiefem Schlafe erwacht und müsse sich erst orientiren. Jedenfalls ist er sich noch einigermaassen klar über seine eigene Persönlichkeit und seine Umgebung, weiss auch noch nach längerem Besinnen anzugeben, dass er von dem Gefr. B. mit einer Kardätsche gegen den Kopf geworfen und infolgedessen „krank im Kopfe“ sei. Er klagt über Angst,

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Kopfschmerzen, verweigert die Nahrungsannahme, lässt den Stuhl unter sich gehen; betet vom 2. Tage an viel mit leiser monotoner Stimme, um dann wieder stundenlang in sich versunken zu sein. Nach weiteren zwei Tagen treten unter allmälig zunehmender Verworrenheit und periodischer Aufregung lebhafte Gesichts- und Gehörs-Halluzinationen in den Vordergrund des Krankheitsbildes: er sieht bald einen Kürassier mit eingelegter Lanze, bald Sektionen von Franzosen auf sich eindringen und sucht sich derselben zu erwehren, hört fortwährend Jemand an Thüre und Fenster klopfen und Einlass begehren, hört Alarm blasen etc. und kann zeitweise nur mit Mühe im Bett gehalten werden. Zwischendurch beschäftigen ihn wirre religiöse Vorstellungen: er murmelt Gebete, ruft „kreuziget ihn“ und versucht mit dem rechten Zeigefinger die linke Hand zu durchbohren und dieselbe dann mit der rechten Faust an die Wand zu nageln. In ruhigen Momenten stöhnt und jammert er viel über Schmerzen und Klopfen im Kopfe; dabei nimmt seine Gedächtniss- und Denkschwäche von Tag zu Tag zu, so dass er gegen Ende der im Ganzen 14tägigen Beobachtungszeit im Lazareth gänzlich unorientirt über Zeit und Ort und eigene Persönlichkeit erscheint. Auf alle diesbezüglichen Fragen erfolgt die stereotype Antwort: „Ich weiss nicht; mein Kopf thut so weh.“ Die Kopfwunde war unter einfacher antiseptischer Behandlung bei der Ueberführung in die Provinzial-Irrenanstalt Grafenberg vollkommen geheilt. In dieser Anstalt, wo ich den mich interessirenden Patienten im Auge behielt, zeigte sich während der ersten zwei Monate unverändert dasselbe psychische Verhalten, charakterisirt durch Angstgefühle, Klagen über Kopfschmerzen, durch gänzliche Unorientirtheit und Denkunfähigkeit, zeitweilige Erregungszustände, sowie durch Sinnestäuschungen und meist an das militärische Leben anknüpfende Wahnvorstellungen. Dabei blieb der Kopf gegen Beklopfen, ja vorübergehend gegen einfache Berührung schmerzhaft. Anfang Mai trat etwas Besserung ein. Der Kranke wurde ruhiger, nahm wieder regelmässig Nahrung zu sich (bis dahin musste er meistens gefüttert werden), klagte zwar immer noch, dass er verwirrt im Kopfe sei, wusste sich aber mancher Einzelheiten aus seiner Krankheit zu erinnern. Im Juni fing er an, sich etwas zu beschäftigen, war aber noch verstimmt und scheu, klagte auch immer noch, dass es ihm „so im Kopfe und in der Stirn sitze“ und dass er noch so grosse Angst habe, besonders wenn er sich aufrege. Diese Angst sei im ganzen Körper; dabei schlafe er nicht gut und glaube, er müsse sterben. Unter mehrfachen Schwankungen trat endlich im August ein dauernd guter Zustand ein, welcher bei der erst im Anfang 1892 erfolgten Entlassung aus der Irren-

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

anstalt wohl mit Recht als Heilung (wenigstens relative Heilung) bezeichnet werden konnte. Der verstorbene Direktor, mit dem ich den Fall gemeinsam vor der Strafkammer zu begutachten hatte, machte mich bei unserer letzten Untersuchung des im Uebrigen psychisch und somatisch durchaus normal erscheinenden Mannes auf ein bemerkenswerthes und offenbar noch auf einen fortbestehenden Reiz im Centralorgan hindeutendes Symptom aufmerksam, nämlich auf den oft ganz plötzlich auftretenden Wechsel in der Gesichtsfarbe. Für einen derartigen Reizzustand sprach auch die Angabe des Mannes, dass er noch leicht schreckhaft sei und nicht gut schlafe. Mit dem Beginn der relativen Heilung war vollkommene Krankheitseinsicht eingetreten; er wusste ganz genau und gab es zu, dass er geisteskrank gewesen sei; er sei ganz verwirrt und verkehrt im Kopfe gewesen und habe immer drohende Gestalten, meist feindliche Soldaten, gesehen. Ueber die Einzelvorgänge bei seiner Verletzung und über seinen ersten Lazarethaufenthalt war er wieder genau orientirt; auch war seine Erinnerung an seinen zweiten Lazarethaufenthalt und an seine Ueberführung in die Provinzial-Irrenanstalt wiedergekehrt; dagegen wusste er nichts von seiner Entfernung aus der Garnison, seiner 9 tägigen Vagabondage und seiner Ankunft in der Heimath. Von einem ähnlichen umschriebenen Erinnerungs-Defekt nach einer geheilten traumatischen Psychose berichtet Wille[1]).

Heilungen der vollentwickelten traumatischen Psychosen, in deren Pathogenese jedenfalls chronisch-meningitische und encephalitische Vorgänge eine Hauptrolle spielen, sind nach den von mir durchgesehenen Autoren selten. v. Krafft-Ebing[2]) fasst die Prognose in dem Satze zusammen: „In einigen Fällen Heilung, meist aber restirende oder selbst bis zu den äussersten Stadien psychischen Verfalls fortschreitende Dementia (chronische Periencephalomeningitis) mit grosser Reizbarkeit“. Aber auch in den günstigst verlaufenden Fällen, wie in dem referirten, darf die Heilung immer nur als eine relative ausgesprochen und angesehen werden. Nach v. Krafft-Ebing, Huguenin, Schüle, Landerer, Schlager, v. Bergmann, bleibt häufig „eine psychische Vulnerabilität“ zurück, eine geringere Resistenz gegen krankmachende Einflüsse (besonders gegen Alkohol und seelische Aufregungen) und darum eine bedenkliche Disposition zu späteren Psychosen. „Bei günstiger und geschonter Lebenslage können diese cerebralen Invaliden vor Schwererem bewahrt bleiben, sehr häufig

[1]) Archiv für Psychiatrie 1878 Bd. VIII S. 219, vgl. auch v. Bergmann l. c. S. 542 und Schüle l. c. S. 292.

[2]) Lehrbuch I. S. 186.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

aber führen die wiederholten Kongestionen (Trinkexcesse, Affekte) eine akute psychische Erkrankung herbei"[1]).

In dem vorstehenden Falle hat die Heilung nach meinen Erkundigungen bis jetzt, also 1½ Jahre lang, angehalten. Aber der erwähnte häufige Wechsel in der Gesichtsfarbe, Schreckhaftigkeit, zeitweiliger Kopfschmerz und etwas unruhiger Schlaf sollen fortbestehen, ein Beweis, dass das in seinem Gefässtonus tieferschüttert gewesene Gehirn noch immer unter dem Einflusse abnormer Fluxions- und Reizvorgänge steht.

10. Paranoia auf hysterischer Basis.

(Zur Kasuistik der männlichen Hysterie.)

Seit man die Hysterie, diesen „Proteus in Einzelgestalten" (Schüle), nach ihrem allgemein klinischen, physiologischen und psychophyischen Charakter eingehender studirt und kennen gelernt, seit man den Begriff derselben von dem ätiologisch gewiss bedeutsamen aber diesbezüglich Jahrhunderte lang unendlich überschätzten abnormen Verhalten der „ὑστέρα", dem sie ihren ominösen Namen verdankt, losgelöst und gelernt hat, in ihr eine Neurose zu erblicken, gekennzeichnet durch „gesteigerte Erregbarkeit mit Schwäche", „durch krankhaftes Ueberwiegen der reflektorisch spinalen Funktionen über die hemmenden cerebralen bezw. durch abnorme Verminderung des Leitungswiderstandes", hat sie aufgehört, eine Domäne des schwächeren Geschlechts zu sein. Schon vor längerer Zeit zeigte Morel[2]), dass auch Männer ihr Kontingent dazu stellen. Seitdem haben sich die Beobachtungen von männlicher Hysterie in der neurologischen Spezial-Litteratur des In- und Auslandes so gehäuft, dass diese Krankheitsform an sich nicht mehr als eine Seltenheit angesprochen werden kann. Den Lesern dieser Zeitschrift sind die diesbezüglichen Veröffentlichungen von Kern[3]) und Slawyk[4]) noch in guter Erinnerung. Ausser ihren eigenen interessanten und gut beschriebenen Beobachtungen geben die genannten Autoren einen kurzen Ueberblick über eine Reihe bis dahin bekannter einschlägiger Publikationen von Mendel, Dupouchel, Sgobbo, Oseretzkonski[5]), Andrée und Knoblauch, Scherer,

1) Vgl. Schüle l. c. S. 294.

2) Traité des maladies mentales etc. Seite 718.

3) Militärärztliche Zeitschrift 1890. Heft 12.

4) Militärärztliche Zeitschrift 1892. Heft 9.

5) So ist der Name des russischen Autors bei Kern, der nach Sgobbo citirt, geschrieben. Stark, der in einem eingehenden Referat im Litteraturbericht des 44. Bandes der allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Seite 93 dieselben 11 Fälle schwerer männlicher Hysterie beschreibt, nennt den Verfasser Oseschykowsky, und P. Rosenbach, der gleichfalls darüber nach Medicinskoje obosresnije 1886 No. 4 im neurolog. Centralbl. 1886 referirt, schreibt Oseretzkowski.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Charcot, Mendel, Baginsky sowie des Sanitätsberichts der Medizinal-Abtheilung von 1884 bis 1888. Ohne auch nur annähernd auf Vollständigkeit Anspruch zu machen, möchte ich diese Reihe noch ergänzen durch den Hinweis auf die Arbeiten bezw. Mittheilungen von Troisier, Ferran, Joffroy (hysterische Lähmungen beim Manne nach Traumen, Soc. méd. des hopitaux, Paris, Sitzung vom 24. Juli 1885) [1]), Ferréol, Debove, Millard [2]), Scheiber [3]), Knud Pontoppidan („Hysterie hos Mänd" neun Fälle in Hosp. Tidende 1886 3. R. IV, 4) [4]), Lombroso („Un caso di paralici isterica nell' uomo e crampo degli scrivani consecutivo", Lo Sperimentale 1886, Marzo) [5]), Voisin („grande hysterie chez l'homme" etc. Archiv de neurolog. 1885 X. Seite 212) [6]), Allan M'Lane Hamilton („Hystero-catalepsy etc.," Brain. 1886 January p. 528 — 531) [7]) Poupou („Paralysies hystéro-traumatiques" 10 Fälle) [8]) Bourneville und Leflaive („Hystéro-épilepsie instabilité mentale avec perversion des instincts" etc.) [9]), Championnière („Beitrag zum Studium der Hysterie beim Manne" etc.) [10]), Baruch und Peck („hysterische Amblyopie eines Mannes") [11]), Clark („Hysterie bei Männern" drei Fälle. The Journal of ment. scienc. Januar 1888) [11]), Bourneville und Sollier (Hystero-Epilepsie bei jungen Männern, Arch. de neurol. November 1889 und Januar 1890, vier Fälle) [12]), Bodenstein (Hysterie beim männlichen Geschlecht, 122 Fälle) [13]), Strassmann („hysterische Aphasie bei einem Knaben, kombinirt mit Facialis-Paralyse, Trismus und Spasmus") [14]), Kronfeld (ein Fall von traumatischer Hysterie) [15]), Guinon (ein Fall

---

[1]) Referirt in Mendels neurolog. Centralblatt 1886 Seite 43 und 44 von Hadlion.

[2]) Daselbst Seite 68.

[3]) Hystero-Epilepsie beim Manne, Wiener medizin. Blätter 1885 (No. 44 bis 47).

[4]) Referirt von Walter Berger im neurolog. Centralbl. Seite 230.

[5]) Daselbst referirt von Th. Ziehen.

[6]) Daselbst Seite 232 von Siemens.

[7]) Daselbst von E. Remak.

[8]) Daselbst Seite 229 von Zander.

[9]) Daselbst von Laquer.

[10]) Referirt von Jehn in Nasses Bericht über die psychiatrische Litteratur, 2. Halbjahr 1887 Seite 123.

[11]) Daselbst 1. Halbjahr 1888 referirt Seite 156 und 157 von Stark.

[12]) Daselbst 2. Halbjahr 1889 und 1. Halbjahr 1890 referirt von demselben.

[13]) Dissertation Würzburg 1889.

[14]) Deutsche med. Wochenschrift 1890 No. 10.

[15]) Wiener med. Wochenschrift No. 17.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

von männlicher traumatischer Hysterie, Le progrès méd. 1890 No. 16)[1]) Ladame hysterische Abasie-Astasie eines Mannes, Archiv de neurol. Januar 1890)[1]), Souques (die männliche Hysterie — Arch. générales, August 1890, 26 Fälle)[2]), Tokarski (die sogenannte Krankheit „Merjatschenie“ und die Krankheit der krampfhaften Zuckungen. Gesammelte Abhandlungen Moskau 1890)[3]), Thyssen (Astasie-Abasie, Arch. de neurol. Januar und März 1891)[4]) Boissaud und Lamy („Periphere Lähmungen bei Hysterischen“ Arch. général. de médecine August und September 1891, vier Fälle)[5]) Bourneville und Sollier („zwei neue Beobachtungen von männlicher Hysterie“ Arch. de neurol. November 1891)[6]), Andrews („Traumat. Hysterie nach einem Eisenbahn-Unfall“, Americ. Journal of Insanity“, Juli 1891)[7]). Endlich weise ich auf die sehr interessanten Mittheilungen des jüngsten Sanitätsberichts (1889/90)[8]) über weitere Beobachtungen von hysterischen Affektionen verschiedener Art in der Armee hin. Neben mehreren ätiologisch bemerkenswerthen Fällen von zwar geringfügigen und zur Heilung gebrachten, aber sehr charakteristischen hysterischen Störungen wird daselbst unter Ausscheidung zweifelhafter Fälle die achtmalige Beobachtung grosser hysterischer Krämpfe („grande hystérie“) berichtet, und es wird die Vermuthung ausgesprochen, dass die Hysterie wahrscheinlich noch eine grössere Rolle spiele, als es bis jetzt aus den Berichten hervorgeht.

In Betreff der Häufigkeit der männlichen Hysterie macht Souques[9]), Arzt am Hospital Broussais, geradezu frappirende und bei allem Vertrauen in seine bona fides kaum glaubhafte statistische Angaben. Er will in seinem (allgemeinen) Spital unter 441 männlichen Kranken 5,90 % (!), unter 240 weiblichen Kranken nur 2,50 % Hysterische beobachtet haben.

---

1) Referirt von Stark im Schuchard'schen Litteraturbericht pro 1. Halbjahr 1890 Seite 122.

2) Desgleichen pro 2. Halbjahr 1890 Seite 295 bis 298. (Vergl. Fussnote 16 zu S. 443.)

3) Daselbst Seite 309 referirt von A. v. Rothe.

4) Referirt von demselben in genanntem Bericht pro 1. Halbjahr 1891. Seite 132 bis 135.

5) Desgleichen pro 2. Halbjahr 1891. Seite 316 bis 222.

6) Daselbst referirt von Vorsler Seite 327 und 328.

7) Sanitätsbericht über die Königl. Preussische Armee etc. für das Berichtsjahr vom 1. April 1889 bis 31. März 1890. Berlin 1893. Seite 68 und 69.

8) l. c.

9) Vergleiche diesbezüglich von Krafft-Ebing. Lehrbuch 2. Band Seite 212 bis 230, Schüle, Handbuch Seite 415 bis 421. Scholz, Handbuch Seite 110 bis 113.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Er zieht aus diesen Beobachtungen den Schluss, dass die männliche Hysterie nicht nur ein Vorrecht von einigen Spezialanstalten ist, sondern dass dieselbe in den gewöhnlichen Spitälern häufig vorkommt, sowie dass sie in den unteren Klassen (bei Männern aus höherem Stande soll auch in Frankreich die Hysterie selten sein) häufiger zu sein scheint als die weibliche. Ich nehme an, dass vorstehende Angaben auf diagnostischen Irrthümern beruhen, ohne damit die Möglichkeit einer grösseren Disposition der romanischen Völkerschaften gegenüber den germanischen zu hysterischen Erkrankungen, welche Frage Kern streift, bestreiten zu wollen. Ein einigermaassen der Wirklichkeit entsprechender zahlenmässiger Ausdruck des Häufigkeitsverhältnisses der männlichen zur weiblichen Hysterie in Deutschland dürfte in dem statistischen Ergebniss der oben citirten, auf Grund des im Laufe von 4½ Jahren in der Poliklinik der Proff. Mendel und Eulenburg beobachteten Materials verfassten Arbeit von Bodenstein zu erblicken sein. Er sah unter 11225 Fällen 1224 Hysterische, darunter 122 männlichen Geschlechts.

Angesichts der nach vorstehend gegebenem litterarischen Rundblick zweifelsfrei erwiesenen Thatsache von dem relativ keineswegs seltenen Vorkommen der männlichen Hysterie muss es befremden, dass wir bei der Durchsicht der mehr und mehr gehäuften einschlägigen Mittheilungen nur ganz sporadisch Fällen von ausgesprochen hysterischen Geistesstörungen bezw. Geistesstörungen auf hysterischer Grundlage begegnen. Es muss befremden, weil psychische Anomalien aller Art, transitorische Psychosen sowohl wie Formen von chronischem Irresein (Affektkrankheiten — Melancholie und Manie — und Entartungszustände — Folie raisonnante, originäre Verrücktheit; Schwachsinn —) als so häufige Begleit- bezw. Folge-Erscheinungen in dem reichhaltigen und vielgestaltigen Symptomenbild der weiblichen Hysterie bekannt und in grösseren Handbüchern durch eine reiche Kasuistik belegt sind.

Das hysterische Temperament bildet im Gegensatz zu der epileptischen Degenerations-Psychose, die nach und nach, schneller oder kürzer, in Dementia übergeht, nach Schüle den weiten und fruchtbarsten Boden für die Verrücktheit; und den Grund für diese besondere Disposition des Hysterismus zur Paranoia, speziell der in Verfolgungswahnideen sich bewegenden Form erblickt v. Kraft-Ebing darin, „dass bei den leicht verletzlichen Kranken das Gefühl der Nichtbeachtung, Zurücksetzung leicht auftritt, dass die centrale Sinnessphäre hallucinatorisch leicht erregbar ist, und die Phantasiegebilde und Hallucinationen bei der funktionellen Schwäche der höheren geistigen Leistungen nicht gerade leicht eine

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Korrektur finden. Dazu kommt, dass bei der Schwäche der Kritik überhaupt mit vorgeschrittener Krankheit eine direkte Umsetzung von Sensationen in Wahnideen im Bewusstsein hemmungslos stattfindet.

Ueber eine auf ausgesprochener hysterischer Basis beruhende, in periodischen Erregungszuständen verlaufende Paranoia, die ich auf meiner Station und im weiteren Verlauf in der Provinzial-Irrenanstalt zu Grafenberg beobachtete, habe ich zu berichten.

Der 31jährige, verheirathete Lagerdiener des Bekleidungsamtes R., angeblich ausser an einem Tripper niemals ernstlich krank gewesen und nach privatim eingezogenen Erkundigungen aus psychisch nicht belasteter Familie stammend, war schon im April 1891 im hiesigen Marien-Hospital und sodann zum ersten Mal vom 19. bis 29. Mai wegen Harnverhaltung, für deren Erklärung sich anatomisch nur eine mässige Harnröhrenverengerung in der pars prostatica nachweisen liess, auf meiner Station behandelt worden. Von seinen Blasenbeschwerden nahezu gänzlich befreit und deshalb auf seinen Wunsch entlassen, ging er bereits am 9. Juni unter denselben Klagen dem Lazareth wieder zu und wurde bis zum 1. August soweit gebessert, dass er zum zweiten Mal auf seinen Wunsch entlassen werden konnte. Schon während dieser Behandlungszeit war er durch sein zeitweise sehr erregtes psychisches Verhalten, durch häufiges plötzliches und unmotivirtes Lachen sowie durch ein stereotypes Lächeln aufgefallen; auch wurden derartige vorübergehende somatische Alterationen (Stimmband-Parese, lokale Schweisseruptionen, Parästhesieen in den Beinen und vor Allem plötzlich aufgetretene und drei Tage andauernde, äusserst bedrohlich aussehende Krämpfe der Hals-, Schlund- und inneren Kehlkopf-Muskeln) beobachtet, dass die Annahme einer Hysterie unabweisbar erschien. Wegen erneuter, angeblich seit acht Tagen bestehender Harnverhaltung ging er am 6. Oktober 1891 zum dritten Male der Station zu. Er erzählte, dass er sich selbst katheterisirt und dabei wiederholt blutigen Urin entleert habe. Ausser den Blasenbeschwerden klagte er über Kopfschmerzen. Sein Gesicht erschien stark geröthet, die Stirn gerunzelt, der Kopf auf der Höhe des Scheitels heiss. Die mittelweiten Pupillen reagirten träge; die rechte Naso-Labial-Falte war leicht verstrichen; der Patellar-Reflex beiderseits gleichmässig vorhanden, vielleicht etwas abgeschwächt. Die Schmerzempfindlichkeit war im Bereich der ganzen rechten Körperhälfte völlig geschwunden; tiefe Nadelstiche in Hohlhand und Fusssohle wurden nicht gefühlt; auch der Temperatursinn war sehr herabgesetzt. Kein Romberg. Der mittelst eines die Striktur leicht passirenden Nelatonschen Katheters entleerte Urin war ganz klar und eiweissfrei.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Die Therapie bestand in Bettruhe, kalten Umschlägen auf den Kopf, hydropathischem Bauchgürtel, regelmässiger Katheterisation und abends in abwechselnder Darreichung von Chloralhydrat und Bromkali. Am 7. Tage seines Lazarethaufenthaltes traten unter bezw. infolge von lebhaften Gesichts- und Gehörstäuschungen so schwere Tobsuchtsanfälle auf, dass er nur durch die Zwangsjacke für sich und seine Umgebung unschädlich gemacht werden konnte. Unter den ausserordentlich vielgestaltigen und wirren Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen erscheint besonders die eine, dass er einen schweren Mühlstein neben sich liegen habe und in den Keller werfen müsse, bemerkenswerth, insofern hier offenbar die bestehende und empfundene Hemianästhesie eine direkte Umsetzung zu der betreffenden Wahnidee im Bewusstsein erfuhr. Erst durch sehr hohe Dosen von Morphium und Chloralhydrat liess sich bis zum nächsten Tage soweit eine Beruhigung erzielen, dass die Ueberführung in die Provinzial-Irrenanstalt möglich war. Dort beruhigte er sich zunächst, machte dann in den nächsten Tagen und Wochen, unorientirt über Zeit, Ort und Umgebung, einen ängstlich verwirrten Eindruck und litt unter Verfolgungsideen. Unter massenhaften und stürmischen Hallucinationen trat am 11. November ein erneuter, zu Gewaltthätigkeiten neigender Erregungszustand auf, der nach einigen Tagen wieder so weit abgeklungen war, dass der noch immer abwechselnd von Verfolgungs- und Grössen-Ideen beherrschte Kranke am 24. November auf Drängen seiner Familie als ungeheilt entlassen werden konnte. Auch in der Irrenanstalt war die totale Hemianästhesie konstatirt, auch zeitweilige Aphonie und Globus-Gefühl geklagt worden. Nachdem R. den Rest des Jahres ruhig auf dem Lande bei seinen Eltern zugebracht hatte, trat er im Januar 1892 seinen Dienst beim Bekleidungsamt wieder an. Aber bereits am 8. Februar stellte sich nach voraufgegangener Schlaflosigkeit wieder plötzlich eine heftige maniakalische Aufregung bei ihm ein (er zertrümmerte das Mobiliar, bedrohte und misshandelte seine Frau etc.), so dass er vorläufig in die Isolir-Zelle des Marien-Hospitals gebracht werden musste. Dort war er in den ersten Tagen zunächst sehr erregt und bekam nach vier Tagen einen schweren, $1^1/_2$ Stunden dauernden Krampfanfall, charakterisirt durch tiefe Bewusstlosigkeit, Clonus der Ober-Extremitäten, Steifigkeit der Nackenmuskulatur. Lähmungserscheinungen wurden weder während noch nach dem Krampfanfall beobachtet. Am 19. Februar zum zweiten Mal in die Provinzial-Irrenanstalt aufgenommen, war er zunächst versunken und ablehnend, erkannte die Aerzte nicht wieder, äusserte in der Folge abwechselnd Verfolgungs- und Grössen-

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Ideen, war vorübergehend von dem Wahne beherrscht, dass man ihm in Düsseldorf das Blut ausgesogen habe, machte einen zweistündigen mit Globus-Gefühl und Gelbsehen einsetzenden Krampfanfall ohne vollständige Bewusstseinsstörung durch und wurde dann im Monat März zweimal von mehrtägigen maniakalischen Exaltations-Zuständen heftigster Natur befallen, so dass er gegen sein eigenes Leben tobte, sein Bett zerstörte, die Fenster mit seinem Trinkbecher einwarf und dann in der Isolir-Zelle unter Brüllen und Lärmen die Thür mit Händen und Füssen zu zertrümmern suchte. Ein ähnlicher Erregungszustand spielte sich in der Zeit vom 5. bis 9. April ab. Von da ab trat allmählich Beruhigung ein. Er klagte zwar in den ersten Wochen unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen noch hier und da über Belästigungen durch seine Frau und Spione, fühlte sich auch zeitweilig in telegraphischem Rapport mit Windhorst unter den Linden in Berlin, nahm aber doch nach und nach seinen früheren Wahnideen gegenüber einen objektiven Standpunkt ein, gab zu, geisteskrank gewesen zu sein, erinnerte sich aber nicht an Einzelheiten, machte auch noch kurz vor seiner am 7. Juli 1892 erfolgten Entlassung den Anstaltsärzten geheimnissvolle Andeutungen und zeigte zeitweilig ein finsteres und abgeschlossenes Wesen. Zur Zeit der Entlassung war die oben geschilderte Hemianästhesie der rechten Körperhälfte nur noch auf die Streckseite des rechten Vorderarmes beschränkt.

Bei dem hohen wissenschaftlichen Interesse, das vorstehend geschilderter Fall einer auf ausgesprochen hysterischer Basis entstandenen Paranoia beansprucht, habe ich über das weitere Schicksal des Mannes, der seitens der Militär-Behörde pensionirt wurde, Erkundigungen eingezogen. Zunächst liegt mir eine Zuschrift von ihm vom 15. Oktober 1892 an das hiesige Bekleidungsamt vor, worin er unter Anderem in ganz konfuser Weise mittheilt, dass er an den Kaiser und an das Kriegsministerium geschrieben habe. Der hierdurch bereits signalisirte Neuausbruch eines Erregungszustandes hat denn auch nicht auf sich warten lassen; freilich unter Vermittlung bezw. im Anschluss an eine erlittene Gehirnerschütterung. Ausweislich des mir vom Herrn Geheimen Medizinalrath Professor Dr. Pelman auf meine Bitte zur Einsicht übersandten Kranken-Journals der Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn erlitt nämlich R. am 5. November dadurch einen Unfall, dass ihm eine etwa 50 kg schwere Walze auf den Kopf fiel. Er wurde, sofort bewusstlos, in das Hospital zu Siegburg gebracht. Nach den dortigen Aufzeichnungen dauerte die Bewusstlosigkeit drei Tage an; während dieser Zeit und hinterher kein Erbrechen, keine Lähmungserscheinungen. Auch wurde keine äussere Schädelverletzung konstatirt. Nach drei Wochen konnte er das Bett

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

verlassen und kleinere Spaziergänge unternehmen. Psychischer Alterationen irgend welcher Art ist bis dahin in dem Siegburger Krankenblatt nicht gedacht. Am 29. November erst zeigte er bei der Rückkehr von einem kurzen Besuche bei seiner an demselben Orte wohnenden Frau ein vollständig verändertes Wesen: er lief hin und her, sprach vor sich hin, belästigte die Mitkranken, wurde aggressiv gegen das Pflegepersonal, verkannte seine Umgebung, hörte Stimmen, wollte sich umbringen; kurz, es bestand ein derartiger, hallucinatorischer Erregungszustand, dass die Angehörigen, die sich anfangs der vorgeschlagenen Ueberführung in die Irrenanstalt widersetzt und ihn einige Tage versuchsweise in die Familie genommen hatten, ihn am 4. Dezember der Bonner Provinzial-Irrenanstalt zuführten. Hier bestanden anfangs noch Sinnestäuschungen und Erregung, dann folgte mehrere Tage ein gedrücktes deprimirtes Wesen und schliesslich ein geistig freies Verhalten. Mehrmals wurden Kopfschmerzen und vorübergehend Taubheit geklagt. Im Gegensatz zu der früher vorhandenen Hemianalgesie wurde hier eine Analgesie beider Unterschenkel festgestellt. Bemerkenswerth, weil bezeichnend für den hysterischen Charakter erscheint der Umstand, dass R. auf Befragen hartnäckig leugnete, jemals geisteskrank oder in einer Irrenanstalt gewesen zu sein; er giebt dies erst zu, nachdem ihm die Einzelheiten seines Grafenberger Aufenthaltes aus den dortigen, mittlerweile eingegangenen Akten direkt vorgehalten werden; auch leugnete er seine frühere gonorrhoische Erkrankung. Seine Entlassung aus der Bonner Anstalt erfolgte am 2. Januar 1893.

Ob und inwieweit dem erlittenen Trauma ein ursächlicher Einfluss auf das Zustandekommen des letzten hallucinatorischen Erregungszustandes beigemessen werden kann, muss dahingestellt bleiben.

11. Trophoneurose des rechten Schulterblattes infolge eines im Feldzug 1870/71 erlittenen Schusses durch den rechten Oberarm.

Die Theorie von der Existenz besonderer trophischer Nervenapparate, wie sie Samuel[1]) bereits im Jahre 1860 als nothwendige physiologische Grundlage der sogenannten Trophoneurosen, d. h. der Ernährungsstörungen nervösen Ursprungs, aufstellte und unter Darlegung der Unzulänglichkeit der Gefässnerven für die Erklärung dieser Störungen an der Hand des thierischen Experimentes, der klinischen Beobachtung und der kombinatorischen Schlussfolgerung überzeugend begründete, ist noch immer nicht als einwandfrei bewiesene Thatsache allgemein wissenschaftlich anerkannt. Von den Gegnern der Theorie wird zwar „eine Einwirkung des Nerven-

[1]) Samuel, „Die trophischen Nerven". 1860.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

systems auf die Gewebe"[1]) als unzweifelhaft angenommen, — und was speziell die Trophoneurose der Knochen anlangt, deren experimentelle Erforschung bei Thieren besonders grosse Schwierigkeiten darbietet[2]), so steht Virchow[3]) auf dem Standpunkt, „dass gewisse Nervenveränderungen einen trophischen Einfluss auf den Knochen ausüben", aber andererseits ist mir keine Auslassung von ihm bekannt, wonach er seine früher in der Cellularpathologie und an anderen Orten[4]) vertretene Ansicht, dass die bisher bekannten Thatsachen „in keiner Weise darthun, dass es bestimmte Nerven giebt, welche der Ernährung vorstehen und dass die Einwirkung dieser Nerven eine direkte ist", geändert habe. Demgegenüber wird noch neuerdings von Samuel[5]) die Frage der Trophoneurosen „als identisch mit der Frage eines trophischen Nervenapparates" hingestellt. Es ist hier nicht der Ort und ich fühle mich nicht dazu berufen, auf die Details dieser noch offenen Streitfrage einzugehen; ich verweise diesbezüglich aus der ziemlich reichlichen Speziallitteratur ganz besonders auf die bereits erwähnte vorzügliche Samuelsche Monographie in der neuesten Auflage der Eulenburgschen Real-Encyclopädie und auf das Kapitel „Trophoneurosen nach peripheren Verletzungen" im Kriegssanitätsbericht[6]), wo Stricker an der Hand einer interessanten und relativ grossen Kasuistik die Ernährungsstörungen der gesammten Gewebe nach Weichtheil- und Knochenverwundungen unter Bezugnahme auf die bis dahin bekannten, von einander abweichenden Hypothesen der verschiedenen im Original einzusehenden Autoren kritisch bespricht. Jedenfalls ist es eine experimentell und durch klinische Beobachtung einwandfrei bewiesene Thatsache, dass unter bestimmten bis jetzt noch nicht genügend bekannten Bedingungen nach peripheren (Nerven-) Verletzungen verschiedenartige trophische Degenerationen der Gewebe, auch des Knochengewebes, zu Stande kommen.

Eine Beobachtung der letzteren Art, die in mehrfacher Beziehung das wissenschaftliche Interesse der Leser dieser Zeitschrift beanspruchen darf, werde ich in Folgendem mittheilen.

Dieser rein chirurgische Fall betrifft einen 42jährigen Uhrmacher, früheren Ulan und Feldzugs-Invaliden Kl., dessen Aufnahme und Be-

1) Virchow, Cellularpathologie. 4. Aufl. S. 396.

2) Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde von Eulenburg. 2. Aufl. 1890, 20. B. S. 206.

3) Berliner klin. Wochenschrift. 1886. No. 49.

4) Vergl. Virchow, „Spezielle Pathologie und Therapie". I. 276, 319, 323. Archiv IV 275, Gesammelte Abhandlungen 689.

5) Real-Encyclopädie l. c. S. 224.

6) Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich, VII. B. IV. B. Erkrankungen des Nervensystems, 2. Kapitel. S. 33 bis 54.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

handlung auf der mir damals unterstellten inneren Station auf meinen Antrag durch das Sanitätsamt des VII. Korps verfügt wurde, weil dies im Interesse der von mir zu erstattenden Invaliden-Begutachtung wünschenswerth erschien.

Kl. wurde von mir zum ersten Mal am 24. April 1891 auf Requisition des hiesigen Bezirkskommandos infolge seines Gesuchs um Wiedererlangung einer bis zum Jahre 1874 bezogenen Invaliden-Pension untersucht.

Er gab an — und die aktenmässigen Beläge bestätigen diese Angabe —, am 18. Dezember 1870 bei Poix auf Patrouille eine Schussverletzung des rechten Oberarmes davongetragen zu haben. Die nach der Heilung zurückgebliebenen Schmerzen in der rechten Schulter, im rechten Arm und im Kopf hätten von Jahr zu Jahr zugenommen. Seit etwa einem Jahre hätte sich zu den bisherigen mehr rheumatischen Beschwerden ein intensiver stechender Schmerz an einer bestimmten Stelle im Bereiche des rechten Schulterblattes hinzugesellt, der durch keinerlei Behandlung bisher zu beseitigen gewesen sei. Vielmehr habe er in der Frühe des letzten Neujahrsmorgens an dieser Stelle, entsprechend dem rechten Schulterblattwinkel, „einen furchtbaren Ruck“ verspürt, so dass er im Bette aufgeschnellt sei, als ob er einen Stich erhalten hätte; hinterher sei ein drei Stunden anhaltender äusserst heftiger Schmerz gefolgt. Von dieser Stunde zweifelte der angeblich dauernd von bohrenden, die Nachtruhe störenden und die Rückenlage unmöglich machenden Schmerzen geplagte Mann nicht mehr daran, dass sich eine in seinem Körper jedenfalls zurückgebliebene Kugel an der betreffenden Stelle losgelöst habe, da er deutlich den Druck derselben zwischen Brustwand und Schulterblatt spüre.

Die objektive Untersuchung des leidend aussehenden aber ziemlich gut genährten Mannes ergab an der Innenseite des rechten Oberarmes, drei Finger breit unterhalb des unteren Randes des grossen Brustmuskels eine etwa fünfzigpfennigstückgrosse, über den grossen Nervenstämmen verschiebliche Narbe. Durch Druck auf dieselbe wurden angeblich Schmerzen an der Druckstelle sowie Parästhesien in den Fingern und der Hand hervorgerufen. Eine zweite Narbe von derselben Grösse und Beschaffenheit fand sich an der vorderen Schulterseite, in dem Winkel zwischen dem oberen Rande des Brustmuskels und dem Innenrande des Deltamuskels, 10 cm oberhalb der erst erwähnten Narbe. Im Bereich der unteren Hälfte des rechten Schulterblattes bemerkte man eine diffuse Anschwellung, so dass die Konturen dieses Knochens zurücktraten und seine Ränder weniger deutlich zu fühlen waren. Auch die Beweglichkeit

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

des Schulterblattes war aktiv und passiv nachweislich vermindert, und man fühlte beim Andrücken desselben gegen die Brustwand, wodurch heftige Schmerzen hervorgerufen wurden, eine vermehrte Resistenz. Die Bewegungen im Schultergelenk waren aktiv nahezu unmöglich; der Arm konnte nicht bis zur Horizontalen erhoben werden; auch passiv war dies nur unter grossen Schmerzen möglich. Die Auswärtsdrehung im Schultergelenk war gleichfalls nur in beschränktem Maasse passiv ausführbar. Die rohe Kraft der rechten Hand sowie die Gefühls- und Tastempfindlichkeit der Fingerspitzen war sehr herabgesetzt. Auf Grund des beschriebenen örtlichen Befundes sowie angesichts der Anamnese und der mit aller Bestimmtheit gemachten subjektiven Angaben des intelligenten und augenscheinlich durchaus zuverlässigen Mannes (der nebenbei bemerkt wegen seiner Tapferkeit vor dem Feinde mit dem Eisernen Kreuz dekorirt und in der Geschichte seines Regiments rühmlichst erwähnt ist) musste der Annahme desselben, es befinde sich eine Kugel (bezw. ein sonstiger Fremdkörper) zwischen Schulterblatt und Brustwand, eine grosse Wahrscheinlichkeit zugestanden werden. In diesem Sinne wurde von mir, nachdem sich Kl. mit der vorgeschlagenen Operation einverstanden erklärt hatte, an das Königliche Sanitätsamt berichtet, worauf die Aufnahme auf meine Station verfügt wurde. Dieselbe erfolgte am 13. Mai, und an demselben Tage machte ich die nothwendig erscheinende Operation.

Der innere Rand des rechten Schulterblattes wurde in tiefer Narkose durch einen 12 cm langen Längsschnitt blossgelegt und auf diesen Schnitt, in der Mitte desselben, ein 6 cm langer Querschnitt rechtwinkelig nach aussen gesetzt, sodass zwei grosse Wundlappen entstanden, die, in genügender Ausdehnung von der Unterlage abgelöst, die ganze untere Hälfte des Schulterblattes frei zu Gesicht brachten. Sofort zeigte sich, dass das ganze untere Drittel des Schulterblattes schollig verdickt, rauh und so brüchig war, dass eine stumpfe Sonde mühelos eindrang. Die ganze untere Partie wurde nun zunächst in ihren Weichtheilverbindungen gelöst und dann mit einem scharfen Flachmeissel im gesunden Knochengewebe abgemeisselt. Das entfernte Knochenstück, gut ein Drittel der ganzen Scapula, befand sich im Zustande vorgeschrittener Osteoporose und musste infolge seiner Verdickung und Rauhigkeit für sehr wohl dazu geeignet erachtet werden, durch rein mechanischen Reiz das subjektive Gefühl eines harten Fremdkörpers hervorzurufen, wie sich auch andererseits die in der erwähnten Sylvesternacht plötzlich aufgetretenen intensiven Schmerzen durch die Annahme einer sogenannten Spontan-Fraktur zwanglos erklären. Thatsächlich fand sich bei der genauen Durch-

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

forschung der grossen Wundhöhle keinerlei Fremdkörper vor. Da durch die Resektion des Schulterblattwinkels der vorher mit dem Messer abgelöste grosse runde Armmuskel (m. teres major), der vom unteren Theil des äusseren Schulterblattrandes entspringt, seiner Ursprungsstelle beraubt war, wurde derselbe durch Catgutfäden mit der Schnittfläche des Unterschulterblattmuskels (m. subscapularis), dem eine ähnliche physiologische Funktion wie dem m. teres major obliegt, vernäht. Die Wunde wurde dann nach sorgfältiger Reinigung durch zahlreiche etagenförmig angelegte Seidennähte bis auf eine kleine Oeffnung für die Einlegung eines Drains vereinigt und antiseptisch verbunden.

Der Heilungsverlauf war gänzlich fieberlos und sehr günstig, indem die vereinigten Wundränder durch prima intentio verheilten; vor Allem war er gänzlich schmerzlos, so dass der Operirte schon gleich in der ersten Nacht und in vermehrtem Maasse in der Folge ruhigen Schlaf fand, der ihm monatelang vorher wegen seiner unerträglichen Schmerzen versagt war. Das Drainrohr konnte schon bei dem ersten Verbandwechsel, nach drei Tagen, weggelassen und die tiefen Nähte an demselben Tage entfernt werden, während die sämmtlichen übrigen Nähte nach weiteren vier Tagen herausgenommen wurden. 14 Tage nach der Operation wurde nur noch ein einfacher Heftpflasterverband angebracht, unter dem bei täglicher Ausfüllung eines an der Drainagestelle zurückgebliebenen Fistelganges mit Jodoformgaze der Letztere sich allmählich mit Granulationen füllte, so dass am 2. Juli der letzte kleine Wundrest definitiv verheilt war. Gleichwohl wurde der Operirte, um die eventuelle Heilwirkung täglicher Anwendung der Massage, Elektrizität und passiver Bewegungen besser beobachten zu können, bis zum 21. Juli (im Ganzen also etwa 9 Wochen) im Lazareth behalten. Das Körpergewicht hatte in dieser Zeit um 20 Pfund zugenommen. Der sonstige Befund des blühend und zufrieden aussehenden Mannes, dessen subjektive Klagen sich nur noch auf Schwäche des rechten Armes und der rechten Hand, Bewegungsbehinderung des Armes und herabgesetztes Tastgefühl sowie Ungeschicklichkeit in den Fingerspitzen bezogen, war folgender:

„Die grosse Narbe am inneren Rande des rechten Schulterblattes sowie die senkrecht in sie einmündende Quernarbe sind glatt, auf Druck schmerzlos und gegen die Unterlage leicht verschieblich; die Vereinigungsstelle beider Narben ist leicht eingezogen. Druck auf den Rest des Schulterblattes und seine Umgebung ist schmerzlos; nur bei längere Zeit eingenommener Rückenlage wird leichter Schmerz im Rücken geklagt. Die Beweglichkeit im Schultergelenk ist passiv unbehindert, sowohl in der Hebung wie in der Drehung; doch geschieht die Hebung über die

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

Horizontale nur unter Schmerzen. Aktiv kann der Arm nur langsam und nicht ganz bis zur Horizontalen gehoben werden. Die rohe Kraft des rechten Armes und der rechten Hand ist bis auf mindestens ein Drittel der linksseitigen herabgesetzt. Das Tastgefühl der Fingerspitzen steht an Feinheit gegen die linke Hand bedeutend zurück. Die Bewegungen der Finger beim Versuche, feine Gegenstände zu fassen, erfolgen etwas täppisch und ungeschickt unter leichtem Zittern. Die Prüfung des elektrischen Verhaltens ergiebt keine Entartungsreaktion, wohl aber erfolgt die Reaktion sowohl auf faradische als auf galvanische Reizung langsamer und weniger intensiv als linkerseits."

Ueber das weitere Schicksal des Falles bin ich in der Lage genaue Auskunft zu geben, indem ich mir den ortseingesessenen Mann im ersten Jahre nach seiner Entlassung einige Male zur Untersuchung bestellte und ihn nunmehr seit länger als einem Jahre fast jede Woche zu Gesicht bekomme, nachdem ich ihm, um ihm einen Verdienst zuzuwenden, die regelmässige Besorgung der Uhren in meinem Hause übertragen habe. Das gute Befinden ist, wie zu erwarten war, unverändert geblieben bezw. insofern noch besser geworden, als sich die bei der Entlassung aus dem Lazareth nach längerer Rückenlage noch eintretenden Schmerzen sehr bald definitiv verloren haben. Bezüglich der Funktions- und Sensibilitätsstörungen der Extremität ist keine Aenderung eingetreten. Auch das elektrische Verhalten ist nach einer neuerdings von einem namhaften hiesigen Neurologen auf meinen Wunsch vorgenommenen Prüfung dasselbe geblieben. Das Aussehen des Mannes ist blühend und gesund.

Abgesehen von dem sehr günstigen, prompten und dauernden Erfolge der immerhin eingreifenden Operation, durch die der Patient unmittelbar von seinen langjährigen und zuletzt unerträglichen Schmerzen befreit wurde, bietet der berichtete Fall besonders wegen seiner Aetiologie ein hohes wissenschaftliches Interesse, so dass diesbezüglich noch ein kurzes Wort gerechtfertigt sein dürfte. Um eventuelle naheliegende Einwände von vornherein zu entkräften, sei zunächst betont, dass der verheirathete und mit gesunden Kindern gesegnete Mann nach seiner glaubwürdigen Versicherung niemals syphilitisch krank gewesen ist und auch bei wiederholter genauer Untersuchung nach dieser Richtung niemals Erscheinungen gezeigt hat, die auf eine überstandene Lues hätten hindeuten können. In seiner Familie sind ferner nie Fälle von Tuberkulose, Skrophulose u. dgl. vorgekommen. Seine Lungen sind gesund; seine Konstitution ist eine sehr kräftige, sein Aussehen blühend. Typhus, Scharlach, Pocken, Masern, Diphtherie, Malaria und Erysipelas, die bekanntlich auch gelegentlich zu chronischer Ostitis führen[1]), hat er nicht,

[1]) Vergl. diesbezüglich Eulenburg, Real-Encyclopädie. 2. Aufl. 15. B. S. 95.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

bezw. zu einer Zeit (im fernen Kindesalter) überstanden, dass sie ausser Betracht fallen. Rotz, Skorbut und Aktinomykose, sowie chemische Phosphor- oder Quecksilbervergiftung sind gleichfalls ausgeschlossen. Ein direktes Trauma schliesslich hat niemals auf die erkrankte Scapula eingewirkt. Aber er erhielt nach aktenmässiger Feststellung am 18. Dezember 1870 auf Patrouille bei der Vertheidigung gegen andringende Franktireurs in dem Augenblick einen Schuss durch die Weichtheile des rechten Oberarmes, als er selbst mit seiner Pistole im Anschlag lag. Im Feldlazareth wurde dann auf der Innenseite des Armes ein 3½ Zoll langer Schusskanal („Einschussöffnung in der Mitte des Oberarmes, Ausschuss durch die inneren Muskelbänder des m. deltoides") sowie eine Parese sämmtlicher Handmuskeln festgestellt. Auf Grund dieses Umstandes und der anatomischen Lage des Schusskanals nahm bereits das erste aktenmässige ärztliche Gutachten (Februar 1871) „eine Verletzung der grossen Nervenstämme als wahrscheinlich" an, desgleichen der ärztliche Superrevisor pro 1873/74. Für mich ist es nicht nur wahrscheinlich sondern ganz zweifellos, dass eine derartige Nervenverletzung stattgefunden hat, und dass hierdurch nicht nur die beschriebene Bewegungsstörung und sonstige Funktionsbeschränkung des Armes und der Hand, sondern auch das von mir operirte Knochenleiden ursächlich bedingt worden ist, so zwar, dass durch die eindringende Kugel in dem getroffenen Plexus brachialis nicht nur motorische und sensible Fasern verletzt, sondern auch, um mich ganz allgemein auszudrücken, die physiologischen Bedingungen für einen weiteren normalen trophischen Nerveneinfluss auf die Ernährungsverhältnisse des betreffenden Schulterblattknochens gestört worden sind. Das Resultat dieser ganz allmählich fortgeschrittenen ossären Trophoneurose lag in den osteoporotisch entarteten Trümmern des resezirten Drittels der Scapula vor uns. Im Sinne der Samuelschen Theorie, die in ihrer Anwendung auf den vorliegenden Fall für mich etwas sehr Bestechendes hat, würde hier eine Läsion spezifisch trophischer Nervenapparate (Fasern oder „peripherer trophischer Ganglien")[1]) anzunehmen sein.

Entsprechend meinen vorstehend kurz dargestellten Schlussfolgerungen, erklärte ich den p. Kl. für ganzinvalide und unter Berücksichtigung der sowohl für grobe als feinere Handarbeit so verhängnissvollen Komplikation von Schwäche und Bewegungsbehinderung des rechten Armes mit Sensibilitätsstörung und Ataxie der Finger für grösstentheils erwerbsunfähig. Die Entscheidung des Kriegsministeriums ist in diesem Sinne erfolgt.

---

[1]) Real-Encyclopädie l. c. S. 229.

Gedruckt in der Königlichen Hofbuchdruckerei von E. S. Mittler & Sohn, Berlin, Kochstrasse 68—70.

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf

bezw. zu ei len, dass sie ausser
Betracht fa , sowie chemische
Phosphor- alls ausgeschlossen.
Ein direktes e erkrankte Scapula
eingewirkt. stellung am 18. De-
zember 187 gegen andringende
Franktireurs die Weichtheile des
rechten Obe e im Anschlag lag.
Im Feldlaza Armes ein 3½ Zoll
langer Schu les Oberarmes, Aus-
schuss durc toides") sowie eine
Parese säm Grund dieses Um-
standes und s nahm bereits das
erste akten 1) „eine Verletzung
der grossen gleichen der ärztliche
Superrevisor nur wahrscheinlich
sondern gan etzung stattgefunden
hat, und d e Bewegungsstörung
und sonstig der Hand, sondern
auch das v bedingt worden ist,
so zwar, da n getroffenen Plexus
brachialis n rletzt, sondern auch,
um mich ga gischen Bedingungen
für einen w auf die Ernährungs-
verhältnisse estört worden sind.
Das Resulta en ossären Trophо-
neurose lag mern des resezirten
Drittels der lschen Theorie, die
in ihrer An mich etwas sehr Be-
stechendes trophischer Nerven-
apparate (Fa)[1]) anzunehmen sein.
Entspre Schlussfolgerungen,
erklärte ich Berücksichtigung der
sowohl für gnissvollen Komplі-
kation von s rechten Armes mit
Sensibilitäts sstentheils erwerbs-
unfähig. Die diesem Sinne erfolgt.

[1]) Real-E

Gedruckt in der , Berlin, Kochstrasse 68—70.

© The Tiffen Company, 2007
TIFFEN Gray Scale
A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19
R G B W G K C Y M

Universitäts- und
Landesbibliothek Düsseldorf