

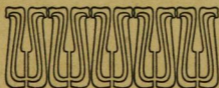
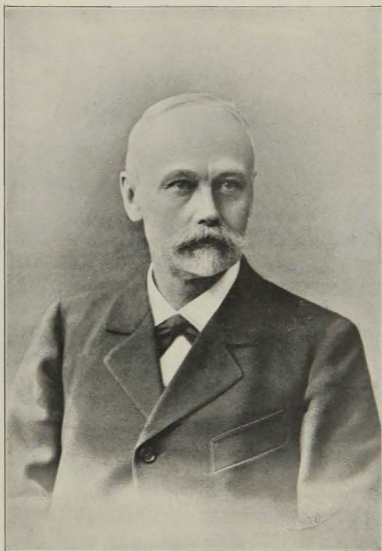


Festschrift

zum 25jährigen Jubiläum des
Directors Dr. med. Th. Tiling

von den Aerzten der städtischen
Irrenheil- und Pflege-Anstalt
 Rothenberg 







Jh. Tilling

Festschrift

zum 25jährigen Jubiläum des
Directors Dr. med. Th. Tiling

von den Aerzten der städtischen
Irrenheil- und Pflege-Anstalt

 Rothenberg 



Hochverehrter Herr Director!

Am 1. Januar 1909 vollenden sich 25 Jahre, seitdem Sie zur Leitung der Anstalt Rothenberg berufen wurden.

An diesem für die ganze Anstalt, für alle ihre Beamten und Insassen denkwürdigen Tage ist es uns, Ihren nächsten Mitarbeitern, ein lebhaftes Bedürfniss, den Entwicklungsgang, den unsere Anstalt unter Ihrer Führung in den letzten 25 Jahren genommen hat, rückschauend an unserem Geiste vorüberziehen zu lassen und in seinen wesentlichsten Zügen hier wiederzugeben. Es gereicht uns dabei zu besonderer Genugthuung, auch weiteren Kreisen, denen aus äusseren Gründen seit längeren Jahren keine Anstaltsberichte geboten werden konnten, diese Uebersicht über die Geschichte und die Thätigkeit der Anstalt vorzulegen und damit einen von Ihnen lange gehegten Wunsch zu erfüllen.

Dr. Parcival Baron Lieven.

Dr. Ernst Hollander.

Dr. Julius Schroeder.

Inhalt.

oooo

Zur Geschichte der Anstalt Rothenberg unter dem Directorat des Dr. Th. Tiling 1884—1909, von Dr. P. Baron Lieven	Seite 7—25
Medicinish-statistischer Bericht über die Anstalt Rothenberg in den Jahren 1897—1908, von Dr. Ernst Hollander	Seite 27—44
Die Anwendung gefässerweiternder Mittel bei den Schmerzen der Manisch- Depressiven, von Dr. Julius Schroeder	Seite 45—61
Ein Beitrag zur Frage der Combination von Psychosen und Morbus Basedowii, von Dr. Julius Schroeder	Seite 63—72



Zur Geschichte der Anstalt Rothen-
berg unter dem Directorat des
Dr. Th. Tiling 1884—1909





DIE Geschichte der letzten 25 Jahre Rothenbergs¹⁾ stellt sich dar als beständiges Wachsen und Ausdehnen, als Streben nach organischer Entwicklung, nach Ausbau der äusseren und inneren Gestaltung, um einerseits der immer grösser werdenden Zahl der Anstaltsbedürftigen Aufnahme zu gewähren und andererseits den Anforderungen der modernen Psychiatrie in Bezug auf Behandlung und Pflege nach Möglichkeit gerecht zu werden. Wie weit das Erreichte dem Angestrebten entspricht, darüber zu urtheilen, steht uns nicht zu. Es sollen die Tatsachen reden.

Nachdem der Begründer und bisherige Leiter der Anstalt, Dr. G. Brutzer, am 7. Juli 1883 verstorben war, und der zweite Arzt, Dr. A. Mercklin, stellvertretend die Direction bis zum Schluss des Jahres geführt hatte, übernahm am 1. Januar 1884 der neugewählte Director, Herr Staatsrath Dr. med. Theodor Tiling, die Leitung der Anstalt. Zweiter Arzt blieb Dr. A. Mercklin, Volontairarzt war Dr. Julius Bernsdorff. Verwalter der Anstalt war Herr Th. Raeder; Inspector des Asyls Waldheim Herr Müller; dessen Frau Oberin der Frauenabtheilung Waldheims. — Der gesammte Krankenbestand am 1. Januar 1884 setzte sich zusammen aus 95 Männern und 89 Frauen. — Auf dem Terrain der Anstalt Rothenberg befanden sich damals folgende der Aufnahme von Kranken dienende Gebäude:²⁾ Das zweistöckige Männerhaus Nr. 2, dessen südlicher Anbau die Wohnung des zweiten Arztes enthält, das zweistöckige Haus Nr. 4 mit der Wohnung des

¹⁾ Zwecks vollständiger Uebersicht über die Schicksale der Anstalt während der 25 Jahre wird vieles in den früheren Berichten Erwähnte hier wieder angeführt; cf. „Geschichte der Anstalt Rothenberg“ von Director Dr. Th. Tiling im „Bericht über die Irrenanstalt Rothenberg bei Riga in den Jahren 1862—1887“ und „Medicinish-statistischer Bericht über die Irrenanstalt Rothenberg in den Jahren 1888—1896“ von Dr. Joh. Redlich in der „Festschrift zum 75 jährigen Jubiläum der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga von der städtischen Irrenheil- und Pflegeanstalt Rothenberg“. — Für hilfreiche Mühewaltung bei Beschaffung des amtlichen Materials und lebenswürdige Ertheilung von Auskünften sei auch an dieser Stelle Herrn E. von Roth, Secretair der städtischen Krankenhauskommission ergebenster Dank ausgesprochen. — Bei Vervollständigung der biographischen Notizen ist mehrfach benutzt worden: Dr. med. J. Brennsohn „Die Aerzte Livlands“, Riga 1906, Verlag von Bruhns.

²⁾ Siehe Situationsplan.

Directors im Parterre und einer Männerabtheilung im Obergeschoss, das zweistöckige Frauenhaus Nr. 3 mit dem im rechten Winkel angrenzenden gleichfalls zweistöckigen Flügel, in dessen Untergeschoss sich die Isolirabtheilung für Frauen befand, und das zweistöckige Männerisolirhaus Nr. 5 mit seinem gleichfalls zweistöckigen Flügel. — Ausserdem waren vorhanden: Das zwischen den Häusern Nr. 2 und Nr. 3 liegende und mit ihnen verbundene Verwaltungs- und Wirthschaftsgebäude Nr. 1, die Kapelle Nr. 14, Viehstall Nr. 15, Kegelbahn Nr. 20, Gewächshaus Nr. 18¹⁾, Waschhaus Nr. 17a, Pfortnerwohnung und Pferdestall Nr. 22 und eine später niedergerissene, daher auf dem jetzigen Situationsplan nicht mehr verzeichnete Scheune. Ausser dem in den Jahren 1882—83 erbauten steinernen Hauptgebäude des Männerisolirhauses bestanden sämtliche Häuser aus Holz. — Dazu kam das damals noch im Besitz der Familie Brutzer befindliche, miethweise benutzte Asyl Waldheim mit einem grossen hölzernen Gebäude für Männer und Frauen, einem kleinen hölzernen Hause mit Bad und Küche und einer kleinen Scheune.

Schon die ersten Jahre unserer Berichtsperiode brachten eine Reihe von Neu- und Umbauten und Erweiterung des Anstaltsterrains. Im Jahre 1884 wurde ein kleines an das Asyl Waldheim grenzendes Häuschen²⁾ mit zugehörigem Hof, ebenfalls im Besitz der Wittve des Dr. Brutzer, für 100 Rbl. jährlich gemiethet, einem gründlichen Umbau unterzogen und im Juni mit 10 zum Theil unruhigen oder irgendwie störenden Frauen belegt. Auf demselben Grundstück wurde ein Gemüsekeller gebaut. In Rothenberg wurden ein steinernes Trocken- und Plätthaus³⁾ und ein schwimmendes Badehaus auf der rothen Düna erbaut. Im Jahre 1885 wurde der älteste und schlechteste Theil des hölzernen Wasch- und Trockenhauses niedergerissen und durch einen steinernen Bau ersetzt, der Kuhstall vergrössert und eine neue Wagenscheune erbaut. Das Jahr 1886 brachte eine Vergrösserung des Anstaltsterrains um 628 □-Faden durch Ankauf zweier benachbarter Grundstücke, auf welchen ein hölzernes Haus⁴⁾ für 14—16 ruhige männliche Kranke und ein zweites ebenfalls hölzernes Haus⁵⁾ mit Badezimmer und zwei Wohnzimmern für Gärtner, Tischler und Postboten errichtet wurden. Diese beiden zusammengezogenen Immobilien mit den darauf befindlichen Gebäuden führen den Namen „Birkenhof“, sind aber mit dem übrigen Rothenberger Terrain vollständig verschmolzen. Für dasselbe Jahr sind noch zu verzeichnen: die Errichtung

1) Nr. Nr. 18 und 20 befanden sich damals an anderen Stelle.

2) Siehe Plan Nr. 24. 3) Nr. 17. 4) Nr. 11. 5) Nr. 12.

dreier Schuppen zur Bergung des Holzvorraths, Ersetzung der von der Hauptpforte zum Verwaltungsgebäude führenden hölzernen Freitreppe durch eine steinerne und mehrere kleinere Bauarbeiten.

Das Jahr 1887 brachte eine wichtige Aenderung mit sich. Die Competenzen der alten Stände der Stadt in Bezug auf das Armen- und Krankenwesen gingen an die Rigasche Stadtverwaltung über; das diesen Theil der communalen Verwaltung bisher ausübende Armen-directorium schloss seine Thätigkeit, und die Anstalt Rothenberg wurde der „Verwaltung der Irrenverpflegung“, einem Unterorgan des städtischen Armen- resp. Stadtamts unterstellt. — Gleich im ersten Jahr trat an die neue Verwaltung die Frage heran, wie den dringenden Bedürfnissen Rothenbergs Rechnung zu tragen sei, denn die Erweiterungen und Bauten der letzten Jahre hatten dem immer stärker werdenden Andrang von Aufnahmebedürftigen keineswegs genügenden Raum schaffen können. Der Bestand vom 1. Januar 1884 wies 184 Kranke auf, der vom 1. Januar 1887 dagegen 238, dabei waren insgesamt nur 210 Plätze vorhanden; die Aufnahmeziffer für 1884 war 127, die für 1887 schon 141, und ein weiteres Anwachsen dieser Zahlen war mit Sicherheit zu erwarten, radikale Abhilfe daher dringend nothwendig. Es wurde denn auch ein grosszügiges Projekt ausgearbeitet und im April 1888 von der Stadtverordnetenversammlung genehmigt. Dies Projekt der grössten Erweiterung, die die Geschichte Rothenbergs aufzuweisen hat, umfasste Folgendes:

- 1) Erweiterung des Areals durch Ankauf von 3 benachbarten Grundstücken, sowie durch Zuweisung eines Theils des Zwangsarbeitshausgrundstücks und des zwischen der Rückseite des Rothenberger Terrains und der Riga-Mühlgrabener Eisenbahnlinie belegenen Theiles des Stadtwaldes;
- 2) den Ankauf des bisher miethweise innegehabten Asyls Waldheim von den Erben des Dr. G. Brutzer;
- 3) die Errichtung je eines massiven Krankenpavillons von etwa 50 Betten für Männer und Frauen;
- 4) die Errichtung eines massiven Verwaltungsgebäudes an Stelle des bisherigen hölzernen;
- 5) die Anlage einer neuen Wasserversorgung und Wasserableitung;
- 6) die Errichtung der sogenannten Zwischenstation mit 12 Betten zur temporären Unterbringung von Geisteskranken durch die Polizei bis zur Feststellung der Hingehörigkeit der Kranken und ihrer Ueberführung in die Heimathsgemeinden.

Durch die genannten Ankäufe und Zuweisungen erhielt das Rothenberger Areal einen Zuwachs von 5430 □-Faden und wuchs damit an auf 14075 □-Faden = 6,4 Hektar. — Die Gesamtkosten des Erweiterungsprojekts einschliesslich der Einrichtung der Neubauten wurden auf 240,000 Rbl. veranschlagt und betrug schliesslich, wie hier vorweggenommen werden soll, 242,000 Rbl.

Sämmlliche Arbeiten zur Ausführung des grossen Projekts wurden 1888 in Angriff genommen, im folgenden Jahr fortgeführt und 1890 zum Abschluss gebracht. 1888 wurden das Asyl Waldheim und die 3 anderen Immobilien angekauft und die beiden städtischen Grundstücke zugetheilt. Am 9. August wurde die Grundsteinlegung zu den Neubauten feierlich vollzogen, und am 1. Ocktober konnte schon das Richtfest gefeiert werden. Im Spätherbst wurde das zweistöckige hölzerne Gebäude der Zwischenstation¹⁾ fertiggestellt, das auf dem Grundstück derselben vorhandene alte hölzerne Häuschen²⁾ zu einer Badestube hergerichtet und vor Schluss des Jahres die Zwischenstation in Betrieb genommen. — Die Wasserzuleitungs- und Ableitungsanlage wurde fast vollständig fertiggestellt: der Wasserthurm mit dem eisernen Reservoir auf dem steinernen Isolirhause für männliche Kranke erbaut, der artesische Brunnen erbohrt, die Entwässerungsanlage ausgeführt und die Wasserzuleitungen bis auf die in die Neubauten zu führenden vollendet. Dazu kamen dann noch verschiedene durch die Erweiterung des Areals wie durch die Neubauten veranlasste bauliche Nebenarbeiten, so Versetzung der Zäune, Abbruch und Versetzung von Schuppen und Scheunen, Verlegung der in dem abzureissenden Verwaltungsgebäude befindlichen Wohnungen von Wirthinnen und Küchenpersonal, der Küche, des Directionsbureaus, der Apotheke und Herrichtung von Räumen zu deren provisorischer Unterbringung. Alle diese grossen und kleinen Arbeiten und Aenderungen brachten natürlich viel Unruhe und besonders Erschwerungen des Anstaltsbetriebes und der Beaufsichtigung der Kranken mit sich, doch ging es ohne wesentliche Störungen des Betriebes ab. Andererseits bot sich erwünschte Gelegenheit zur Beschäftigung von Kranken bei den Abräumungsarbeiten, der Ueberführung von Holzvorräthen auf neue Stapelplätze, der Versorgung von Küche und Badezimmern mit Wasser und dergl.

Im November 1889 erfolgte die Eröffnung der beiden neuen massiven Krankenpavillons für je 50 Männer und Frauen, und auch das massive Verwaltungsgebäude wurde noch in diesem Jahr fertiggestellt und konnte in Gebrauch genommen werden. Die beiden

1) Plan Nr. 13. 2) Plan Nr. 13a.

Pavillons¹⁾ sind vollkommen gleich in Grundriss, Grösse und Eintheilung der Räume. Jeder besteht aus einem drei Stockwerk hohen Mittelbau und zweistöckigen Flügeln. Der Mittelbau enthält im Hochparterre und in der I. Etage je zwei grosse Säle, von denen der eine als allgemeiner Aufenthaltsraum, der andere als Speisezimmer dient, und je zwei Krankenzimmer. In den Flügeln liegen an je einem breiten hellen Wandelgang grössere und kleinere Zimmer, an den Enden des Hauses befindet sich ein Querkorridor mit anstossenden Zimmern, Badezimmer, Spülräumen und Räumen für das Wartepersonal. Die untere Etage bewohnen kranke Steuergemeindeglieder und Patienten III. Classe, die obere Patienten I. und II. Classe. In der oberen Etage befinden sich auch die Wohnungen der Oberin, resp. des Oberwärters des Hauses. Sämmtliche Räume sind mit Oelfarbe gestrichen, sehr hoch, luftig und hell und werden durch Oefen erheizt, die in die Wände eingelassen sind. Die oberste Etage des Mittelbaus wird von einer Familienwohnung gebildet, die in dem Männerpavillon zuerst als Assistentenwohnung benutzt wurde, während im Frauenpavillon die Kastellanin, die Näherinnen und die Nähstube untergebracht waren. Seit Schaffung der Posten eines dritten und vierten Anstaltsarztes, werden die Wohnungen nach entsprechenden Aenderungen und Renovierungen von diesen Herren mit ihren Familien bewohnt. — Das Souterrain der Pavillons ist überwölbt und enthält Wohnungen von Handwerkern und Dienstpersonal, Werkstuben und Aufbewahrungsräume.

Das dreistöckige Verwaltungsgebäude²⁾ enthält im Parterre: das Directionsbureau mit zwei Zimmern, die den Aerzten als Arbeits- und Empfangsräume dienen, einem Zimmer des Verwalters, einem Zimmer der Büreaubeamten und einem Wartezimmer für das Publikum; ferner die Zentralküche der Anstalt mit Nebenräumen und Korridore zur Verbindung mit dem alten Männer- und dem alten Frauenhause. In der I. Etage befinden sich die Wohnung des Verwalters und der grosse, durch zwei Stockwerke reichende Festsaal mit Nebenräumen. Dieser in Oel schön ausgemalte Saal mit seinen beträchtlichen Dimensionen (65½ Fuss = c. 20 Meter Länge, 37 Fuss = 11,25 Meter Breite und 20 Fuss = 6,2 Meter Höhe) ist ein würdiger Versammlungsort für die Anstaltsgottesdienste und bietet andererseits genügend Raum für die Abhaltung der Anstaltsfeste, bei denen die vorhandene Theaterbühne eine wichtige Rolle spielt. Auf der Galerie über der Bühne ist

1) Plan Nr. Nr. 6 und 7 und Abbildung I.

2) Plan Nr. 1.

die Unterhaltungsbibliothek untergebracht. — Im obersten Stockwerk befinden sich Beamtenwohnungen. Das Souterrain enthält Wohnungen für Küchen- und Dienstpersonal, Essräume, Gemüsekeller, Ablege- und Vorrathsräume und den Anstaltseiskeller.

Das Jahr 1890 brachte die letzten der vom Projekt des Jahres 1887 vorgesehenen und 1888 begonnenen Arbeiten zum Abschluss. Die noch fehlenden Wasserzuleitungs- und Ableitungsröhren wurden verlegt, und damit war die Möglichkeit gegeben, Garten und Park entsprechend den vergrösserten Dimensionen neu einzurichten und zu verschönen, welche Arbeiten nach Entwürfen und unter Leitung des Stadtgardendirectors Herrn Kuphaldt ausgeführt wurden. Im August wurde im Asyl Waldheim ein neues steinernes Wirthschaftsgebäude¹⁾ fertiggestellt mit einer Wohnung für den Inspector und seine Familie, einer grossen Küche für das Asyl und einer Badestube. Im December konnte das Haus vom Inspector bezogen werden. Schliesslich konnte ein kleines hölzernes Häuschen²⁾, das auf einem der zugekauften Grundstücke miterworben war, für 6—8 ruhige Frauen hergerichtet und in Gebrauch genommen werden. Es wird wegen seiner dem Asyl Birkenhof benachbarten Lage seither Frauen-Birkenhof genannt und dient meist älteren, hinfälligen Patientinnen zur Unterkunft.

So war denn nun die grosse Erweiterung vollendet. Das Areal hatte eine bedeutende Vergrösserung und angemessene Arrondierung erfahren, Garten, Park und Gemüsfelder boten durch ihre weitere Ausdehnung den Patienten grössere Bewegungsfreiheit und auch vermehrte Arbeitsgelegenheit, die Anstalt hatte eine Reihe guter, zweckentsprechender Gebäude erhalten und einen Zuwachs von weit über 100 Plätzen für Patienten der verschiedenen Klassen. Somit war denn die Aufnahmefähigkeit der Anstalt voraussichtlich für eine Reihe von Jahren gesichert, und Direction und Aerzte konnten mit dem Gefühl einer gewissen Ruhe dem stetigen Zustrom neuer Patienten entgegen sehen und ihre ganze Kraft dem regelmässigen Betriebe und der inneren Entwicklung der Anstalt widmen.

Bald erwies es sich, dass die Räumlichkeiten des Waschhauses bei den grösseren Verhältnissen der Anstalt nicht mehr genügten, und daher wurde 1892 ein neues steinernes Waschhaus erbaut und mit dem 1884 errichteten Trocken- und Plätthaus verbunden, während das alte Waschhaus der Wäscherin als Wohnung eingeräumt wurde. Die Kosten dieses Baues betragen 2250 Rbl. 1894 kam eine mehr zufällige, als nothwendige Terrainerweiterung um 460 □-Faden zu Stande, die

1) Plan Nr. 25. 2) Nr. 10.

an Rothenberg grenzten und bei der Expropriation für die Elevatorbahn in den Besitz der Stadt übergegangen waren. Es war das für die Anstalt eine brauchbare Vergrösserung der Gemüesfelder und hatte auch den Vortheil, dass dadurch die Grenze der Anstalt von dem Gebäude der Zwischenstation etwas abrückte.

Die folgenden fünf Jahre verliefen ohne Erweiterungen des Anstaltsareals und ohne grössere Bauten, also auch ohne Vermehrung der vorhandenen Plätze. Inzwischen stellte es sich immer mehr und mehr heraus, dass die Wasserversorgung der Anstalt auf die Dauer keine genügende war. Einerseits war der Verbrauch durch das stetige Anwachsen der Patientenzahl und ausgedehntere Bäderbehandlung immer mehr gesteigert worden, andererseits verlor der 1888 erbohrte artesische Brunnen durch zunehmende Versandung an Ergiebigkeit. Dazu kam, dass die durch Menschenkraft betriebene Pumpvorrichtung bei dem gesteigerten Wasserverbrauch an die Arbeitskräfte zu grosse Anforderungen stellte. So wurde denn auf Beschluss der Stadtverwaltung im Jahre 1899 ein zweiter artesischer Brunnen von 265 Fuss Tiefe erbohrt und mit einem Petroleummotor von 4 Pferdekraft in Verbindung gesetzt. Die gesammte Anlage kostete 2924 Rbl.

Gegen Ende der neunziger Jahre und um die Jahrhundertwende machte sich wieder ein bedenklicher Platzmangel in der Anstalt geltend und wurde mit jedem Jahr unangenehmer fühlbar. Mit dem Wachsen der Stadt und dem Aufblühen der Industrie wuchs auch in erschreckendem Masse der Zustrom der Aufnahmebedürftigen, und wenn auch die Anstaltsdirection alles in ihren Kräften Stehende that, um eine Ueberfüllung hintanzuhalten, indem sie die nach Riga Zugezogenen, also hier nicht Unterstützungsberechtigten nach Möglichkeit zurückwies, alle nur irgend Entlassungsfähigen ihren Angehörigen oder der städtischen Familienpflege übergab, so konnte besonders die immer grösser werdende Belegung der Abtheilungen für unruhige und überwachungsbedürftige Patienten auf keine Weise wirksam verhindert werden. — Die städtische Familienpflege war auch schon an die Grenze ihrer Aufnahmefähigkeit gelangt, die ihr durch ihr Budget gezogen war, auch fanden sich schliesslich in Rothenberg kaum mehr für diese Verpflegungsform geeignete Patienten, oder die dorthin Uebergebenen erwiesen sich bald als so unsocial, dass sie wieder in die Anstalt zurückgebracht werden mussten. Die Direction sann beständig auf Abhülfe, entwarf verschiedene Projekte und machte bei den Organen der Stadtverwaltung Vorstellungen und Vorschläge, die aber wegen der schwierigen finanziellen Lage der Stadt vorläufig unberücksichtigt bleiben und vor anderen städtischen Unternehmungen zurücktreten mussten.

Im Jahre 1904 ging die Verwaltung der Anstalt wieder in andere Hände über. Mit dem 1. Juli des Jahres wurde die bisher bei der Stadtverwaltung bestehende Sanitätskommission in die Sanitäts- und Krankenhauskommission umgewandelt mit zwei ihrem Namen entsprechenden Abtheilungen, von denen jede ihren eigenen Personalbestand und ihr besonderes Verwaltungsgebiet hat, wobei ein Stadtrath als Vorsitzender, der Sekretair und die Kanzleibeamten beiden gemeinsam angehören. Die Krankenhäuser der Stadt und die städtische Irrenfürsorge in der Familienpflege schieden aus der Kompetenz des Armenamts und wurden der Krankenhauskommission unterstellt, die bisherigen unter dem Armenamt stehenden Verwaltungen der Krankenhäuser, also auch „die Verwaltung der Irrenverpflegung“ wurden aufgehoben und die spezielle Aufsicht über die einzelnen Krankenhäuser wurde je einem der drei Glieder der Krankenhauskommission übertragen.

Die Krankenhauskommission hatte nun gleich Gelegenheit, sich mit der Nothlage Rothenbergs bekannt zu machen und auf Abhülfe zu dringen. Denn der Platzmangel hatte sich je länger je mehr zu einer bedenklichen Kalamität ausgewachsen. Besonders die Wachabtheilungen für Unruhige mussten fast dauernd mit bedeutend mehr Kranken belegt werden, als Plätze vorgesehen waren, gar nicht zusammenpassende Kranke mussten in diesen Abtheilungen wochenlang nebeneinander liegen, dazwischen konnten Patienten nicht anders als auf der Diele gebettet werden, weil es an Platz zum Aufstellen von Betten fehlte. Und trotz dieser chronischen Ueberfüllung dieser Abtheilungen mussten viele störende, ja gefährliche Patienten in den Abtheilungen für harmlose Ruhige untergebracht werden, so dass schwere Unglücksfälle jeden Tag erwartet werden konnten, und das Nichteintreten solcher mehr einem gütigen Geschick als der richtigen Placierung der Kranken zu danken war.

Durch den Beschluss der Stadtverordnetenversammlung von 10. Januar 1905, einen Credit von 80,000 Rbl. zur Erbauung zweier Krankenvavillons in Rothenberg anzuweisen, wurde endlich den Missständen ein Ende gesetzt. Da aber es nicht möglich erschien, auf dem Rothenberger Areal beide grossen Gebäude aufzuführen, ohne die Garten- und Parkanlagen zu zerstören, so wurde wieder ein angrenzendes Stück vom Terrain des Arbeitshauses unserer Anstalt zugetheilt. Auf diesem Grundstück von 1230 □-Faden sollte das Männerhaus errichtet werden, während das Frauenhaus auf dem im Sommer zum Trocknen der Wäsche benutzten Platz in der Nähe der

Wäscherei und des Frauenpavillons zu stehen kommen sollte.¹⁾ Sobald die Witterung im Frühling es erlaubte, wurde mit dem Bau beider Häuser begonnen, die im Wesentlichen der Unterbringung je einer grossen Wachabtheilung für unruhige Männer und unruhige Frauen dienen sollten. Trotz der Unruhen des Jahres und mehrfacher Streiks der Bauarbeiter konnten beide Gebäude bis zum Eintritt der kalten Jahreszeit im Rohbau beendet und unter Dach gebracht werden. Das nächste Jahr brachte die Vollendung der Bauten, und nach Beschaffung des Inventars und vollkommener Einrichtung aller Räumlichkeiten konnten beide Häuser im November 1906 in allen ihren Theilen bezogen werden. Die Gesamtkosten des Baues betragen schliesslich 86,100 Rbl. 39 Kop., die der Einrichtung 8997 Rbl. 28 Kop. — Beide Häuser sind in Grösse, Grundriss und Raumeintheilung vollkommen gleich und bestehen aus Souterrain, einem Stockwerk und unbewohnten Bodenräumen.²⁾ Die Bedeutung der einzelnen Räume ist aus dem beigefügten Plan³⁾ des Frauenhauses zu ersehen; im Souterrain des Männerhauses ist an Stelle des Nähzimmers die Apotheke untergebracht. Die Heizung und Ventilation jedes Hauses wird durch eine Niederdruckdampfanlage besorgt. Es sind doppelte Fenster ohne Gitter vorhanden; die inneren Fenster bestehen bis zu $\frac{2}{3}$ ihrer Höhe aus kleinen Scheiben dicken Glases in eisernen Rahmen, die äusseren sind gewöhnliche Fenster mit grossen Scheiben in Holzrahmung.

Durch die Eröffnung der beiden neuen Häuser war nun wieder der Ueberfüllung der Anstalt gesteuert, es war die nothwendige Bewegungsfreiheit für die richtige Placierung der Kranken gegeben, die schwersten Fälle aller Neuaufgenommenen konnten in schönen hohen, luftigen und hellen Wachsälen untergebracht, die ruhigen Abtheilungen von störenden und gefährlichen Elementen befreit werden. Als weiterer Vortheil, den die Krankenhauscommission und die Aerzte der Anstalt von vornherein im Auge gehabt hatten, ergab sich die Möglichkeit, in den meisten grösseren Abtheilungen dem Pflegepersonal besondere Zimmer zu seiner Erholung zuzuweisen.

Zu erwähnen ist noch nachträglich, dass der hölzerne mit einem Pumpwerk versehene Oberbau eines vor dem neuen Frauenhause gelegenen Brunnens nach vollendetem Rohbau des Hauses abgebrochen wurde, und dass der jetzt abgedeckte und in Gartenanlagen versteckt liegende Brunnen, der hauptsächlich zum Sprengen der Rasenplätze benutzt wird, 1906 mit dem artesischen Brunnen und dem Petroleum-

1) Siehe Plan Nr. Nr. 8 u. 9. 2) Siehe Abbildung II. 3) Siehe Plan des Hauses.

motor in Verbindung gesetzt wurde. Im selben Jahr erfolgte der Anschluss der Anstalt an das städtische Wasserrohrnetz, um die Wasserversorgung Rothenbergs für immer sicherzustellen, wobei durch Anlegung zahlreicher Hydranten besonders die alten Holzhäuser der Anstalt gegen eine eventuelle Feuersgefahr vermehrte Sicherheit gewannen. Schliesslich wurden auch die Zwischenstation und das Gewächshaus, die bisher noch keine Wasserzuleitungen hatten, in das Rohrnetz der Anstalt einbezogen.

Das Jahr 1907 brachte wieder umfangreiche Arbeiten im Garten und Park, da deren um die neuen Häuser gelegenen Theile und besonders das neuerworbene Grundstück durch Umtheilungen, Anlegung neuer Wege und Anpflanzungen den neuen Verhältnissen angepasst werden mussten. — Im Spätherbst 1908 wurde ein den Wirtschaften der Aerzte dienender alter Eiskeller, der in den letzten Jahren ganz baufällig geworden war, abgebrochen, um durch einen Neubau ersetzt zu werden, der noch in diesem Jahr fertiggestellt werden soll.

Nachdem wir nun die Geschichte der in unsere Berichtsperiode fallenden Erweiterungen und Vergrösserungen der Anstalt, sowie der Veränderungen der Verwaltungsorgane bis in die jüngste Zeit hinein verfolgt haben, wenden wir uns zu dem Personalbestande, der im Lauf der 25 Jahre nicht minder grosse Veränderungen und Umwandlungen aufzuweisen hat. Das Aerztekollegium, das, wie bereits angeführt, am 1. Januar 1884 aus den Herren Director Dr. Th. Tiling, dem zweiten Arzt Dr. A. Mercklin und dem Volontairarzt Dr. J. Bernsdorff bestand, erfuhr bis zum Jahre 1890 keine Vergrösserung. Die Stellung des Volontair- resp. Assistenzarztes war, wie wir sehen werden, häufigem Personenwechsel unterworfen. Nach der bedeutenden Erweiterung der Anstalt wurde im Januar 1890 die Anstellung eines zweiten, im Januar 1894 eines dritten Assistenzarztes nothwendig. Seit dem Ende des Jahrhunderts machte sich der allgemeine Mangel eines Nachwuchses von jungen Aerzten auch für Rothenberg empfindlich fühlbar, indem es immer schwieriger und schliesslich ganz unmöglich wurde, die Stellungen der Assistenzärzte bei eintretenden Vacanzen neu zu besetzen. Bis zum August 1900 standen noch 3 Assistenzärzte im Dienst der Anstalt, im August nur noch 2, und vom 15. September an waren alle drei Stellen unbesetzt. Alle Bemühungen, geeigneten Ersatz zu finden, alle Briefe und Erkundigungen, ja alle Ausschreibungen der Vacanzen in verschiedenen Zeitungen blieben erfolglos, und der Director und der zweite Arzt mussten in der überfüllten Anstalt alle Arbeit leisten, die sich bisher auf fünf Aerzte vertheilt hatte. Da es unmöglich war,

diesen Zustand zu einem dauernden werden zu lassen, und es andererseits ganz aussichtslos erschien, in absehbarer Zeit wieder junge Aerzte für die vacanten Stellungen zu finden, wurde von der Stadtverwaltung beschlossen, die Posten zweier Assistenzärzte eingehen zu lassen und statt ihrer die Stellung eines dritten Arztes zu schaffen. Am 15. November 1900 trat der frühere Assistenzarzt Dr. Ernst Hollander diese Stellung an. Unterdessen war der vor dem Schluss-examen stehende Student Herr Karl Willert als zeitweiliger Stellvertreter eines Assistenzarztes vom 19. October an engagiert worden. Auch in den nächsten Jahren konnte die Assistenzarztstelle immer nur stellvertretend besetzt werden, und daher entschloss sich die Stadtverwaltung im December 1902, auch noch den letzten Assistenzarztposten aufzuheben und einen vierten Arzt anzustellen. Dr. Julius Schroeder trat am 1. März 1903 als solcher ein. Damit hatte sich das Aerztec collegium gebildet, das bis jetzt der Anstalt angehört.

Es sei nun gestattet, eine Uebersicht aller Aerzte zu geben, die in den letzten 25 Jahren an der Anstalt in Stellung gestanden haben, wobei in Kürze ihre weiteren Lebensschicksale verzeichnet seien, soweit sie bekannt sind.

Dr. August Mercklin, von 1881—April 1893 zweiter Arzt, hielt sich vom September 1891—Januar 1892 in Giessen auf, um das deutsche Staatsexamen zu absolviren, wurde 1893 zweiter Arzt der Provinzial-Irrenanstalt Lauenburg in Pommern und ist seit November 1899 Director der Provinzial-Irrenanstalt Treptow an der Rega in Pommern. Sanitätsrath.

Dr. Julius Bernsdorff, December 1883 — März 1884, wurde darauf Assistenzarzt im städtischen allgemeinen Krankenhause; September — November 1884 wieder in Rothenberg, seitdem pract. Arzt in Riga.

Dr. Eduard Schwarz, April — August 1884, seitdem Arzt für Nervenkrankheiten in Riga, 1885—1899 Arzt für Nervenkrankheiten am Diaconissenhause, seit März 1899 dirigirender Arzt der Nervenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

Dr. Alexander Andreesen, November 1884, 1884—1885 Ordinator an der Irrenanstalt Alexandershöhe bei Riga, dann auf Reisen, seit 1887 pract. Arzt zu Jalta in der Krim, zugleich seit 1889 Arzt am Hospital der dortigen Abtheilung des Rothen Kreuzes. †

Dr. Ernst von Radecki, December 1884 — Mai 1885, Landarzt in Livland 1885—1889, seit 1889 pract. Arzt in Riga.

Dr. Woldemar Taube, Mai 1885 — August 1887, pract. Arzt in Riga 1889—1891, seitdem in Windau, wo er die ärztliche Praxis aufgab und Kaufmann wurde.

Dr. John Rabinowicz, September — November 1887, darauf Assistenzarzt an der Irrenanstalt Belle-vue bei Constanz.

Dr. Max Schönfeldt, November 1887 — Juni 1893, ging zu weiteren Studien in's Ausland, seit 1894 Nervenarzt in Riga, seit 1897 auch Besitzer und Director der von ihm begründeten Heilanstalt für Nerven- und psychisch Kranke „Atgasen“ bei Riga.

Dr. Johannes Riemschneider vertrat vom Januar bis zum Juni 1889 Dr. Schönfeldt, darauf Landarzt in Kurland und Livland, seit 1908 zweiter Arzt der livländischen Landesirrenanstalt Stackeln.

Dr. Heinrich Dehio, Januar 1890 — Juni 1893, erwarb im Winter 1893/1894 in Heidelberg die Approbation als practischer Arzt für Deutschland, war von Anfang Februar bis Ende October 1894 Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik zu Heidelberg, vom 6. November 1894 bis zum 21. October 1897 dritter Arzt an der Provinzial-Irrenanstalt Lauenburg in Pommern, vom 25. October 1897 bis zum 15. September 1898 zweiter Arzt an der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Bernburg in Anhalt und seitdem Oberarzt und stellvertretender Director der städtischen Heilanstalt Dösen bei Leipzig.

Dr. Albert Behr, pract. Arzt in Riga, vertrat Dr. Mercklin vom September 1891 bis zum Januar 1892, Nervenarzt in Riga bis 1903, seitdem Director der livländischen Landesirrenanstalt zu Stackeln.

Dr. Gerhard Meder, Juni 1893 — November 1894, ging nach Dorpat, um seine Doctor-Dissertation zu verfassen.

Dr. Wilhelm Brutzer, April 1893 — Juni 1893, ging als Assistenzarzt an das städtische allgemeine Krankenhaus, dann nach Deutschland, wo er seit 1897 pract. Arzt ist.

Dr. Melchior Leuzinger, Juni 1893 — Juni 1894, ging als pract. Arzt nach Süd-Russland, wo er nach einigen Monaten an Typhus abdominalis starb.

Dr. Wilhelm Kersten, Juni 1893 — August 1893, pract. Arzt in Riga, seit 1. September 1894 Arzt an einer Kronsirrenanstalt in Omsk.

Dr. Julius Westermann, zweiter Arzt Juli 1893 — Juli 1896, übernahm stellvertretend die Leitung der Kroegerschen Heilbadeanstalt in Riga. † 1900 in Mitau.

Dr. Joh. Redlich, October 1893 — Mai 1894, ging zu weiteren Studien in's Ausland.

Dr. Parcival Baron Lieven, Mai 1894 — Februar 1897, ging zu weiteren Studien in's Ausland, Juni 1897 — Februar 1900 Arzt in Riga, dann Studien halber in Moskau und Deutschland.

Dr. Emanuel von Swirsky, Juni 1894 — Juli 1896, ging zu weiteren Studien in's Ausland, dann als pract. Arzt nach Süd-Russland.

Dr. Joh. Dettloff, November 1894 — November 1895, 1896—1897 Landarzt in Livland, 1897—1902 pract. Arzt in Riga, seitdem Arzt in Kertsch.

Dr. Gerhard Meder, November 1895 — Juli 1896, wurde Arzt der Kaiserlich russischen Marine.

Dr. Joh. Redlich, zweiter Arzt Juni 1896 — Juni 1900, seitdem Arzt für Nervenkrankheiten in Riga, während des russisch-japanischen Krieges als Reservearzt einberufen.

Dr. Paul Baron Ungern-Sternberg, 1. Juli 1896 — 14. Juli 1897, ging zu weiteren Studien in's Ausland, darauf Nervenarzt in Dorpat, machte den russisch-japanischen Krieg als Arzt des Rothen Kreuzes mit, seitdem Nervenarzt in Moskau.

Dr. Reinhold Wolferz, Juli 1896 — December 1896, ging zu weiteren Studien in's Ausland, seit 1899 Arzt für Ohren- und Nasenkrankheiten in Riga.

Dr. Ernst Hollander, 16. December 1896 — 31. August 1900, seit 15. November 1900 dritter Arzt, machte vom 17. August 1904 — 1. Januar 1906 als Reservearzt den russisch-japanischen Krieg mit, hielt sich August 1906 — Januar 1907 zu weiteren Studien im Auslande auf.

Dr. Th. von Boetticher, 13. Februar 1897 — 16. Juli 1898, ging zu weiteren Studien nach Deutschland, 1900 Schiffsarzt, 1901 Nervenarzt in Riga, dann zweiter Arzt an der Nervenheilstätte des Dr. Sokolowski, seit 1908 Besitzer und Leiter der Kitta-Kittelschen Wasserheilstätte in Majorenhof am Rigaschen Strande.

Dr. Friedrich Heinrichsen, 25. Juli 1897 — 31. December 1899, 1900—1903 Assistent am städtischen allgemeinen Krankenhause in Riga, seit 1903 pract. Arzt zu Kandau in Kurland, zur Zeit zu weiteren Studien in Deutschland.

Dr. Ernst von Kuegelgen, 16. Juli 1898 — 2. Mai 1899, Juni 1899 — Januar 1901 Arzt der St. Petersburger städtischen Irrenanstalt des heiligen Panteleimon in Udelnaja. Wurde nach Reval als Director der zu begründenden Irrenanstalt Seewald berufen. April 1901 — März 1902 zu weiteren Studien in Heidelberg. Seitdem in Seewald bei Reval.

Dr. Oscar Brehm, 2. Mai 1899 — 15. September 1900, darauf Assistent und seit Januar 1904 Secundärarzt der chirurgischen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses, während des russisch-japanischen Krieges als Reservearzt auf dem Kriegsschauplatz, jetzt Arzt und Chirurg in Libau.

Dr. Julius Schroeder, 10. Januar 1900 — 1. August 1900, darauf Arzt der Landschaftsirrenanstalt in Smolensk, Februar — October 1902 stellvertretend in Rothenberg, dann zu weiteren Studien in Deutschland, seit 1. März 1903 vierter Arzt der Anstalt Rothenberg.

Dr. Parcival Baron Lieven, seit 1. Juni 1900 zweiter Arzt. stud. Karl Willert, stellvertretend 19. October 1900 — Juni 1902 und October 1902 — Januar 1903; jetzt Landarzt in Kurland.

Dr. Adolf Friedenthal, stellvertretend 20. September 1904 — 26. December 1906, seitdem zweiter Arzt der Irrenanstalt Seewald bei Reval.

Dem durch alle 25 Jahre stetig fortschreitenden Wachsen der Anstalt musste naturgemäss auch eine Vermehrung des ganzen Beamtenpersonals parallel gehen. So wurden seit dem Jahre 1889 nacheinander angestellt: Eine Kanzlistin, eine Gehülfin und ein Gehülfe des Inspectors. Am 1. Januar 1904 folgte noch die Anstellung eines Schriftführers. Nach dem Bau der beiden letzten Krankenpavillons wurden eine dritte Oberin und ein dritter Oberwärter angestellt. Die Zahl der Wirthinnen ist im Lauf der Jahre auf 3 gestiegen.

Im Jahre 1897 konnte der Inspector der Anstalt, Herr Th. Raeder, sein 25 jähriges Dienstjubiläum feiern. Herr Raeder war 1872 beim Uebergang der Anstalt aus dem Besitz des Dr. G. Brützer an die Kommune auf den damals geschaffenen Verwaltersposten gewählt worden.

Im August 1902 und im Juli 1904 wurden die 15 jährigen Jubiläen zweier Wärter gefeiert, der Herren J. Osch und J. Naritz, fast der einzigen seit dem Bestehen der Anstalt, die eine so lange Dienstzeit erreicht haben. Beide rückten im Jahre 1905 in die vakant gewordenen Oberwärterposten auf.

Am 15. Mai 1908 nahm Herr Inspector Raeder wegen vorgerückten Alters seinen Abschied, und zu seinem Nachfolger wurde vom Stadtamt Herr C. Reitzberg gewählt.

Eine ganz bedeutende Vermehrung hat innerhalb der 25 Jahre natürlich das Pflegepersonal erfahren, das 1884 für Rothenberg und Waldheim zusammen aus 24 Wärtern und 19 Wärterinnen bestand, während im diesjährigen Budget (1908) 52 Wärter und 41 Wärterinnen

vorgesehen sind. Die Qualität ist dagegen wohl kaum eine bessere geworden, da das Kulturiveau der Bevölkerungsschichten, aus denen sich diese Berufsklasse rekrutiert, in den letzten Dezennien eher gesunken ist, was durch allgemeine, hier nicht zu erörternde Verhältnisse bedingt war. — Die Wirren und Unruhen des Jahres 1905, die alle Arbeiterschichten ergreifende Erregung, die vielfachen Streiks auf allen möglichen Arbeitsgebieten und die fortgesetzte revolutionäre Propaganda und Terrorisirung konnten auf die Dauer auch auf unser Pflege- und Dienstpersonal nicht ohne Wirkung bleiben. So kam es zu unerlaubten und erlaubten Versammlungen des Pflegepersonals, bei denen eine Reihe von Forderungen ökonomischer und sozialer Natur an die Stadtverwaltung gerichtet wurden. Es muss aber anerkannt werden, dass keinerlei Ausschreitungen oder Betriebsstörungen in unserer Anstalt vorgekommen sind, und dass die überwiegende Mehrzahl des Wartepersonals sich durchaus anständig und besonnen verhielt und wohl mehr von aussen kommenden Einflüssen, als dem eigenen Triebe gehorchend die Sache mitmachte. Im Februar 1906 musste ein Wärter, der versucht hatte, Proklamationen aufrührerischen Inhalts in der Anstalt zu verbreiten, der Polizei übergeben werden. — Von der Stadtverwaltung wurden gegen Ende des Jahres 1905 dem Pflegepersonal ausser einigen Diensterleichterungen, wie vermehrten Ausgehetagen und jährlichem Urlaub von einem Monat, bedeutende Gagen-erhöhung bewilligt. — Im Jahre 1906 wurde das städtische Pensionsstatut, das bisher nur für einen Theil der Beamten Geltung gehabt hatte, dahin verändert und ergänzt, dass es vom 1. October an auf alle Beamten und Angestellten der Stadt, also auch auf das Wartepersonal Rothenbergs ausgedehnt wurde. Diese Massnahme sozialer Fürsorge, die den städtischen Angestellten nach langjährigem, untadeligem Dienst ein sorgenfreies Alter verbürgen und der Stadt die Stabilität einer tüchtigen Beamtenschaft sichern will, trifft bei dem Rothenberger Wartepersonal in ihren Voraussetzungen nicht zu. Denn die meist im besten heirathsfähigen Alter stehenden Wärter und Wärterinnen sehen in der überwiegenden Mehrzahl ihre Rothenberger Stellung von vornherein nur als eine vorübergehende an und treten aus, sobald sich ihnen eine besser bezahlte oder eine selbständige Stellung bietet, die ihnen die Möglichkeit giebt zu heirathen, was sie im Anstaltsdienst nicht können. So lehrt denn auch die langjährige Erfahrung Rothenbergs, dass mit ganz seltenen Ausnahmen sämtliche Wärter und Wärterinnen lange vor dem pensionsfähigen Alter die Anstalt wieder verlassen. Und andererseits liegt es, wie jeder Anstaltspsychiater bestätigen wird, durchaus nicht im Interesse der Irrenanstalt, auch nur

einen grösseren Theil des Pflegepersonals für längere Jahre zu behalten, da die Mehrzahl nach einigen Jahren im psychiatrischen Sinne verbraucht und für den Anstaltsdienst ungeeignet ist. Da ferner mit der Pensionsberechtigung die Anstellung und Entlassung beim Stadtamt steht, also der Kompetenz des nächsten Vorgesetzten entzogen ist, muss eine Minderung der Autorität der Anstaltsdirektion befürchtet werden, und können wesentliche Störungen im geregelter Anstaltsbetriebe eintreten.

Zum Rückblick auf das innere Leben und Wachsen der Anstalt, insbesondere die Krankenbewegung sei auf die früher erschienenen Berichte von Dr. A. Mercklin¹⁾ und Dr. Joh. Redlich²⁾, sowie auf den nächsten Abschnitt dieses Berichts hingewiesen. — Ueber den Betrieb der Anstalt im Allgemeinen darf wohl gesagt werden, dass sich fortlaufend das Bestreben gezeigt hat, die Errungenschaften der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis zu verwerthen und den sich bewährenden neueren Methoden bei Behandlung und Pflege der Kranken nach Möglichkeit Eingang zu gewähren. Wachabtheilungen wurden neu eingerichtet und bestehende vergrössert; Isolirzellen ihrer früheren Bestimmung entzogen und in gewöhnliche Zimmer verwandelt, indem hochgelegene Fenster vergrössert und die Thüren in einfache, von beiden Seiten durch Klinken zu öffnende, umgearbeitet wurden, wobei der scheinbar unwichtige, aber doch erwünschte Nebeneffekt eintrat, dass die alten unschönen Bezeichnungen „Isolirhaus“, „Tobabtheilung“, Tobzelle“ u. dgl. als nicht mehr sinn- und sachgemäss ausser Gebrauch kamen und der Vergessenheit anheimfielen. — Im Herbst 1906 wurden von den Fenstern des alten Männer- und des alten Frauenhauses die Gitter entfernt; in letzterem blieben sie nur an der Abtheilung des oberen Stockwerkes im Anbau, weil dort einige unserer epileptischen Frauen mit häufigen Anfällen untergebracht sind. In der darunter gelegenen Wachabtheilung für ruhige Frauen, wie in den anderen Abtheilungen hat sich in den 2 Jahren seit der Entfernung der Gitter keine Betriebsstörung aus dieser Massnahme ergeben. — Im Februar 1905 wurde in den weiblichen Wachabtheilungen die schottische Wache eingeführt, deren Vorzüge bald auch von den Pflegerinnen anerkannt wurden, worauf sie zwei Jahre später auch in den männlichen Abtheilungen mit ebenso gutem Erfolg zur Einführung kam; alle Betheiligten, Aerzte, Patienten und Pflegepersonal sind mit

¹⁾ Dr. A. Mercklin: „Medicinishch-statistischer Bericht über die Krankenbewegung der Irrenanstalt Rothenberg von 1862—1887 incl.“ im „Bericht über die Irrenanstalt Rothenberg bei Riga in den Jahren 1862—1887.“

²⁾ l. c.

dieser Einrichtung des Wachdienstes durchaus zufrieden. — Die Bettbehandlung wurde für alle neueintretenden zu beobachtenden Fälle, für alle akuten und sonst geeigneten Krankheitsformen immer mehr durchgeführt, der Bäderbehandlung möglichste Ausdehnung gegeben, alle äusseren Zwangsmittel wurden vermieden bis auf die Zwangsjacke in chirurgischen Fällen, wo die Patienten auf gar keine andere Art am Abreissen des Verbandes oder Verunreinigen und Beschädigen der Wunde zu verhindern waren. Eine freie Behandlung verbunden mit Anhalten zur Arbeit wurde nach Möglichkeit angestrebt; Zerstreuungen, wie Spaziergänge ausserhalb der Anstalt und Ausfahrten in grösserer Gesellschaft, allerlei Vergnügungsveranstaltungen, wie Tanzabende, musikalische, deklamatorische Darbietungen und Theateraufführungen konnten in angemessenen Zwischenräumen dem grössten Theil der Patienten geboten werden; ein Billard, eine Kegelbahn, und im Winter eine Eisbahn stehen Liebhabern zur Verfügung, Karten- und Brettspiele werden besonders in den Männerabtheilungen eifrig gespielt, während bei den Frauen gemeinsame Lektüre verbunden mit Handarbeit viele Herbst- und Winterabende verkürzt; zwei Flügel und vier andere Klaviere geben den musikalischen Patienten Gelegenheit zur Ausübung ihrer Kunst oder ertönen auch zum improvisierten Tänzchen in der Abtheilung. So wird auf verschiedene Art in das an sich einförmige Anstaltsleben etwas Zerstreuung und Abwechslung, Vergnügen und geistige Anregung gebracht.

Wir sind nun am Schluss unseres historischen Rückblicks über die letzten 25 Jahre, und indem wir dankbar auf das Erreichte zurückschauen, wollen wir nur noch der Hoffnung Ausdruck geben, dass es der Anstalt auch in Zukunft immer vergönnt sein möge, in ungestörtem Betriebe an ihrer Vervollkommnung weiterzuarbeiten zum Heil ihrer Kranken.

November 1908.



Medicinisch-statistischer Bericht über
die Anstalt Rothenberg in den
Jahren 1897—1908





DER von Dr. Redlich verfasste medicinisch-statistische Bericht über die Anstalt Rothenberg schliesst mit dem Jahre 1896 ab. Die folgende Arbeit umfasst die Zeit vom 1. Januar 1897 bis zum 1. Januar 1908. Die 1. Tabelle giebt die Krankenbewegung in diesem Zeitraum wieder.

Tabelle 1.

	Männer	Frauen	Summa
Krankenbestand am 1. Januar 1897 . . .	190	151	341
Aufnahmen in den Jahren 1897—1908 . .	1454	914	2368
Gesammtzahl der Verpflegten 1897—1908	1644	1065	2709
Entlassungen in den Jahren 1897—1908 . .	1409	880	2289
Krankenbestand am 1. Januar 1908 . . .	235	185	420

Die Vertheilung der 2368 Aufnahmen auf die einzelnen Jahre zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2.

Jahr	Männer	Frauen	Summa
1897	138	87	225
1898	152	91	243
1899	125	87	212
1900	134	65	199
1901	122	85	207
1902	105	80	185
1903	126	76	202
1904	140	87	227
1905	118	102	220
1906	145	76	221
1907	149	78	227
Summa	1454	914	2368

In den Zahlen der Tabelle 2 sind auch die Aufnahmen der Zwischenstation enthalten. Diese vertheilen sich auf die einzelnen Jahre, wie folgt.

Tabelle 3.

Jahr	Männer	Frauen	Summa
1897	14	8	22
1898	24	12	36
1899	17	16	33
1900	16	11	27
1901	11	8	19
1902	12	7	19
1903	22	15	37
1904	28	13	41
1905	17	7	24
1906	17	8	25
1907	18	3	21
Summa	196	108	304

Die, wie Dr. Redlich berichtet, Ende 1888 eröffnete Zwischenstation hat den Zweck, von der Polizei eingelieferten nicht zu Riga gehörigen Kranken interimistisch bis zu ihrer Beförderung in die Heimat oder in eine andere Anstalt Anstaltsaufenthalt zu gewähren. Das zu diesem Zweck aufgeführte Gebäude dient jetzt als Abtheilung für halbruhige Kranke, während die durch die Polizei eingelieferten, meistens ja acut erkrankten, pflege- und wachabtheilungsbedürftigen Patienten in den Abtheilungen untergebracht sind, in die sie ihrem Zustande nach gehören. Dass die Zahl der in die Zwischenstation aufgenommenen Kranken so klein ist, liegt daran, dass die Polizei in Folge der häufigen Abweisungen die Hilfe der Anstalt nur in Anspruch nimmt, wenn sie sich anders nicht mehr zu helfen weiss. Die Abweisungen aber sind hervorgerufen durch den Umstand, dass ein grosser Teil der 12 für die Polizeikranken bestimmten Plätze durch Patienten, deren Hingehörigkeit nicht festgestellt werden kann, dauernd besetzt ist, und durch die Saumseligkeit der Gemeinden beim Abholen ihrer Kranken. Besonders die Gemeinden der innerrussischen und litthauischen Gouvernements suchen sich der Verpflichtung, ihre geisteskranken Gemeindeglieder abzuholen und die Pflegegelder zu bezahlen, zu entziehen und geben dadurch Veranlassung zu

möglichster Vorsicht und Zurückhaltung bei der Aufnahme nicht zu Riga gehöriger Kranken.

Wieviel Kranke im Durchschnitt täglich in den einzelnen Jahren der Berichtsperiode in der Anstalt verpflegt worden sind, zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4.

Jahr	Tagesdurchschnitt	Jahr	Tagesdurchschnitt
1897	343	1903	370
1898	356	1904	374
1899	362	1905	363
1900	356	1906	377
1901	355	1907	398
1902	360		

Der Tagesdurchschnitt ist, ebenso wie die Aufnahmezahl, in den ersten 10 Jahren der Berichtsperiode ungefähr gleich geblieben. Nur die Eröffnung der beiden neuerbauten Wachabtheilungen Ende 1906 hat eine Zunahme des Durchschnittsbestandes im Jahre 1907 hervorgerufen. Im Laufe des Jahres 1907 ist der Krankenbestand von 380 auf 420 Personen gestiegen. Diese Vergrößerung der Krankenzahl ist nur zum kleineren Theil durch eine stärkere Aufnahme, zum grösseren Theil durch geringere Anzahl der Entlassungen, speciell der Überführungen zu Riga gehöriger chronischer Patienten in Familienpflege verursacht worden. Mit dem Bestande von 420 Kranken ist die etatmässige Platzzahl, die 400 Plätze, 218 in der Männer-, 182 in der Frauenabtheilung beträgt, schon überschritten worden.

Die Tabelle 5 giebt Auskunft über die Heimat der Aufgenommenen.

Tabelle 5.

Heimat	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	Sa.	In %
Riga	130	138	138	132	158	125	139	179	177	159	161	1650	69,67
Livland	20	41	24	18	18	27	29	19	22	25	24	267	11,27
Kurland	21	24	17	19	6	5	14	6	9	8	9	138	5,82
Estland	4	3	3	4	—	1	1	2	1	2	—	21	0,88
Andere Gouvernem.	49	32	28	24	22	24	19	18	9	21	15	261	11,02
Ausland	1	1	2	2	1	1	—	3	2	6	8	27	1,14
Unbekannt	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	4	0,16
	225	243	212	199	207	185	202	227	220	221	227	2368	

Während in den Berichtsperioden 1862—1887 und 1887—1896 59,8 resp. 51,8% der Aufgenommenen aus Riga stammten, sind es in dieser Berichtsperiode 69,67%. Die Anstalt ist also in immer wachsendem Masse von in Riga Wohnenden, denen sie ja auch in erster Linie dienen soll, in Anspruch genommen worden. In der Berichtsperiode 1887/96 sind im Durchschnitt jährlich 116 Personen, in der letzten Berichtsperiode 150 Personen aus Riga aufgenommen worden. Besonders ist auch die Zahl der in Rothenberg verpflegten Glieder der Rigaschen Steuergemeinde angewachsen. Ueber ihre Anzahl zu Anfang jedes Jahres und ihre Aufnahmezahl in den einzelnen Jahren orientiert Tabelle 6.

Tabelle 6.

	Bestand am 1. Januar	Aufnahme- zahl
1897	176	75
1898	173	81
1899	174	72
1900	161	94
1901	176	90
1902	189	87
1903	180	95
1904	183	107
1905	187	110
1906	187	108
1907	203	112
1908	224	

Gleichzeitig ist während der Berichtsperiode auch die Zahl der Freibetten in Rothenberg von 15 auf 33 gestiegen und die Zahl der in Familienpflege Befindlichen von 84 auf 140 Kranke angewachsen. Nur 326 oder 17,6% gegenüber 606 oder 30% der Aufgenommenen der vorigen Berichtsperiode stammen aus den übrigen Theilen der Ostsee-provinzen. Der Grund für diese geringere Zahl liegt einerseits in dem Entstehen der Anstalten in Reval, Mitau und Stackeln und einer Privatanstalt in Riga, andererseits darin, dass wegen Ueberfüllung gerade der dritten Verpflegungsclassen viele in dieser Classe Aufnahme Suchende abgewiesen werden mussten. Dieselben Gründe, besonders häufig der letztere, haben auch ihre Geltung für die Abnahme der aus den übrigen Gouvernements stammenden Patienten. Die 27 Ausländer waren fast lauter Kranke, die nach Erledigung der notwendigen

Formalitäten in die Heimat übergeführt wurden. Bei den 4 Personen unbekannter Herkunft handelt es sich um durch die Polizei aufgegriffene Kranke, deren Personalien sich nicht feststellen liessen.

Bei einem nicht geringen Theile der Aufnahmen handelt es sich um wiederholte Aufnahmen. Tabelle 7 zeigt, wie häufig einzelne Patienten die Anstalt aufsuchten.

Tabelle 7.
Es wurden aufgenommen.

	Männer	Frauen	Summa
1. Mal	1030	625	1655
2. "	259	156	415
3. "	80	52	132
4. "	35	36	71
5. "	18	17	35
6. "	13	12	25
7. "	8	5	13
8. "	6	4	10
9. "	2	2	4
10. "	2	3	5
11. "	1	1	2
12. "	—	1	1
	1454	914	2368

Gegenüber 1655 erstmaligen Aufnahmen haben 713 wiederholte stattgefunden.

Tabelle 8.

Jahr	Verheiratet		Ledig		Verwitwet		Geschieden		Unbekannt		Summa	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
1897	49	26	59	27	4	11	—	—	2	2	114	66
1898	52	15	55	34	4	10	—	—	1	1	112	60
1899	37	21	43	36	5	6	—	—	3	4	88	67
1900	39	13	50	28	5	5	1	—	1	1	96	47
1901	36	18	36	31	7	10	1	—	—	—	80	59
1902	27	12	32	31	4	1	1	—	1	—	65	44
1903	44	21	46	23	2	6	1	2	—	2	93	54
1904	48	16	49	31	1	9	1	—	—	1	99	57
1905	38	27	36	21	3	11	1	—	—	1	78	60
1906	47	13	50	27	3	11	—	—	—	—	100	51
1907	57	21	47	27	1	12	—	—	—	—	105	60
	474	203	503	316	39	92	6	2	8	12	1030	625

Bei den Tabellen 8 und 9, von denen die erste den Civilstand, die zweite das Lebensalter der Patienten bei der Aufnahme angiebt, sind nur die erstmaligen Aufnahmen berücksichtigt.

Tabelle 9.

Alter	Einfache Seelenstörung		Paralytische Seelenstörung		Seelenstörung mit Epilepsie		Alcoholische Seelenstörung		Imbecillität Idiotie		Nicht Geistesranke		Summa.	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Bis 15 Jahre	5	2	—	—	2	—	—	—	3	—	—	—	10	2
V. 16—20 Jahren	67	35	—	1	4	—	1	—	5	6	—	—	77	42
„ 21—25 „	65	62	2	1	2	10	8	1	12	7	—	—	89	81
„ 26—30 „	92	82	13	6	4	3	30	1	11	4	—	—	150	96
„ 31—35 „	63	66	37	13	7	1	34	2	5	3	—	—	146	85
„ 36—40 „	61	55	82	16	4	—	36	1	1	1	1	—	185	73
„ 41—45 „	31	57	66	9	5	2	27	3	4	3	—	—	133	74
„ 46—50 „	22	35	41	9	3	1	26	3	1	—	—	—	93	48
„ 51—55 „	17	29	20	2	3	2	9	1	1	—	—	1	50	35
„ 56—60 „	22	22	5	—	—	—	8	—	—	—	1	—	36	22
„ 61—70 „	25	25	3	—	2	—	3	1	—	—	1	—	34	26
Über 70 Jahre	15	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	38
Unbekannt	3	2	4	—	2	—	2	—	1	1	—	—	12	3
	488	510	273	57	38	19	184	13	44	25	3	1	1030	625

Tabelle 10.

Jahr	Einfache Seelenstörung		Paralytische Seelenstörung		Seelenstörung mit Epilepsie		Alcoholische Seelenstörung		Imbecillität Idiotie		Nicht Geistesranke		Summa	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
1897	69	76	27	4	8	2	28	—	6	4	—	1	138	87
1898	83	77	41	6	6	4	18	1	4	3	—	—	152	91
1899	51	74	32	6	6	3	29	2	6	2	1	—	125	87
1900	66	53	34	5	4	3	23	1	6	2	1	1	134	65
1901	46	73	25	5	8	1	31	1	12	5	—	—	122	85
1902	45	67	26	6	10	3	15	1	9	3	—	—	105	80
1903	72	60	26	9	5	3	16	1	7	3	—	—	126	76
1904	66	74	42	4	8	1	19	3	5	5	—	—	140	87
1905	66	88	19	3	2	6	25	4	6	1	—	—	118	102
1906	72	57	27	11	8	2	29	3	8	3	1	—	145	76
1907	66	64	34	7	6	1	30	4	13	2	—	—	149	78
	702	763	333	66	71	29	263	21	82	33	3	2	1454	914
		1465		399		100		284		115		5		2368

Tabelle 10 berichtet über die Krankheitsform bei der Aufnahme.

Die als nicht geisteskrank bezeichneten Fälle betreffen je 2 Fälle von Morphinismus und Apoplexie ohne psychotische Complication und einen Fall, der zur Begutachtung eingewiesen war und sich als geistesgesund erwies.

In $\% \%$ ausgedrückt giebt Tabelle 11 das Verhältnis der einzelnen Krankheitsformen zur Gesamtzahl der Aufnahmen wieder.

Tabelle 11.

Krankheitsform	Männer	Frauen	Zusammen
Einfache Seelenstörung.....	48,28	83,48	61,68
Paralytische Seelenstörung.....	22,89	7,22	16,84
Seelenstörung mit Epilepsie....	4,88	3,17	4,22
Alcoholische Seelenstörung....	18,08	2,29	11,99
Imbecillität, Idiotie.....	5,63	3,61	4,85

Präciser, als durch Tabelle 10, wird die Häufigkeit der beobachteten Krankheitsformen durch Tabelle 12, die nur die erstmalig aufgenommenen berücksichtigt, wiedergeben.

Tabelle 12.

Krankheitsform	Männer	Frauen	Summa
Einfache Seelenstörung.....	488	510	998
Paralytische Seelenstörung.....	273	57	330
Seelenstörung mit Epilepsie....	38	19	57
Alcoholische Seelenstörung....	184	13	197
Imbecillität, Idiotie.....	44	25	69
Nicht geisteskrank.....	3	1	4
Summa	1030	625	1655

Tabelle 13 giebt das Verhältnis der einzelnen Krankheitsformen zur Gesamtzahl der erstmaligen Aufnahmen in $\% \%$ an.

Tabelle 13.

Krankheitsform	Männer	Frauen	Zusammen
Einfache Seelenstörung	47,4	81,6	60,3
Paralytische Seelenstörung	26,5	9,1	19,9
Seelenstörung mit Epilepsie	3,7	3,1	3,4
Alcoholische Seelenstörung	17,9	2,1	11,9
Imbecillität, Idiotie	4,3	4,0	4,1

Ein Vergleich mit der vorigen Berichtsperiode ergibt ein geringes Zurückgehen des Procentsatzes, sowohl von der Gesamtzahl der Aufnahmen, als auch von den erstmaligen Aufnahmen bei den einfachen und epileptischen Seelenstörungen. Dasselbe gilt für die paralytische Seelenstörung der Männer, während die der Frauen von 6,82% auf 7,22% aller Aufnahmen und von 7,35% auf 9,1% der erstmaligen Aufnahmen gestiegen ist. Im Gegensatz dazu machen die alcoholischen Seelenstörungen jetzt 12% aller oder 11,9 der erstmaligen Aufnahmen gegenüber 7,31 resp. 7,25% in der vorigen und 1,35% in der ersten Berichtsperiode aus. Auf die Ursache des Anwachsens des Alcoholismus einzugehen ist hier nicht der Ort. Für die Anstalt bedeutet die grosse Zahl der Alcoholiker eine schwere Last, da sie mit ihrer Neigung zur Unzufriedenheit, ihrer Einsichtslosigkeit und Selbstgerechtigkeit, ihrer Neigung zu Intriguen, Durchstechereien und Neckereien die Disciplin sehr erschweren.

Die Krankheitsformen der 713 wiederholten Aufnahmen giebt Tabelle 14 wieder.

Tabelle 14.

Krankheitsform	Männer	Frauen	Summa
Einfache Seelenstörung	214	253	467
Paralytische Seelenstörung	60	9	69
Seelenstörung mit Epilepsie	33	10	43
Alcoholische Seelenstörung	79	8	87
Imbecillität, Idiotie	38	8	46
Nicht geisteskrank	—	1	1
Summa	424	289	713

Entlassungen.

Die Vertheilung der Entlassungen auf die einzelnen Jahre giebt Tabelle 15 an.

Tabelle 15.

Jahr	Männer	Frauen	Summa
1897	119	86	205
1898	154	86	240
1899	139	84	223
1900	132	68	200
1901	115	79	194
1902	104	85	189
1903	118	79	197
1904	148	74	222
1905	126	94	220
1906	128	84	212
1907	126	61	187
Summa	1409	880	2289

Ueber die Krankheitsform und das Behandlungsergebnis berichtet Tabelle 16.

Tabelle 16.

1897—1907 Krankheitsform	Genesen		Gebessert		Un- gebessert		Gestorben		Summa	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Einfache Seelenstörung	90	114	160	181	355	333	93	113	698	741
Paralytische Seelenstörung	—	—	25	2	131	28	167	33	323	63
Seelenstörung mit Epilepsie	6	—	31	3	32	14	10	8	79	25
Alcoholische Seelenstörung	74	3	48	9	100	7	12	1	234	20
Imbecillität, Idiotie	—	—	12	5	55	22	5	2	72	29
Nicht geisteskrank	1	1	1	—	1	—	—	1	3	2
Summa	171	118	277	200	674	404	287	158	1409	880
	289		477		1078		445		2289	

Eine genauere Classification der als genesen, resp. als gebessert Entlassenen mit einfachen Seelenstörungen giebt Tabelle 17.

Tabelle 17.

Von den mit günstigem Behandlungsergebnis Entlassenen litten an

	Männer	Frauen	Zu- sammen
Manisch-depressivem Irresein	104	154	258
Amentia	6	7	13
Delirium febrile	2	—	2
Hysterischer Psychose	3	23	26
Neurasthenischer Psychose	7	—	7
Psychose bei Degeneration	17	10	27
Dementia praecox	99	95	194
Dementia senilis	2	2	4
Delirium senile	1	—	1
Psychose nach Apoplexie	2	1	3
Psychose bei Tabes	1	—	1
Psychose nach Eclampsie	—	1	1
Psychose bei Morphinismus	5	1	6
Lues cerebri	1	1	2
	250	295	545

In den Fällen von Genesung bei Alcoholpsychosen handelt es sich bei 56 Männern und 2 Frauen um Delirium tremens und bei 18 Männern und 1 Frau um Alcoholpsychosen mit längere Zeit hindurch fortdauernden Wahnbildungen, in den Fällen von Besserung handelt es sich bei den Männern in 10 Fällen um Delir, in 29 Fällen um Alcoholpsychose und in 9 Fällen um chronischen Alcoholismus, bei den Frauen in 3 Fällen um Psychose und in 6 Fällen um chronischen Alcoholismus. In Riga, wo von der Bevölkerung wohl Branntwein bevorzugt, nebenbei aber auch häufig Bier getrunken wird, kommen in den Anstalten häufig Alcoholdelirien, aber noch häufiger Fälle von chronischem Alcoholismus zur Behandlung. Aus den Zahlen Rothenbergs über alcoholische Psychosen lässt sich aber auch deswegen nicht viel schliessen, weil viele leichtere Fälle von Alcoholdelirien und besonders viele Fälle von chronischem Alcoholismus im allgemeinen städtischen Krankenhause Aufnahme finden. Bei den 6 Fällen von Genesung bei Epilepsie handelt es sich in einem Fall um eine anhaltende epileptische Verstimmung, in den 5 anderen Malen um Fälle, die zum ersten Mal einen Dämmerzustand durchmachten, vollkommen klar die Anstalt verliessen, und auch nicht die epileptischen Charakter-

veränderungen zeigten. Bei den als nicht geisteskrank bezeichneten Genesenen handelt es sich in beiden Fällen um Morphinisten, die eine Entziehungskur durchgemacht hatten.

Tabelle 18 giebt eine Uebersicht der Entlassenen in Procenten.

Tabelle 18.

1897—1908	Männer	Frauen	Gesamtzahl
Genesen	12,13	13,41	12,63
Gebessert	19,66	22,72	20,84
Ungebessert	47,83	45,91	47,09
Gestorben	20,36	17,95	19,44

Gestorben sind im Laufe der Berichtsperiode im Ganzen 445 Patienten, 287 Männer und 158 Frauen, was 19,84% des Gesamt-
abganges, 20,36% bei den Männern, 17,95% bei den Frauen oder
aber 16,46% aller in der Berichtsperiode Verpflegten, 17,46% aller
verpflegten Männer und 14,83% aller verpflegten Frauen ausmacht.

Ueber die Anzahl der Todesfälle in den einzelnen Jahren und
ihr Verhältnis zu der Zahl der Verpflegten desselben Jahres giebt
Tabelle 19 Aufschluss.

Tabelle 19.

Jahr	Zahl der Verpflegten	Zahl der Todesfälle	Verhältnis der Todesfälle zu den Verpflegten.
1897	566	28	4,9%
1898	604	37	6,1%
1899	576	48	8,3%
1900	552	49	8,8%
1901	559	24	4,3%
1902	550	43	7,8%
1903	563	31	5,5%
1904	593	42	7,0%
1905	591	47	7,9%
1906	592	51	8,6%
1907	607	45	7,4%

Die Todesursache war

	bei 12 Männern	18 Frauen
Tuberculosis pulmonum	12	18
Enteritis tuberculosa	3	4
Meningitis tuberculosa	1	—
Pneumonie	17	11
Arteriosklerose	13	9
Myocarditis	6	11
Herzklappenfehler	1	—
Aneurysma Aortae	1	—
Collaps beim Alcohholdelir	3	—
Nephritis	3	3
Marasmus senilis	20	39
Delirium acutum	2	1
Ulcus ventriculi	2	1
Darmverschluss	1	1
Typhlitis	—	1
Carcinom	3	3
Pyamie	4	—
Erysipel	3	1
Typhus	—	1
Parotitis	—	2
Dysenterie	7	3
Tetanus	—	1
Tumor cerebri	1	1
Apoplexie	3	9
Lues cerebri	3	—
Status epilepticus	5	4
Paralysis progressiva	167	33
Combustio III	—	1
Unglücksfall	1	—
Innere Verletzungen	1	—
Suicidium	4	—
287 Männer		158 Frauen

Unter allen Krankheiten hat die meisten Opfer die Paralyse gefordert, von den 287 verstorbenen Männern waren 167 oder 58,18%, von den 158 verstorbenen Frauen 33 oder 28,86%, von allen 445 Verstorbenen 200 oder 44,94% an progressiver Paralyse Leidende. An Tuberculose sind im Ganzen 38 Patienten, 16 Männer und 22 Frauen gestorben. In den meisten Fällen handelt es sich um Kranke mit Dementia praecox oder um epileptisch Schwachsinnige. Die zahl-

reichen Todesfälle an Marasmus senilis und Arteriosklerose erklären sich durch die grosse Anzahl der senil Dementen, besonders unter den Frauen und durch den Umstand, dass viele schon in den ersten Zeiten des Bestehens der Anstalt aufgenommene Patienten jetzt in hohem Alter sterben. Wie in Riga überhaupt, hat in mehreren Sommern in der Anstalt Dysenterie geherrscht; eine im Sommer 1900 herrschende Epidemie dieser Krankheit, die sehr viele Kranke ergriff, verlief sehr leicht und forderte nur ein Opfer; die Epidemie im Sommer 1907 ergriff weniger Kranke, verlief aber sehr schwer und es starben 7 Patienten. Fälle von Typhus abdominalis sind unter den Kranken nur in vereinzelt Fällen vorgekommen, der einzige letal verlaufene Fall trat schon typhuskrank in die Anstalt ein. Häufiger als unter den Patienten, sind Fälle von Typhus unter dem Beamten- und Pflegepersonal vorgekommen; eine Pflegerin ist der Krankheit im Krankenhaus erlegen. Die früher wie überhaupt in der Gegend der roten Düna auch in Rothenberg in den Sommern häufig auftretende Malaria ist in den letzten Jahren nur ganz vereinzelt zur Beobachtung gekommen. Von den 18 Todesfällen der Epileptiker sind 9 im Status epilepticus erfolgt. Die 3 unter der Rubrik Delirium tremens verzeichneten Todesfälle starben im Collaps, die übrigen Alkoholiker an intercurrenten Krankheiten, einer nach Ueberstehung des Delirs an Pyämie, die von einer schweren Verletzung des Kehlkopfs und der Trachea, die er sich während des Delirs vor der Einlieferung in die Anstalt zugefügt hatte, ausging. Gleichfalls an den Folgen von Verletzungen, die er sich vor der Einlieferung in die Anstalt zugezogen hatte, starb ein vermutlich an Dementia praecox leidender Patient. Er war in der Beängstigung aus dem 2. Stock aufs Steinpflaster gesprungen. Als Patienten der Anstalt sind 4 Kranke verunglückt. Der erste Fall betrifft einen noch rüstigen Paralytiker, der im Januar 1898 beim Frühstück plötzlich hinstürzte. Obgleich es dem Pfleger erschien, dass der Patient sich verschluckt hatte, konnten weder er noch der Arzt etwas finden. Erst bei der Section wurde ein in den Kehlkopf fest eingekeiltes Stück Salzfleisch bemerkt. Im März 1898 gerieten die Kleider einer schwer dementen Frau, die zu nahe an den brennenden Ofen herantreten war, in Brand. Trotz des sehr schnellen Eingreifens einer Pflegerin hatte die Patientin sich Brandwunden 3. Grades von den Knien bis zur Taille hinauf zugezogen, denen sie nach 16 Tagen erlag. Im dritten Fall handelt es sich um einen Paralytiker der sich beim Essen verschluckte und trotz sofortigen Eingreifens starb. Im 4. Fall wurde im Jahre 1899 ein tauber Imbeciller, der jahrelang allein zu seiner Mutter in die Stadt gegangen war und dieses Mal gegen seine Gewohn-

heit den Weg auf dem Eisenbahndamm gewählt hatte, von einem Eisenbahnzug überfahren und starb nach einigen Stunden. An Selbstmorden waren 4 zu verzeichnen. 1) Im November 1897 wurde ein stark beängstigter Patient, Apotheker von Beruf, in die Anstalt gebracht. Trotzdem seine Kleider bei der Aufnahme durchsucht worden waren, war es ihm doch gelungen, ein Pulver Strychnin zu verstecken, mit dem er sich am nächsten Tage vergiftete. 2) Im April 1900 vergiftete sich ein Patient. Er war eine Woche vorher aus der Anstalt entwichen, war in der Nacht zurückgekommen und hatte die Anstaltsapotheke aufgebrochen. 3) Im August 1902 erhängte sich im Abort ein ganz harmloser seniler Mann, der nie zu Verdacht auf Suicid Anlass gegeben und freien Ausgang in den Garten hatte. Noch eine halbe Stunde vor der Tat hatte er dem Pfleger erzählt, wie schön er sich in früheren Jahren auf Volksfesten amüsiert habe und dass er in diesem Jahre gern wieder etwas Derartiges mitmachen würde. 4) Im Februar 1907 erhängte sich im Abort des Wirtschaftshofes ein manisch-depressiver Kranker, der während des Abklingens der Manie fleissig gearbeitet hatte und bei dem offenbar ein plötzlicher Umschlag der Stimmung eingetreten war. Die 4 Fälle von Suicid entsprechen 0,9% aller Todesfälle und 0,147% der Verpflegten in den Jahren 1897—1908.

Das Bestreben des Rothenberger Aertzepersonals ist es gewesen, auch die neueren Behandlungsmethoden in der Anstalt einzuführen und darin nicht hinter den deutschen Anstalten zurückzubleiben. Durch die Erbauung der beiden neuen Wachabtheilungen ist jetzt eine richtige Placierung der Patienten ermöglicht und dank den zu ihnen gehörigen grossen Baderäumen eine regelrechte Bäderbehandlung eingeführt worden. Aber auch schon vorher war durch eine Vergrösserung der Baderäume in den alten Gebäuden und Vermehrung der Wannenzahl diese Behandlung, wenn auch in beschränkterem Masse, ermöglicht worden. Leider ist diese Art der Behandlung bis jetzt noch nur auf die Tagesstunden beschränkt. Die Einführung der schottischen Wache wird von Aerzten, Pflegern und Kranken angenehm empfunden. Isolierungen sind seit Jahren nicht mehr angewandt worden, ohne dass dadurch Schwierigkeiten entstanden wären. Auch andere Zwangsmittel kommen nicht mehr zur Anwendung, ausser der Zwangsjacke in chirurgischen Fällen. Neben der Bäderbehandlung werden die feuchten Einpackungen angewandt, die ja von der überwiegenden Zahl der Kranken so angenehm empfunden werden, dass sie um dieselben bitten, wenn sie fühlen, dass sie unruhig werden. Von manchen Patienten werden sie jedoch als sehr quälend empfunden und in solchen Fällen gehören die Einpackungen, meiner Meinung nach,

doch wohl zu den Zwangsmassregeln. Als Schlafmittel ist immer häufiger Hyoscin und das Gemisch von Morphin und Hyoscin gebraucht worden und die in Rothenberg gemachten Erfahrungen stimmen mit denen anderer Anstalten überein, dass es ein ungefährliches Mittel ist. Auch von den Patienten hört man kaum mehr die früheren Klagen über die unangenehmen Nachwirkungen der Einspritzungen.

Ein grosser Theil der Patienten wird mit Arbeiten, sei es für sich selbst, sei es für die Anstalt, beschäftigt. Unter den Damen giebt es nicht wenige, die sich durch ihre Handarbeiten einen kleinen Verdienst machen. Ausser einer kleinen Werkstätte in Waldheim, in der ein Tischler und zwei Schuhmacher arbeiten, giebt es keine speziell für die Kranken eingerichteten Werkstätten, aber auf allen Gebieten der Wirtschaft sind Kranke thätig: sie helfen dem Tischler und Sattler, dem Gärtner, in der Buchbinderei, Klempnerei, und in den Viehställen, beim Holzsägen und -spalten, in der Küche, in der Wäscherei und ganz besonders in der Waldheimer Nähstube. Viele helfen wenigstens beim Reinigen der Zimmer und beim Essen-holen. Die Anstaltsbibliothek wird ebenfalls von einem Patienten in Ordnung gehalten.

Aber nicht nur für Arbeit und Beschäftigung der Kranken wird gesorgt, auch zu ihrer Unterhaltung und Zerstreuung wird manches gethan. Es finden alljährlich alle 3—4 Monate Tanzabende statt, an die sich die verschiedenartigsten Veranstaltungen schliessen. Lebende Bilder, Gesang und Klavierspiel, Declamation, Lichtbilder, Kinematograph, Taschenspieler- und Acrobatenkünste, Gramophon, alles das hat schon verbunden mit reichlichem Limonaden- und Pfefferkuchenkonsum unsern Kranken manch lustigen Abend bereitet. Am beliebtesten sind aber wohl die Maskenbälle, zu denen sich schon wochenlang vorher die Patienten mit den geringsten Mitteln dazwischen ganz originelle Kostüme anfertigen. Zur Feier des 12. Decembers, des Stiftungstages der Anstalt, werden fast jedes Jahr Theaterraufführungen veranstaltet, bei denen sich Patienten, Personal und Beamte, auch Freunde und Verwandte der Beamten betheiligen. In letzter Zeit hat das Pflegepersonal sich bei solchen Gelegenheiten durch Theaterspielen, Quartett- und Chorgesang bethätigt. Im Winter giebt es Schlittschuhbahn, auch Illumination, im Sommer Spaziergänge in den Wald, zum Stintsee; Kegelbahn, Tennis, Billard und andere Spiele stehen den Kranken zur Verfügung. Den geistlichen Bedürfnissen der Kranken wird durch alle 14 Tage stattfindende Gottesdienste Rechnung getragen; am Weihnachtsabend vereinigt ein grosser Weihnachtsbaum

Kranke und Angestellte zu einer allgemeinen Feier im Saal, der dann eine intimere Feier in jeder Abtheilung mit Weihnachtsbaum, Bischof und Naschwerk folgt.

Mit der Vergrößerung der Anstalt ist auch die Zahl der Pflegepersonen angewachsen; durch die Eröffnung der neuerbauten Wachabtheilungen wurde die Anstellung eines dritten Oberwärters und einer dritten Oberin nöthig, so dass ausser dem Inspector und der Oberin in Waldheim jetzt drei Oberwärtler und drei Oberinnen in Rothenberg thätig sind. Auch die Zahl der Pfleger und Pflegerinnen ist auf 50 resp. 41 angestiegen. Auf je eine Pflegeperson fallen jetzt 4,4 Kranke; betrachtet man aber Rothenberg und Waldheim gesondert von einander, so kommen in Rothenberg auf eine Pflegeperson 3,5 und in Waldheim 9,3 Kranke. Die grosse Zahl des Pflegepersonals ist durch die vielen kleinen Abtheilungen, die noch aus den ersten Zeiten der Anstalt stammen, bedingt. Andererseits sind diese kleineren Abtheilungen von grossem Werthe, da sie es ermöglichen, leicht erregbaren und reizbaren Kranken grössere Ruhe zu gewähren. Die Gage der Pfleger ist seit dem Jahre 1905 von 9—14 auf 15—20 Rbl., die der Pflegerinnen von 7—10 auf 9—14 Rubel gestiegen. Trotz dieser Gagenverbesserung, der guten Placierung, des Rechts auf einen freien Tag in der Woche und auf einen einmonatlichen Urlaub im Jahr hält sich das Personal kaum länger im Dienst, als früher. Von dem augenblicklichen Pflegerbestande dienen nur 10 Pfleger und 8 Pflegerinnen länger als 5 Jahre. Besonders unter dem weiblichen Pflegerpersonal ist der Wechsel ein starker. Der Hauptgrund für diese Erscheinung ist, dass wohl die wenigsten in der Absicht, die Krankenpflege zum Lebensberuf zu machen, in den Dienst treten und die Stelle verlassen, sobald sich etwas Besseres bietet; daran wird wohl auch die Aussicht auf Pension nichts ändern. Mit dem geplanten Pflegerunterricht ist es versucht worden, doch erwiesen sich die Sprachschwierigkeiten als unüberwindlich.

Das Areal Rothenbergs ist durch die Einverleibung eines Stücks des benachbarten Arbeitshausgrundes auf 15,944 □ Faden oder 7,25 Hektar angewachsen. Terrain, Gebäude und Inventar repräsentieren zusammen einen Werth von 650,550 Rubeln.



Die Anwendung gefässerweiternder
Mittel bei den Schmerzen der
Manisch-Depressiven, von
Dr. Julius Schroeder





IM Centralblatt für Psychiatrie und Neurologie¹⁾ habe ich meine Beobachtungen über eigenartige Schmerzzustände bei den Formen des manisch-depressiven Irreseins mitgeteilt. Die Arbeit wurde mit einer flüchtigen Erwähnung der therapeutischen Versuche abgeschlossen. Zugleich wurde auf die nahezu vollkommene Resultatlosigkeit der angewandten Bemühungen hingewiesen.

Seit dieser Zeit habe ich eine Reihe weiterer Erfahrungen gesammelt, die mir damals nicht zur Verfügung standen. Die Erfahrungen beziehen sich in diesen Fällen auf die antalgische Wirkung des Natrium nitrosum und des Nitroglycerins.

Von der Vermutung ausgehend, dass diese Schmerzzustände auf irgend welchen, aus nicht allzufernliegenden Gründen beim manisch-depressiven Irresein vorauszusetzenden Gefässvorgängen beruhen, hatten wir vielfach Gefässmittel wie Dinretin, Jodpräparate etc. angewandt, alles ohne Erfolg. Die zur früheren Unbeeinflussbarkeit der Schmerzphänomene in auffallendem Kontrast stehende Wirksamkeit der neuangewandten Mittel, gab der Wahrscheinlichkeit der Annahme wieder einen festeren Boden.

Die Anregung zur Anwendung der genannten Mittel gab das von Pal unter dem Namen „Gefässkrisen“²⁾ herausgegebene Werk. Gefässkrisen nennt Pal alle Erscheinungen, die durch paroxysmale Spannungsänderungen in den Gefässen zustande kommen. Er sagt: „das Kriterium der Gefässkrise ist darin gegeben, dass durch Aufhebung der Gefässvorgänge die aufgetretenen Erscheinungen schwinden.“

Analogien mit Gefässkrisen bei den mit hohem Blutdruck verbundenen Krankheitsprozessen (besonders der Arteriosklerose) lassen in praktischer Hinsicht die konstriktorischen Gefässvorgänge ausschliesslich für uns in den Vordergrund treten. Sie sind der Hauptsache nach auch bei Pal Gegenstand seiner Untersuchungen. Den gefäss-erweiternden Mitteln (Amylnitrit, Nitrite) schreibt Pal nur bei den leichten Fällen spasmodischer Vorgänge eine nachhaltige Wirkung zu. Ihm

¹⁾ Ueber Schmerzen beim manisch-depressiven Irresein (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1907 Nr. 24.)

²⁾ Gefässkrisen von Prof. Dr. J. Pal, Leipzig 1905.

dienen besonders diese Mittel neben tonometrischen Messungen als diagnostische Hilfsmittel zur Erkennung dieser Zustände.

Tonometrische Messungen stehen mir in meinen Fällen nicht zur Verfügung. Das Nachfolgende mag hauptsächlich als therapeutischer Versuch aufgefasst werden. Wenn gleichzeitig noch einigen theoretischen Erwägungen über die Entstehung der Schmerzen Raum gegeben wird, so rechtfertigt sich das durch den spezifischen Charakter der angewandten Mittel.

Ein ausschlaggebender Beweis, dass die Schmerzanfälle durch Gefässvorgänge zustande kommen, ist selbstverständlich nur auf tonometrischem Wege zu erbringen. Diese Untersuchungen erfordern aber, wovon man sich beim Studium der Gefässkrisen überzeugen kann, einem ungeheuren Aufwand an Mühe und Zeit. Und dann lässt sich aus einem bestimmten Grunde erwarten, dass die Resultate nicht sehr ergiebig sein werden. Das Fehlen von tonometrisch bestimmbaren Spannungsänderungen würde nicht gegen das Bestehen von den Schmerzen zugrunde liegenden Gefässphänomenen sprechen. Zum Beispiel sind nach Pal Spannungsänderungen der Gefässe einer Extremität oder beider Extremitäten an und für sich nicht geeignet Gesamtdruckveränderungen hervorzurufen. Für solche Fälle fehlt es also an exakten und zuverlässigen Massbestimmungen und man bleibt auf die diagnostischen Hilfsmittel von relativem Wert angewiesen.

In Folgendem bringe ich einige aus der Reihe der Fälle, bei denen das eine oder andere der genannten Mittel zur Anwendung gelangte. Ich kann mich hier nur kurz fassen und verweise auf meine vorhin angeführte Arbeit, in der die Schmerzen ausführlicher geschildert worden sind.

Erster Fall. Frau X. Aufnahme den 5. Januar 1908. Alter 33 Jahr. Patientin ist gut begabt, geistig lebhaft, energisch, tüchtige Hausfrau. Sie hat mit 16 oder 17 Jahren stärkere Schwermutsphasen durchgemacht. In dieser Zeit traten wiederholte Ohnmachtsanfälle auf. Im Jahre 1893 eine starke Depression verbunden mit hartnäckigen Kopfschmerzen. Abermalige depressive Erkrankungen nach der Geburt des zweiten und des dritten Kindes. In den Zwischenzeiten unverkennbar hypomanische Stadien. Im Herbst 1907 während der vierten Schwangerschaft ein erneuter depressiver Anfall, der durch einen künstlichen Abort nicht beeinflusst wird. Suicidversuch. Aufnahme in Rothenberg den 5. Januar 1908. Der somatische und neurologische Befund ist negativ. Patientin ist äusserlich meist gefasst und um ihre Haltung bemüht, ohne jedoch die inneren quälenden Vorgänge im Gesichtsausdruck und Benehmen ganz verbergen zu können.

Völlige Krankheitseinsicht. Peinigt sich dessenungeachtet mit Selbstvorwürfen und Betrachtungen des eigenen Unwerts. Die als krankhaft erkannte Regungslosigkeit und Gleichgültigkeit bietet gleichzeitig den Stoff zu heftigen Selbstanklagen der Teilnahmslosigkeit und Interesslosigkeit dem Manne und den Kindern gegenüber. Martert sich mit dem Gedanken, dass sie ihr Leiden auf ihre Kinder vererben könnte. Dazwischen erfolgen, meist Abends, Verzweiflungsausbrüche, Ausrufe wie: „Ach Gott, ach Gott, wenn ich doch sterben könnte.“ In Momenten verhältnismässiger Beruhigung fällt mehr der Mangel an Initiative und Entschlusslosigkeit auf. Patientin kann sich mit der grössten Anstrengung kaum zu den notwendigsten Verrichtungen aufraffen und ist in Allem unbeholfen. Schildert wiederholt ihre Denkfähigkeit. Es lässt sich dabei feststellen, dass diese Denkfähigkeit nicht mit irgend einer primären Erschwerung oder Verlangsamung identisch ist, sondern vielmehr die Kehrseite einer inneren Ideenflucht bedeutet. Es drängen sich in ihrer wechselnden und schwankenden Tendenz einander ablösend so viele Vorstellungen zur Apperzeption, dass der willkürlich bestimmte Gedankengang nur unter Aufbietung grosser Anspannung seine Richtung beibehalten kann: „Aus allen Ecken, aus allen Löchern kommen die Gedanken auf mich losgeflattert.“ Bemerkenswert ist, dass Patientin den Vorstellungszudrang besser meistern kann, indem ihre Gedankentätigkeit sich in einem rhythmisch gegliederten und in Reime gebrachten inneren Sprechen vollzieht. Sie schreibt mit allerdings sehr unbeholfener und schwerfälliger Handschrift an den Mann einen Brief in Versen, die ansprechend empfunden und formgewandt sind. Ende Februar macht sich unter Steigen des Körpergewichts eine Lösung der Depression bemerkbar. In derselben Zeit treten starke Kopfschmerzen auf, ausserdem Schmerzen in den Extremitäten. Daneben kommt es vorübergehend zu ausgebreiteten, flüchtigen Erythemen in Landkartenform am Hals, auf Brust und Rücken. Einige Male auffällige Pulsverlangsamung bis auf 52. Es wird für einige Zeit Natr. nitrosum verordnet, worauf die Schmerzen in einigen Tagen schwinden. Später, nachdem das Mittel schon längere Zeit ausgesetzt war, wiederholten sich die Schmerzen, schwanden aber dann bei erneutem Gebrauch.

Zweiter Fall. Frau E. Aufgenommen am 7. Juni 1904. 42 Jahr alt. Bringt ein Begleitschreiben des Hausarztes: „Angeblich immer gesund gewesen, gleichmässiger Charakter, arbeitsfreudig, tätig.“ Krankheitsbeginn vor drei Monaten. Verlor Schlaf und Appetit. Das Interesse für Haus und Familie nahm ab. Da ihr das

gut bewusst war, ohne dass sie sich ändern konnte, wurde sie von Tag zu Tag unglücklicher. Während anfangs eine ausgesprochene Krankheitseinsicht bestand, trat allmählich die Ueberzeugung auf, dass sie gar nicht krank, sondern schlecht und „vom Teufel besessen“ sei, dass sie den Mann und die Kinder ins Unglück gebracht habe. Aeusserte Suicidabsichten. Bei der Aufnahme findet sich in der Kleidertasche ein geladener Revolver. Die körperliche Untersuchung ergibt einen völlig negativen Befund. Keine Anzeichen für Arteriosklerose, keine Anhaltspunkte für Lues etc. Im weiteren Verlauf bietet Patientin das Bild einer gleichförmigen Depression, zugleich bleibt das Benehmen natürlich. Die Gedanken sind zusammenhängend, geordnet, inhaltlich jedoch einförmig, depressiv gerichtet: sie sei nicht krank, nur schlecht, faul und träge, gotteslästerlich, vom Teufel besessen, sie habe den Mann und die Kinder vernachlässigt. Sie weint oft lautlos vor sich hin. Die äussere Haltung, die Bewegungen lassen ohne Weiteres die innere Gemütsbeschaffenheit und den Mangel an Spontaneität erkennen. Die Willensäusserungen sind aber nicht mit einer irgendwie deutlicher bemerkbaren Anstrengung verbunden. Nach 2 $\frac{1}{2}$ jährigem Anstaltsaufenthalt wurde Patientin als genesen entlassen, nachdem die depressiven Erscheinungen langsam abgeklungen waren. In den letzten Monaten vor der Entlassung traten in den unteren Extremitäten Schmerzen auf, anfänglich von geringer Stärke und in längeren Pausen. Allmählich nahm die Intensität der Schmerzen immer mehr und mehr zu und wuchs zeitweise bis ins Unerträgliche. Patientin schilderte die Schmerzen folgendermassen: neben einem konstanten, dumpfen Schmerz, der sich über die unteren Extremitäten in ihrer ganzen Ausdehnung erstreckt, empfinde sie dazwischen ein blitzartiges Reissen und Schiessen, durch das sie mitunter zu einem lauten Aufschreien veranlasst wurde. Der lanzinierende Charakter der Schmerzen war womöglich noch ausgesprochener als Patientin die Anstalt verliess. Sie wurde wegen ihrer Schmerzen ambulatorisch weiterbehandelt, aber erfolglos, obgleich neben äusseren Massnahmen verschiedene Antineuralgika, Herzmittel, Jodpräparate u. s. w. zur Anwendung gelangten. Die Schmerzen nahmen sogar einen alternierenden Charakter an und traten bald im Kopf, bald in den oberen Extremitäten auf. Nachdem ungefähr zehn Monate seit der Entlassung verflossen waren, wurde der innere Gebrauch von Natrium nitrosum versucht, ohne dass jedoch eine Veränderung erzielt werden konnte. Auffällig rasch veränderte sich der Zustand als jetzt anstatt des Natrium nitrosum Nitroglycerin verordnet wurde. Nach Ablauf einer Woche schon stellte sich die Patientin wieder ein und erklärte, dass

sie von den Schmerzen befreit sei. Sie hat später mehrfach von sich hören lassen. Die Schmerzen haben sich nicht mehr wiederholt.

Dritter Fall. Patientin ist 34 Jahr alt. Angeblich keine früheren psychischen Erkrankungen. Hat von Zeit zu Zeit an Migräneanfällen gelitten. In der Familie Migräne erblich. Schon einige Monate vor der Aufnahme psychisch krank geworden. Die Krankengeschichte bietet ausser den typischen Anzeichen der Depression nichts Bemerkenswertes. Pat. bleibt vor der geringsten Handlung unschlüssig und wie gebannt stehen, lässt alles in hoffnungsloser Resignation über sich ergehen. Ausgesprochenes Gefühl der Insuffizienz, der inneren Starre und Öde, demgemäss erscheint ihr die Aussenwelt leblos, grau in grau. Neben noch vorhandenen Anzeichen der Abulie und während die Vorstellungstätigkeit hinsichtlich ihrer inhaltlichen Seite als durchaus depressiv bezeichnet werden muss, tritt Rededrang und einige Euphorie auf. Nach einigen Monaten wird Pat. in ausgesprochen hypomanischem Zustande entlassen. Übernimmt sofort ihre recht komplizierte Anforderungen stellenden Berufspflichten. Konsultiert mich zwei Jahre später wegen starker Schmerzen im rechten Arm und den Extremitäten. Besonders der Arm tue ihr weh und sei schwer, so dass sie nicht schreiben könne. Sie schildert den Schmerz als einen dumpfen, brennenden Schmerz im Innern des Armes. Übrigens habe sie vor zwei Jahren nach der Entlassung aus Rothenberg an denselben Schmerzen gelitten, und obgleich sie von verschiedenen Ärzten wochenlang behandelt worden sei, keine Hilfe finden können. Nach längerer Zeit seien die Schmerzen von selbst vergangen. Auch in diesem Fall beseitigt der innere Gebrauch von Natrium nitrosum sehr bald die Schmerzen.

Vierter Fall¹⁾. Erste Aufnahme 10. Februar 1900. Patientin ist 21 Jahr alt. Anamnestisch lässt sich Folgendes feststellen. Pat. hat sich gut entwickelt, ist sehr leistungsfähig gewesen. Sie hat vor etwa vier Jahren einen kurz dauernden depressiven Anfall durchgemacht, ist darauf vielfach wegen Kopfschmerzen behandelt worden. Vor etlichen Wochen soll sie sich wieder sehr auffällig verändert haben, war still, in sich gekehrt, menschenscheu. Am 6. Februar brach plötzliche Erregung aus, Pat. äusserte Todesgedanken, machte einen Suicidversuch. Bei der Aufnahme erweist sich der körperliche Befund als negativ. Pat. ist zeitlich und örtlich völlig orientiert. Gibt in gewandter Form Auskunft über Ihre Personalien. Mienenspiel und Rede-weise sind lebhaft, flott und eindrucksvoll. Keine Krankheitseinsicht. Die

¹⁾ Der Fall ist in meiner früheren Arbeit kurz angedeutet worden.

anfänglich leichter ausgesprochene Erregung erreicht sehr bald höhere Grade der motorischen Unruhe, in denen Pat. jedoch immer fixierbar bleibt und in sinngemässer, wenn auch durch scherzhafte Neigungen modifizierter Weise Rede und Antwort steht. Neben der beständigen Bewegungs- und Betätigungsunruhe ergeht sie sich in allerhand Rezitationen, Reimereien, häufig ideenflüchtigen Charakters. Renommiert mit ihren Kenntnissen, wirft vorübergehend sogar mit Grössenideen um sich. Sie sei mit dem russischen Kaiserhause und auch mit den Hohenzollern verwandt. Sie äussert das alles in einer Manier, die es sehr fraglich erscheinen lässt, ob sie es ernst meint. Zeitweise erfolgt ohne äussere Einflüsse, unvermittelt ein Umschlag der gehobenen Stimmung in ihr Gegenteil: Pat. liegt im Bett, weint, sie müsse sterben etc. Diese Momente sind von einer sehr flüchtigen Dauer. Nach dreimonatlicher Behandlung beruhigte sich Pat. allmählich und wurde nach einem weiteren Monat als genesen entlassen. Zweite Aufnahme 11. September 1904. Nach den Angaben der Angehörigen ist sie seit der Entlassung im Jahre 1900 bis vor 14 Tagen gesund gewesen. (Tatsächlich ist sie jedoch vor ungefähr zwei Jahren bei Gelegenheit eines Besuchs in der Anstalt gesehen worden, wobei sie den Eindruck einer unverkennbar hypomanischen Flottheit hervorrief.) Wie berichtet wurde, hat Pat. vor zwei Wochen ihre Arbeitslust verloren. Sie wurde reizbar, leicht aufbrausend, suchte ihre Bekannten häufig auf, machte sinnlose Einkäufe, stürzte sich in Schulden, der Schlaf wurde schlecht u. s. w. Vor Ausbruch der Erregung Kopfschmerzen. Pat. kommt dieses Mal selbst in die Anstalt, fühlt, dass sie nicht gesund ist. Fügt sich ruhig in die verordnete Bettruhe. Der Gesichtsausdruck ist verdrossen. Sie ist vollkommen orientiert und besonnen. Die Willensäusserungen und Verstandesbemühungen erfolgen anscheinend völlig reibungslos, während sie auf Befragen angebt, das Denken falle ihr schwer, sie gedrückt und einsilbig ist und ungern aus sich austritt. Die Stimmung ist vorwiegend unlustbestimmt, niedergeschlagen, zeitweise aber nicht ganz einheitlich. Pat. ist dann unschwer im Sinne des Komischen oder Lustigen zu beeinflussen, scheint dabei diese Regungen gewissermassen als Störung zu erleben. Keine ausgesprochenen depressiven Wahnideen, sondern mehr hypochondrisch gefärbte Erwägungen und allgemeine Betrachtungen über ihre hoffnungslose Lage und den Unwert des Lebens. Nach zwei Monaten erfolgt ein rascher Umschwung in die entgegengesetzte, gehobene Stimmungslage, die sich aber in mässigeren Grenzen hält und für die Umgebung nicht lästig wird. Die folgende Zeit wird durch eine anhaltende hypomanische Verfassung gekennzeichnet. Es

treten aber ohne äusseren Anlass nach längeren Pausen vereinzelte, 1—2 Tage lang dauernde Phasen gedrückter Stimmung auf, in denen Pat. über Herzbeschwerden und auch über einen schweren, zuweilen schmerzhaften Kopf klagt. Am zweiten Tage eines solchen Anfalls, im Januar 1906, geriet Pat. in einen eigenartigen Zustand von Benommenheit, in dem sie sprach- und bewegungslos dalag. Die Glieder liessen sich widerstandslos passiv bewegen, auf Nadelstiche keine Abwehrbewegungen. Auf Anreden reagierte sie nicht, befolgte keine Aufforderung, nahm keine Nahrung zu sich, sondern sah nur stumm ihre Umgebung an. Erst nach zwei Tagen fand sie die Möglichkeit zu reden. Sie gab an, sich in einem eigentümlich betäubten Zustande befunden zu haben. Sie habe sich unmöglich bewegen, noch habe sie sprechen können, obgleich sie alles verstanden zu haben glaubt, was man zu ihr gesagt hat. Aller Einzelheiten, die sie während dieses stuporartigen Zustandes erlebt hatte, erinnerte sie sich nachher genau. Im Januar 1908 traten Schmerzanfälle auf, die als rechtsseitige Hemialgie bezeichnet werden können (cf. meine oben zitierte Arbeit.) Der Schmerz erstreckte sich über die rechte obere und die rechte untere Extremität, mitunter gleichzeitig über die entsprechende Kopfhälfte. Dieser Schmerz wurde von der Kranken als ein unerträglich brennender Vertaubungsschmerz bezeichnet. Anfangs traten die Anfälle nach längeren Pausen und regelmässig in der Nacht während des Schlafes auf, um im Laufe des nächsten Tages wieder zu vergehen. Sehr bald häuften sie sich aber in solch einer Masse, dass Pat. durch viele Wochen eigentlich nie schmerzfrei war, sondern nur tagsüber eine gewisse Abnahme, in den Nächten regelmässig eine Steigerung der Schmerzen empfand. Neben den Schmerzen bestand eine gewisse Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit auf der rechten Körperhälfte. Sonstige Symptome fehlten, auch das Gesichtsfeld war normal. Zeitweise wurde eine erhöhte Pulsfrequenz beobachtet. Das sehr vollblütige Aussehen der Pat., das sich bisweilen mit einem leicht zyanotischen Anflug verband, liess an eine Hyperglobulie denken. Der Blutbefund entsprach dem jedoch nicht. Auch in diesem Falle blieben alle Bemühungen, auf die Schmerzzustände einzuwirken, anfangs erfolglos. Dagegen sistierten die Schmerzen nach einigen Tagen inneren Gebrauchs von Nitroglycerin. Natrium nitrosum, das vorher angewandt wurde, schien hier keinen Einfluss zu haben. Die Patientin, die sich als eine Art Hilfspflegerin in der Anstalt nützlich zu machen suchte, ist in den folgenden 8 Monaten von weiteren Anfällen verschont geblieben. In psychischer Hinsicht fällt an der Patientin immer noch eine gewisse Flottheit und eine

ausgesprochene Neigung mit dem männlichen Beamtenpersonal und den Patienten zu scharmieren und zu flirten, auf, was ihrem Wesen in guten Zeiten widerspricht.

Fünfter Fall. Patientin ist 35 Jahre alt. Sie wird gleichzeitig mit ihrer Mutter und ihrem Bruder von einem Onkel mütterlicherseits, der einen auffallend euphorischen Eindruck macht, der Anstalt übergeben. Die Mutter ist eine typische Zirkuläre. Der Bruder befindet sich seit 11 Jahren in einem Stuporzustande, in dem er bis auf einzelne sprachliche Äusserungen, die sich aufs Grüssen, Danken etc. beschränken, vollkommen schweigsam ist. Er sitzt meist bewegungslos, scheinbar völlig teilnahmslos da, erhebt sich aber zum Grusse, wenn man das Zimmer betritt. Für Mutter und Schwester zeigt er grosse Anhänglichkeit, ist frei von Negativismus, Manieren, Absonderlichkeiten, macht angestrenzte und vergebliche Versuche zu antworten, wenn man ihn anredet, hält sein Äusseres reinlich. Patientin leidet seit dem 24. Jahr an periodischer Tobsucht. Der zweite Anfall trat im 27. Lebensjahr auf, der dritte im 29. Dann folgt eine Pause von 3—4 Jahren. In den letzten 8 Jahren mit Ausnahme der Jahre 1904—1906 jährlich ein Erregungsanfall von 5—6 monatlicher Dauer. Vor dem Auftreten der Tobsuchtsanfälle durch viele Wochen, mitunter bis zu 2 Monaten Kopfschmerzen. In den Zwischenzeiten ist Pat. immer tätig gewesen und hat englische Sprachstunden gegeben. Krankheitsverlauf: Pat. ist anfangs von gesellschaftlicher Haltung, besonnen, schildert ihre Krankengeschichte anschaulich, sie hat aber in ihrem Wesen etwas Geräuschvolles, Wortreiches und Geschäftiges. Das Unruhige steigt sehr bald zu höheren Graden an, sie wird patzig, ausfahrend und die mit ihr das Zimmer teilende Mutter sagt: „Jetzt gehts los, sie hat sich schon aufs hohe Pferd gesetzt.“ Muss in die unruhige Wachabteilung übergeführt werden. Es entwickelt sich ein wechselndes, aus heterogenen Zügen zusammengesetztes Zustandsbild. Es erfolgen vorübergehende Ausbrüche unbändiger Ausgelassenheit, übermütiges Umherlaufen, Singen. Oft begegnet man schon nach wenigen Stunden einer veränderten Situation; der Rededrang gerät oft ins Stocken, ihre Bewegungen haben etwas Zögerndes, sie macht ein eigentümlich verdutztes Gesicht, als ob sie aus einem Erstaunen nicht herauskäme. Die Stimmung ist eigentümlich geladen, fährt bei harmlosen Zwischenfragen auf: „Also das verstehen Sie nicht! Was starren sie mich an?“ etc. Unvermittelt oder nach einem Stadium, in dem sie sprachlich und motorisch betätigungsfreier, aber wie zuvor reizbar und empfindlich ist, folgen wieder Phasen flotter, übermütiger Ausgelassenheit. Nach vier Monaten schwindet die Erregung. Pat. ist seitdem in der Anstalt

verblieben. Sie macht äusserlich einen vollkommen normalen, verständigen Eindruck, ist ruhig, freundlich, wird ohne Begleitung in die Stadt beurlaubt u. s. w. Vier Monate nach eingetretener Beruhigung machen sich wieder starke Kopfschmerzen bemerkbar. Pat. verlegt die Schmerzen in das Innere des Kopfes, klagt über eine gewisse Benommenheit und schlechten Schlaf mit unruhigen Träumen, hat wieder etwas Kurzes und Brüskes in ihren Antworten, das an die unruhige Zeit erinnert. Braucht einige Zeit Natrium nitrosum und fühlt sich danach wieder ganz wohl. Nach weiteren vier Monaten wieder Kopfschmerzen, die beim Gebrauch von Natrium nitrosum bald schwinden.

Hier schliesse ich die Reihe ab. Eine weitere Aufzählung von Fällen hätte insofern einen Zweck, als der Erfolg im einzelnen Falle wenig zu bedeuten hat. Die Schmerzanfälle können auch von selbst aufhören. Ich bemerke daher, dass im verflossenen Jahre die Mittel noch in weiteren sieben schwereren Fällen angewandt worden sind und sich anscheinend immer in einem gewissen Grade als wirkungsfähig erwiesen haben.

Bruns¹⁾ der in meiner Arbeit „Über Schmerzen beim manisch-depressiven Irresein“ zitiert worden ist, sucht die Entstehung von Schmerzzuständen bei Melancholie zu bestimmen, indem er von einer Reihe von Fragen ausgeht. Die Möglichkeit, dass es sich in seinen Fällen um Schmerzhalluzinationen oder um Irradiationen der psychischen Erregungszustände in die sensible Sphäre handelt, verneint er. Er überlegt zunächst, ob nicht die von den Affekten hervorgerufenen vasomotorischen Innervationsstörungen die Grundlage der pseudoneuralgischen Schmerzen bilden und ob die Schmerzen Gefässschmerzen sind. Diese Erklärung findet er jedoch nicht zureichend, zumal sich in einem Teil seiner Fälle hysterioide Druckpunkte und kutane Hyperaesthesien gefunden hätten. Schliesslich meint er, mag es zutreffen, dass die Schmerzen und die psychopathologischen Symptome einander koordiniert sind. Man habe beobachtet, dass bei prädisponierten Individuen durch einen Affektschock Pseudoneuralgien hervorgerufen werden, es sei daher anzunehmen, dass ein analoger Affektschock gelegentlich sowohl eine Melancholie wie auch eine Pseudoneuralgie als koordinierte Erscheinungen hervorruft. Aus allem gehe daher hervor, dass die Schmerzen sehr mannigfaltigen Ursprungs sein können.

¹⁾ Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1907. Dr. Oskar Bruns: Neuralgien bei Melancholie.

Man wird Bruns darin Recht geben müssen, dass die Schmerzen sich nicht als Schmerzhalluzinationen deuten lassen. Eigentliche Körperempfindungshalluzinationen spielen beim manisch-depressiven Irresein im Gegensatz zur Dementia präcox eine jedenfalls untergeordnete Rolle, sie dürften hauptsächlich bei den Formen auftreten, die mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Bewusstseinstrübung verbunden sind. Bruns unterlässt es weiter auszuführen, in welchem Sinne die schmerzzerzeugende Wirkung des Affektschocks aufzufassen sei.

Entspricht dem Schmerz in diesen Fällen ein physiologischer, durch den Affektschock in irgend welchen Körpergebieten hervorgerufener Reizzustand, der die Schmerzempfindung auslöst, oder ist der Schmerz ein rein psychischer, also wieder ein halluzinierter oder vielleicht nur ein suggerierter? In letzterem Falle würde er wohl vermutlich eine ähnliche Entstehung haben wie in den Einzelfällen, in denen hysterioide Druckpunkte und kutane Hyperaesthesien nachgewiesen werden konnten?

Man könnte, um alle theoretischen Möglichkeiten zu erschöpfen, noch der Überlegung nachgehen, ob der Schmerz nicht am Ende neben den reproduktiven und suggestiven Bestandteilen noch durch physiologische Reizvorgänge bedingte enthält. Diese schwierig zu beantwortenden Fragen brauchen meinem Material gegenüber nicht gestellt zu werden. Ich glaube, dass meine Fälle keine Anhaltspunkte dafür bieten, die Schmerzen als Psychalgien irgend welcher Art zu bezeichnen. Fälle, die Anlass zum Verdacht auf Hysterie oder hysterischen Einschlag in der Psychose gaben, sind nicht in den Bereich meiner Abhandlung über die manisch-depressiven Schmerzen gezogen worden. Nur der Fall vier dürfte wegen seiner halbseitigen Hypalgesie als strittig erscheinen. Ich führe ihn an, weil er unter den übrigen Fällen am ehesten einer von der meinen verschiedenen Auffassung begegnen dürfte.

Die Patientin ist seit acht Jahren von uns beobachtet worden, ohne dass man an ihr irgendwelche Anzeichen hysterischer Instabilität wahrgenommen hätte. Neben der halbseitigen Hypalgesie fanden sich keine sonstigen als hysterisch zu deutenden Stigmata. Es sind bei ihr körperliche oder seelische Veränderungen im Anschluss an psychische Ursachen irgendwelcher Art nie aufgetreten, die Schmerzen begannen in den Nächten.

Selbstverständlicher Weise ist darauf geachtet worden, dass sich unter die manisch-depressiven Schmerzzustände nicht solche mischen, die als luetisch oder arteriosklerotisch gedeutet werden könnten.

Auch die Merkmale des echten neuralgischen Schmerzes sind nicht vorhanden. Die Schmerzen der Manisch-depressiven stimmen in ihrer

örtlichen Ausbreitung nicht mit der Ausbreitung eines sensiblen Nerven überein. Es fehlen in der Regel Druckpunkte. Die Schmerzen tragen einen bald mehr flüchtigen Charakter, bald behalten sie denselben Sitz längere Zeit bei. Sie treten mitunter gleichzeitig an den verschiedensten Körperstellen auf, mitunter beschränken sie sich auf die untere oder obere Extremität, auf den Kopf, oder sie haben ihren Sitz im Abdomen oder in der Herzgegend. Einzelne Kopfschmerz-anfälle zeigen einen hemikranischen Typus, dazwischen kommt es zu komplett halbseitigen Körperschmerzen, zu sogenannten Hemialgien. Dieser halbseitige Typus und Schmerzformen, die sich über ein einzelnes Organ, über eine einzelne Extremität ausdehnen, werden wohl am ehesten als hysterisch beurteilt werden.

Bruns sagt in seiner Arbeit: „Unter Pseudoneuralgien oder Topalgien verstehe ich im Anschluss an Ziehen Schmerzen, deren Ausbreitung zwar ebenfalls auf ein bestimmtes Körpergebiet beschränkt ist, aber nicht mit den anatomischen Abgrenzungen der peripheren Nervengebiete zusammenfällt, sondern von den naiven Vorstellungen der Körperteile bestimmt wird. Das charakteristischste Beispiel bieten die hysterischen Pseudoneuralgien.“ Dagegen ist zu erwidern, dass Arm und Bein als Schmerzobjekte nicht nur durch die naiven Vorstellungen der Körperteile bestimmt zu sein brauchen, sie entsprechen auch, wie ich den Ausführungen Pals folgend, behaupten kann, Gefäßbezirken, die ein gesondertes vasomotorisches Zentrum haben. In jedem Fall, wo eine sogenannte Topalgie vorliegt, wird man dadurch zugleich vor die Frage gestellt, ob Gefäßschmerzen in Betracht kommen könnten. Gefässerscheinungen, die Schmerzen hervorrufen können, treten nach Pal vor Allem auf dem Boden der Krankheiten auf, deren Wesen in Gefäßveränderungen besteht oder bei denen häufig Gefäßveränderungen vorkommen, und solcher Krankheiten, die als selbständige vasomotorische Neurosen gelten. Nun besteht das manisch-depressive Irresein seinem Wesen nach weder in der Veränderung irgendwelcher Gefäße, noch ist es eine vasomotorische Neurose, trotzdem scheint es dieselben Bedingungen zu enthalten, die in diesen Zuständen die erwähnten Gefässerscheinungen hervorrufen.

Es ist unmöglich, in wenigen Worten die bei aller gesetzmässigen Einfachheit dennoch komplizierten Verhältnisse zu veranschaulichen, die in den von Pal als Gefäßkrisen beschriebenen Vorgängen obwalten.

Indem ich auf die Werke Pals verweise, will ich in Kürze Folgendes wiedergeben.

Der paroxysmale Vorgang, der zu einer Gefäßkrise führt, beginnt mit einer peripheren Erregung oder mit der Erregung eines vaso-

motorischen Zentrums. Ein solches Zentrum kann in seinem ganzen Umfang oder nur in einzelnen Teilen in Aktion treten. Die im zugehörigen Gefässbezirk dadurch hervorgerufenen Gefässkrisen äussern sich in unmittelbaren lokalen Erscheinungen. (Anämie, Schmerz etc.) Die Krise kann weiterwirken als Reiz durch reflektorische Wirkung oder bei grosser Ausdehnung des Gefässkrampfs, durch den Einfluss auf den Gesamtblutdruck. Stärkere Erhöhungen der Gesamtspannung geben zu noch weiteren Folgen Veranlassung, die ihrerseits wieder in Gefässkrisen bestehen können. So gelangt Pal unter anderem auf Grund klinischer und experimenteller Untersuchungen zum Ergebnis, dass der urämische Anfall, verschiedene transitorische Herderscheinungen etc. auf einer durch die hohe Spannung bedingten Reaktion der zerebralen Gefässe beruhen.

Die Annahme, dass die Ursache der Gefässkrisen in der anatomischen Veränderung der Gefässwand gegeben sei, sei unzureichend. Bei den Arteriosklerotikern treten die Krisen nicht gerade in den erkrankten Gefässen auf, sondern nicht selten in Gefässen, die wenig oder garnicht verändert sind. Die Erfahrung lehre, dass Gefässe unter funktionellen Anstrengungen nach lokalisierten Gefässspasmen sklerosieren. In solchen Fällen sind die Gefässkrisen selbst Ursachen der anatomischen Gefässveränderungen. Die Bedingungen liegen also anderswo.

Die anatomische und klinische Kasuistik ist zu verwickelt, als dass man alle in Betracht kommenden Faktoren hier durchsprechen könnte, für den vorliegenden Zweck genügt es festzustellen, dass Gefässkrisen durch unmittelbare Erregungen in den vasomotorischen Innervationszentren ausgelöst werden und dass sie unabhängig von anatomischen Prozessen als selbständige Affektionen vorkommen können.

Verschiedenartigen, allgemein als vasomotorisch bezeichneten Störungen begegnet man beim manisch-depressiven Irresein verhältnismässig häufig. Ich habe in zweifellos hierher gehörigen Fällen auch einige solcher Erscheinungen eine Rolle spielen sehen, die Rosenfeld¹⁾ in der Symptomatologie seiner „Psychische Störungen bei der vasomotorischen Neurose“ genannten Arbeit aufzählt.

Derartige, wenn auch seltener auftretende, sichtbare Anzeichen für Reizungsvorgänge in den vasomotorischen Zentren, sprechen für die Möglichkeit auch solcher Bedingungen, die schmerzauslösende, vaskuläre Vorgänge hervorrufen.

¹⁾ Rosenfeld: Psychische Störungen bei der vasomotorischen Neurose. Centralblatt für Psychiatrie und Neurologie 1908.

Kraepelin sagt in der siebenten Auflage seines Lehrbuchs: „Einigermassen getrübt wird die Prognose des manisch-depressiven Irreseins durch seine Beziehungen zur Arteriosklerose . . . Auf der anderen Seite liegen sahlreiche Erfahrungen vor, welche für das frühzeitige Auftreten arteriosklerotischer Veränderungen bei unsren Kranken sprechen. Wie man sich diesen Zusammenhang zu denken hat, bleibt vorläufig unklar. Es wäre möglich, dass die starken und häufigen Schwankungen des Blutdrucks und der Gefässinnervation, die in der Krankheit eintreten, eine Schädigung für die Gefässe bedeuten.“

Albrecht (in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Band 63) findet in einem Drittel von 54 Fällen manisch-depressiven Irreseins Arteriosklerose, während die entsprechenden Gefässveränderungen in 182 Fällen anderer, nicht luetischer und nicht alkoholischer Psychosen, nur 10% betragen. Dabei stand ein Drittel dieser Kranken jenseits des 50. Lebensjahres. Albrecht hat als Grenzwerte für die grössten Unterschiede der Blutdruckschwankungen die Zahlen von 70 für die manische Phase und von 160 für die melancholische festgestellt und betrachtet gerade die auf affektiver Grundlage beruhenden Spannungsdifferenzen in der Mehrzahl der Fälle als Ursache der Arteriosklerose.

Die Annahme, dass die Schmerzanfälle der Manisch-Depressiven auf vaskulären Vorgängen beruhen, die mit den Gefässkrisen Pals verwandte oder vielmehr identische Prozesse sind, wird kaum unwiderlegbaren Einwänden begegnen können. Sie unterscheiden sich von den Gefässkrisen lediglich durch den geringeren Grad der Schmerzhaftigkeit. Die relative Erträglichkeit der manisch-depressiven Schmerzen lässt sich mit den hier herrschenden Blutdruckverhältnissen in Einklang bringen.

Bei dem manisch-depressiven Irresein begegnen wir nicht so extremen Spannungsgraden wie bei der Arteriosklerose oder der Bleivergiftung. Andererseits ist nach Pal zu berücksichtigen, dass manche Individuen bei sehr geringen Spannungserhöhungen in empfindlicher Weise reagieren, obgleich die Grundspannung niedrig ist. Wir sehen schmerzhaftige Phasen bei der Bleivergiftung schon bei einer Spannung von 110—120 mm auftreten.

Vorhin wurde schon erwähnt, dass Pal verschiedene zerebrale Störungen, z. B. den urämischen und den eklamptischen Anfall mit der hohen Gefässspannung in Zusammenhang bringt. Diese Anfälle sind also nicht unmittelbare Folgen einer Giftwirkung, sondern sie werden durch die hohe Spannung in den Hirngefässen oder deren Zentren ausgelöst. Pal sagt: „Eines der wichtigsten Argumente ist

uns darin gegeben, dass die Herabsetzung der hohen Spannung in der Regel genügt, um die Ausfallserscheinungen zu beheben.“

In Übereinstimmung damit möchte ich annehmen, dass die im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins auftretenden konvulsiven Krämpfe, Anfälle von Bewusstlosigkeit, auch die von mir angeführten transitorisch aphasischen Ausfallserscheinungen mit den manisch-depressiven Schmerzanfällen einen in engster gesetzmässiger Zusammengehörigkeit verbundenen Tatsachenkomplex bilden. Dieser Zusammenhang entspricht meines Erachtens genau dem von Pal nachgewiesenen Zusammenhang zwischen den lokalen Gefässkrisen und bestimmten zerebralen Ausfallssymptomen. Hoffentlich wird sich der wirklich exakte Nachweis dieses Zusammenhangs durch tonometrische Bestimmungen bringen lassen.

In meiner obenerwähnten Arbeit kann der etwas ausführlicher geschilderte Fall B. als ein Beispiel dafür aufgestellt werden, zu welchen stürmischen Erscheinungen es gelegentlich bei einem Patienten kommen kann, bei dem die vaskulären Reizvorgänge sich bis dahin nur auf die Auslösung von Schmerzanfällen beschränkten. Es ist zu erwarten, dass derartige stürmischeren Symptome auch mit höheren Blutdruckwerten verbunden sind.

Ich bringe hier noch in gedrängter Wiedergabe eine Krankengeschichte, aus der wir den Übergang einer Schmerzphase in einen Anfall mit Bewusstseinsverlust sich vollziehen sehen.

E. S. Erste Aufnahme 18. December 1886. Patientin ist 16 Jahr alt. Neckisches, lebhaftes, erotisches Wesen. Ist gesprächig, ideenflüchtig, zeitweise zerstörungssüchtig, verwirrt. Dazwischen niedergeschlagen, einsilbig, fürchtet wieder krank zu werden. Nach einer abermaligen Phase der Tobsucht genesen entlassen. Nach einem Intervall von drei Jahren zweite Aufnahme. Wieder lebhaft, unbeständig, von anschiegendem Wesen, überschwängliche und schwärmerische Gefühlsergüsse in den Briefen, zeitweise starke Erregung. Abermalige Entlassung nach vier Monaten. Dritte Aufnahme nach elf weiteren Jahren. Patientin hat unterdessen geheiratet. Krankheitsverlauf: Patientin ist in den ersten sieben Monaten vollkommen mutazistisch. Ab und zu impulsives, blindwütiges Davondrängen, liegt im Übrigen bewegungslos da. Allmählich erfolgen einige blitzschnelle, ihr gewissermassen wider Willen entfahrende Aussprüche: „Gehen Sie weg, — Sie sind der Teufel!“ Sucht eine gewisse innere Heiterkeit vor der Umgebung zu verbergen. Darauf eine Phase uneinheitlicher Stimmungslage. Patient ist gleichzeitig elegisch, ausgelassen, heiter, gereizt. Produziert aus dem Lachen ins Weinen geratend nihilistische Ideen:

die Sonne sei weg, alles sei Betrug, alles verdreht. Darauf einheitlich hypomanische Verfassung, Krankheitseinsicht, gesellschaftliche Haltung. Es treten zugleich stark schmerzhaft Sensationen im linken Arm mit linksseitigem, hemikranischem Kopfschmerz auf. Diese Anfälle dauern einige Tage, verschwinden und stellen sich im Verlauf der nächsten Monate immer wieder ein. Im vierten Monat der hypomanischen Phase nach kurzdauerndem, stärker erregtem Stadium Stuporzustand. Am dritten Tage des Stupors dreht sich Patient plötzlich zweimal schnell um die eigene Achse und stürzt zuckend zu Boden. Das Gesicht zyanotisch. Nach ungefähr 10 Minuten kehrte das Bewusstsein wieder. Am nächsten Morgen ein zweiter ähnlicher Anfall. An der Spitze und der Seite der Zunge je eine Bisswunde. Nach den Anfällen schwere tobsüchtige Verwirrtheit, die sieben Monate dauert. Darauf nach fünf weiteren Monaten genesen entlassen.

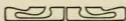
Auf meine frühere Arbeit in dieser Frage zurückgreifend und das Bisherige zusammenfassend, gelange ich zu folgenden Schlüssen:

1. Schmerzanfälle, die mehr oder weniger ausgesprochen sind, treten bei den meisten an manisch-depressivem Irresein leidenden Patienten auf.

2. Die Merkmale der Schmerzen (der Sitz, das Wechseln, Füreinanderauftreten etc.) und der Einfluss gefässerweiternder Mittel kennzeichnen sie als Gefässschmerzen.

3. Es ist auf Grundlage der Untersuchungen Pals anzunehmen, dass die Schmerzen gelegentliche transitorische Aphasiesymptome, epileptiforme Anfälle und die sekundäre Arteriosklerose der Manisch-depressiven Glieder einer kausalverbundenen Kette von Erscheinungen sind.

Auf einen Punkt muss ich noch zurückkommen. Es wurde darauf hingewiesen, dass neben der örtlichen, scheinbar aus naiven Vorstellungen der Körperteile entspringenden Bestimmtheit der Schmerzen, auch das gelegentlich halbseitige Auftreten dazu verleiten könnte, die Schmerzen als hysterische zu betrachten. Halbseitigkeit an sich ist kein stichhaltiges hysterisches Stigma. Wir finden ähnliche Verhältnisse bei den sogenannten vasomotorisch-trophischen Neurosen¹⁾, bei den Akroparaesthesien, bei der Raynaudschen Krankheit und der Erythromelalgie.



1) Dr. Richard Cassirer: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin 1901.

Ein Beitrag zur Frage
der Combination von Psychosen
und Morbus Basedowii, von
Dr. Julius Schroeder





LITTERATURBERICHTE über Basedowpsychosen¹⁾ sui generis waren in früheren Jahren nichts Seltenes. In der letzten Zeit ist die Behauptung, dass es selbständige Basedowpsychosen giebt, in der Litteratur kaum vertreten worden. Die Mehrzahl der Autoren berichtet über melancholische, manische und akute halluzinatorische Zustände, die am häufigsten in Verbindung mit dem Morbus Basedowii auftreten.

Obgleich ein einwandfreier Nachweis für eine spezifische Basedowpsychose meines Wissens nach nicht erbracht worden ist, würde ich dennoch einer strikten Verneinung dieser Frage nicht ohne Weiteres beipflichten. Der Geisteszustand der Basedowiker unterscheidet sich von dem anderer Neurosen in so eigenartiger Weise, dass wir ausgesprochene spezifische Geistesstörungen a priori wohl erwarten könnten. Auch die durch Verfütterung von Hammelschilddrüse hervorgerufenen psychischen Störungen lassen eine solche Möglichkeit nicht allzufernliegend erscheinen.

Immerhin scheinen die klinischen Tatsachen dafür zu sprechen, dass die gedachten Zustände so gut wie gar keine praktische Bedeutung haben, und der Psychiater, der verhältnismässig häufig Psychosen mit Basedowsymptomen sieht, findet hier keine Veranlassung, seine diagnostischen Begriffe um einen neuen zu erweitern.

Trotzdem erleben wir es in unsrer Anstalt auch heutzutage recht häufig, dass uns besonders von neurologischer Seite psychische Erkrankungsfälle mit der Diagnose „Psychosis basedowika“ übergeben werden, wobei weitere Entwicklung und Ausgang der Psychose als von den prognostischen Aussichten des Morbus Basedowii abhängig hingestellt werden.

Mitunter begegnet man besonders extremen Anschauungen. Der veränderten Schilddrüsentätigkeit wird die wesentliche Hauptrolle in der Aetiologie ganzer Gruppen von Geisteskrankheiten zuerteilt (cf. Parhou, *Revue neurol.* 1906). So soll das manisch-depressive Irresein und die Rückbildungsmelancholie bei den Frauen häufiger

¹⁾ Nach einem Vortrag in der estländischen Aerztesgesellschaft im November 1907.

auftreten, weil die Schilddrüse durch Involutionvorgänge in den Eierstöcken ungünstig beeinflusst werde. Demnach müsste man die manisch - depressiven Psychosen und die Melancholie des Rückbildungsalters als Folgezustände einer krankhaft veränderten Schilddrüsentätigkeit auffassen.

Ohne damit die ganze Frage über die Entstehung des Basedow aufrollen zu wollen, möchte ich Folgendes dagegen bemerken. Gegenüber der Moebius'schen Theorie, nach der der Basedow toxischen Ursprungs ist, lässt sich die Tatsache nicht wegleugnen, dass wir ihn sehr häufig auf neuropathischer Grundlage entstehen sehen. Bei einer sonst gesunden Konstitution tritt er, wie es scheint, jedenfalls in einer geringeren Anzahl von Fällen auf.

Bekanntlich neigt die neuropathische Disposition dazu, gleichzeitig in verschiedenartigen, von einander mehr oder weniger unabhängigen Prozessen manifest zu werden. Treten einige solcher Prozesse, wie z. B. die manisch - depressiven Psychosen und der Basedow in besonderer Häufigkeit zugleich mit einander auf, wird man fürs Erste bei der Annahme stehen bleiben müssen, dass die Erscheinungen einander koordiniert und nicht subordiniert sind. Auch das Zusammentreffen mit verschiedenartigen andern Psychosen spricht für einen verwandtschaftlichen Zusammenhang zwischen diesen und dem Basedow auf demselben Boden der neuropathischen Disposition. Wenn dabei die Kombination von manisch-depressivem Irresein und dem Basedow sich häufiger zu wiederholen scheint als andere, so dürfte das fürs Erste dadurch zu erklären sein, dass die krankhafte Anlage beim manisch-depressiven Irresein eine besonders wesentliche Rolle spielt.

Wenn somit die neuropathische Konstitution für eine grosse Anzahl von Basedowfällen als primäre Vorbedingung gilt, wird dadurch eine Theorie wie die Moebius'sche nicht weiter angetastet.

Unbeschadet der Geltung der bisherigen Erwägungen werden wir bei der Annahme bleiben können, dass der charakteristische Basedowprozess erst durch die Vermittelung der krankhaften Schilddrüsentätigkeit zustande kommt. Eben so wenig soll neben diesem primär neurogenen Basedow die Möglichkeit anderer primären Entstehungsursachen bestritten werden. Das Bestreben immer, wo ein Komplex von psychischen und körperlichen Erscheinungen vorliegt, das Psychische aus dem Somatischen abzuleiten, ist vielleicht auf eine allgemein verbreitete Denkgewohnheit zurückzuführen. Man glaubt sich ohne Weiteres berechtigt, das Psychische vom körperlichen abhängig zu denken, obgleich oft ebenso viel oder ebenso wenig

Gründe für das umgekehrte Verhältnis sprechen. Besonders auffallend müsste es eigentlich erscheinen, wenn dieses Verfahren bei der Beurteilung der Beziehungen zwischen Basedow und Psychosen angewandt wird.

In allen neurologischen Handbüchern werden unter den Ursachen, die den Basedow auslösen, Gemütsbewegungen an erster Stelle angeführt. Bei den Psychosen pflegen aber gerade die Gemütserschütterungen, die in der Aetiologie des Basedow eine so grosse Rolle spielen, ungleich dauernder und tiefgreifender zu sein als im normalen Leben. In allen Fällen, wo es sich nicht ausschliessen lässt, dass der Basedow erst nach der Psychose aufgetreten ist, wird daher die Möglichkeit von Schädigungen der erwähnten Art nicht unbeachtet bleiben dürfen.

Die Geisteskrankheit enthält aber nicht nur die Bedingungen für ein gehäuftes Auftreten auslösender Faktoren, sie ist auch ihrerseits häufig das Produkt derselben neuropathischen Anlage, deren Bedeutung für das Entstehen des Basedow besprochen wurde.

Ich denke die angeführten Gründe genügen, um eine Hypothese übereilt erscheinen zu lassen, die ein häufigeres Nebeneinanderauftreten von Basedowsymptomen und Psychosen auf dasselbe Moment der Giftwirkung zurückzuführen sucht. Mit nicht minderem Recht könnte das Gegentheil behauptet werden, indem man annimmt, dass die Schilddrüse durch die psychische Störung und die mit ihr verknüpften Affektvorgänge in eine abnorme Tätigkeit versetzt wird und dadurch die Basedowsymptome entstehen.

Eine transitorische Schilddrüsenvergrösserung, die ich vor kurzem im Verlauf einer zirkulären Depression beobachtet habe, scheint mir mit nahezu experimenteller Beweiskraft dafür zu sprechen:

Die körperlich vollkommen gesunde Patientin befand sich schon seit längerer Zeit in einem Zustande depressiver Hemmung. Eines Tages trat eine schwere Erregungsattacke von äusserst ängstlicher Färbung auf. Sie biss in ihrer Verzweiflung die Zähne so stark aufeinander, dass ihr dabei sechs Zähne ausfielen. Noch am Abend desselben Tages trat an ihrem sehr mageren Halse eine deutliche Hervorwölbung zum Vorschein, die der Schilddrüsengegend entsprach. Gleichzeitig war der Puls auf 160—180 gestiegen. Nach drei Tagen waren alle Symptome geschwunden und der Puls war wieder normal. Dieser Zustand hatte eine grosse Ähnlichkeit mit dem sogenannten rudimentären Basedow und es ist nicht ganz leicht, an seiner psychischen Bedingtheit zu zweifeln.

Einstweilen wird man jedoch die Frage, ob ein Morbus Basedowii auf die hier angedeuteten Veranlassungen hin zustande kommen kann, offen lassen müssen. Das kann nur durch eine grössere Reihe einwandfreier Beobachtungen entschieden werden. Meine Abhandlung verfolgt nur den Zweck, die Art und Weise zu veranschaulichen, in der sich Basedow und Psychosen in neunzehn von mir beobachteten Fällen gegenseitig beeinflusst haben.

Es ist eine sehr geringe Anzahl von Fällen, auf die sich meine Beobachtungen beziehen. Dazu kommt noch, dass nur in dreizehn Fällen ein vollentwickelter Morbus Basedowii vorlag und nur in diesen neben der Tachycardie die übrigen Kardinalsymptome deutlich ausgeprägt waren oder mindestens der charakteristische Gesamteindruck des Basedow vorhanden war. Die übrigen sechs Fälle können nur als sogenannte rudimentäre Basedowformen in Betracht kommen, und ich dürfte bei vielen auf Widerstand stossen, wenn ich sie als solche bezeichne.

Mir als Psychiater kommt es aber nicht darauf an, ihre Zugehörigkeit zum Basedow nachweisen zu wollen. Wenn ich sie dennoch hier anführe, so folge ich nur den Neurologen, die den Begriff des Basedow zu erweitern streben und jede palpable Vergrösserung der Schilddrüse mit verstärkter Herzaktion und subjektiven Beschwerden als Morbus Basedowii auffassen.

Einen meiner neunzehn Fälle muss ich hier ausscheiden, weil wegen der Dürftigkeit der Anamnese über zeitliche Aufeinanderfolge von Basedow und Psychose nichts zu entnehmen war. Es handelte sich um eine Kombination von Manie mit äusserst schwerem Basedow. Ich führe nur an, dass die Kranke von der Psychose genes, da sie aber sehr bald darauf die Anstalt verliess, ist die Beobachtung unvollständig geblieben.

Es lässt sich nur in zwei Fällen meines Materials sagen, dass der Basedow schon vor der Geisteskrankheit begonnen hatte. Leider starb die eine dieser Kranken wenige Tage nach der Aufnahme, ohne dass der in der Anstalt beobachtete Geisteszustand, eine schwere Verwirrtheit, sich als solcher beurteilen liess. Von den beiden Ärzten, die die Kranke bisher beobachtet hatten, bezeichnete der eine den Fall als postklimacterielle Basedowpsychose, der andere als Hysterie. Die Anamnese sprach mit einiger Wahrscheinlichkeit für eine zirkuläre Depression. Einige Wochen vor der Verwirrtheit bestanden: subjektive intellektuelle Insuffizienz, Einsilbigkeit, gedrücktes Wesen, Unwürdigkeitsideen. Die Patientin litt schon seit zwanzig

Jahren am Basedow. Anhaltspunkte für früher aufgetretene manisch-depressive Anfälle fehlten trotz der Vollständigkeit der Anamnese.

Bei der zweiten Kranken trat die Psychose, eine paranoide Dementia präcox, zwölf bis dreizehn Jahre nach dem Erscheinen des Basedow auf. Der Verlauf der Psychose bot nichts Bemerkenswertes. Dagegen muss hier hervorgehoben werden, dass der Basedow mit der fortschreitenden Demenz stationär wurde, dass schliesslich sogar der Puls normal wurde, während Struma und Exophthalmus fortbestanden. Den hier scheinbar günstigen Einfluss der geistigen Verödung auf den Basedow wird man sich wohl kaum erklären können.

Ich gehe jetzt zur Besprechung der übrigen sechszehn Fälle über, bei denen der Basedow im Gegensatz zu den vorigen nach dem Beginn der Psychose auftrat. Von diesen sechszehn Fällen waren zehn manisch-depressive, fünf gehörten der Dementia präcox an, eine Kranke war der Hysterie zuzurechnen. Bei der Hysterischen liessen sich deutliche Beziehungen zwischen den psychischen und Basedow-symptomen nicht feststellen. Es bleiben somit für die weitere Betrachtung nur die beiden ersten Gruppen übrig.

Ganz widerspruchsvoll verhalten sich die fünf Fälle innerhalb der Dementia-präcox Gruppe. Die erste Patientin ist stark belastet. Die Mutter, die auch an Dementia präcox leidet, hält sich in Rothenberg auf. Der Vater war eine abnorme Persönlichkeit, ausserdem Alkoholiker. Die Patientin fiel in der Schule dadurch auf, dass sie in ihren Leistungen plötzlich versagte, träge und zerfahren wurde. Sie erschien auf Wunsch ihrer Verwandten von Zeit zu Zeit bei mir, um sich beobachten zu lassen. Ihr gleichgültiges, stumpfes Verhalten, die Oberflächlichkeit des Denkens, die Unfähigkeit irgend welchen Lernstoff aufzunehmen, liessen eine andere Auffassung nicht leicht möglich erscheinen, als dass es sich um eine schleichende Verblödungsform handelte. Ungefähr acht Monate nach dem Beginn der psychischen Veränderung fiel mir an der Patientin eine starke Zunahme der Pulsfrequenz auf. Beim Suchen nach anderen Basedowsymptomen liess sich nichts feststellen. Darauf blieb die Patientin einige Wochen weg. Sie trat dann wieder auf mit einem stark entwickelten Exophthalmus, Struma und Tachycardie. Von einer begleitenden psychischen Verschlimmerung war nichts zu bemerken, sie war eher belebter und aufgeweckter als zuvor.

Bei der zweiten Kranken war der Verblödungsprozess schon in einigen Schüben seit dem Jahre 1888 aufgetreten, dann aber zum Stillstand gelangt. Jetzt wird sie wieder seit dem Jahre 1898 in Rothenberg verpflegt. Ungefähr vor zwei Jahren, als die geistige

Verödung allmählich einen bedeutenden Grad erreicht hatte, traten die ersten Anzeichen der Neurose auf. Augenblicklich hat sie sämtliche Merkmale des Basedow in ausgeprägtester Form an sich. Charakter und Tempo des psychischen Krankheitsverlaufs sind dabei in keiner Weise beeinflusst worden.

Beim dritten und vierten Fall handelt es sich um Erregungsformen der Dementia präcox. Die Erregung hatte bei der einen Kranken einen mehr kontinuierlichen und chronischen Charakter. Im Verlauf der Psychose trat eine mässige Vergrösserung der Schilddrüse mit Pulsbeschleunigung auf, ohne dass sich jedoch aus diesen Symptomen ein Basedow im engeren Sinn entwickelt hätte. Bei der andern Patientin bewegte sich die Erregung anfangs in abgegrenzten Perioden. Während der ersten Schübe der Krankheit bildeten sich mit zunehmender Erregung eine Struma mit Tachycardie und starkem Tremor aus. Mit dem Abklingen der Erregung schwanden diese Symptome fast gänzlich. Seit zwei Jahren hat die Erregung einen chronischen Charakter angenommen, die Neurose wird aber nur noch durch eine diffuse Vergrösserung der Schilddrüse angedeutet.

Der fünfte Fall begann mit einer Erregung, Verfolgungs- und Vergiftungsideen. Der anfänglich schwierig zu bestimmende Fall liess bald seine zweifellose Zugehörigkeit zur Katatoniegruppe erkennen. Es traten sprachliche und motorische Stereotypien auf, physikalische Beeinflussungsideen, Aeusserungen wie: „meine Worte werden adoptiert, ich bin die Kaiserin der drei Japanen.“ Sie wurde schliesslich in ihrem äusseren Gebahren immer verzwickter und verschrobener. Nach einjähriger Krankheitsdauer entwickelt sich unter grossem Gewichtsverlust, während Patientin gleichzeitig ruhiger und zugänglicher wird, eine deutliche Struma mit Tachycardie und sehr starkem Tremor. Nach einem weiteren Monat weisen letztere Erscheinungen keine besondere Veränderung auf, unter Zunahme der Erregungssymptome steigt das Gewicht jedoch wieder an.

Die Fälle innerhalb der Dementia präcox-Gruppe weichen so sehr unter einander ab, dass sie sich unter keinem einheitlichen Gesichtspunkt betrachten lassen. Die Basedowsymptome treten in den verschiedensten Entwicklungsphasen der psychischen Erkrankung auf. Die Zu- oder Abnahme der Erscheinungen auf Seiten der Neurose wird nicht von entsprechenden Veränderungen auf Seiten der Psychose begleitet. Keiner der Fälle enthält die geringste Andeutung dafür, dass die Neurose in irgend einer Weise von der Psychose abhängig ist.

In einem auffallenden Gegensatz zum eben Erwähnten verhalten sich die manisch-depressiven Psychosen, in deren Verlauf Basedow-

symptome auftreten. Sieben Fälle dieser Gruppe können als Morbus Basedowii im engeren Sinne bezeichnet werden, die übrigen kommen nur als *formes frustes* in Betracht.

Einige Fälle des manisch-depressiven Irreseins sind uns mit der Diagnose einer Basedowpsychose *sui generis* übergeben worden. Die Kranken hatten jedoch schon früher Anfälle desselben Charakters in Rothenberg durchgemacht, nur mit dem Unterschiede, dass die Basedowsymptome damals fehlten. Auch die übrigen Basedowneurosen mit schweren Symptomen haben sich erst, nachdem die Kranken schon an wiederholten Anfällen manisch-depressiven Irreseins gelitten hatten, entwickelt. Bei einer dieser Kranken ist jetzt der Basedow manifest geworden, nachdem sie im Oktober 1906 die Anstalt zum sechsten Mal aufgesucht hatte.

Die rudimentären Basedowformen betreffen erstmalig aufgenommene Kranke oder höchstens solche, bei denen nur leichtere depressive Anfälle ausserhalb der Anstalt sich ausgebildet haben konnten. Ob unter Umständen solche leichte Formen bei wiederholtem Auftreten der Psychose in schwerere Basedowzustände übergehen, habe ich selbst nicht beobachten können. Zwei Kranke, die jetzt an ausgesprochenem Basedow leiden, wollen im Verlaufe früherer depressiver Phasen vorübergehend eine Zunahme ihres Halsumfangs und subjektive Herzbeschwerden bemerkt haben.

Besonders auffällig ist bei allen manisch-depressiven Psychosen die ausnahmslose Übereinstimmung darin, dass der Basedow sich nur im Verlauf des psychischen Anfalls vollkommen entwickelt. In den psychisch gesunden Zeiten schwinden die Anzeichen der Neurose in beträchtlichem Masse. In allen von mir beobachteten Fällen fehlte die Tachycardie in den freien Intervallen vollständig. Aber auch Struma und Exophthalmus lassen regelmässig eine weitgehende Rückbildung erkennen. So auch in einem Falle, der uns von einem Neurologen mit einer *quoad vitam* aussichtslosen Prognose zugestellt wurde. Ich habe dieselbe Kranke, nachdem sie vor drei Jahren genesen entlassen war, von Zeit zu Zeit wieder aufgesucht. Ein leichter Exophthalmus und eine geringe Struma sind bis in die letzte Zeit stationär geblieben. Nur vor anderthalb Jahren während einer leichten abortiven Depression flackerte die Neurose vorübergehend wieder auf. Die Basedowsymptome im weiteren Sinn traten erst in vorgerückteren Stadien des psychischen Anfalls auf. Sie verschwanden restlos beim Übergang der Psychose in Genesung.

Es ist nicht gestattet einem so bescheidenen Material wie hier weitgehende Schlüsse zu entnehmen. Immerhin ist es bemerkenswert,

dass wir in Rothenberg für tausend weibliche Aufnahmen nur zwei Fälle anführen können, bei denen vor dem Ausbruch der Psychose ein Morbus Basedowii bestand. Dabei behaupten die Neurologen, dass diese Neurose in Riga ausserordentlich häufig angetroffen wird. Man kann danach kaum annehmen, dass die Basedowiker in einem beträchtlichen Masse zu psychischen Erkrankungen neigen. In den zwei Fällen tritt die Psychose sogar sehr spät auf, bei der einen Kranken dreizehn Jahre, bei der zweiten zwanzig Jahre nach dem Ausbruch der Neurose, die bei beiden als eine sehr ausgesprochene zu bezeichnen ist.

Dagegen finden wir in einem viel grösseren Prozentsatz im Verlauf von Psychosen mehr oder weniger angedeutete Formen des Basedow. Die hier angeführten sechszehn Fälle fanden sich bei einem Material von etwa drei hundert weiblichen Aufnahmen. Ziffermässig ausgedrückt verhält sich die Häufigkeit, in der wir nach Basedowkrankheiten Psychosen gesehen haben, zur Häufigkeit von Psychosen mit komplizierenden Basedowsymptomen wie 1:25. Oder wenn wir nur die ausgesprochenen Basedowfälle in Betracht ziehen, annähernd wie 1:18.

Das über Psychosen mit nachfolgendem Basedow Gesagte lässt sich kurz dahin resümieren:

- 1) Innerhalb der Dementia praecox Gruppe fehlt jegliche Übereinstimmung zwischen dem Verlauf der Psychose und der Neurose.
- 2) Innerhalb der manisch-depressiven Gruppe herrscht ein deutlicher Parallelismus.

Der zweite Punkt hat eine gewisse Bedeutung, insofern als es hinsichtlich der Prognose, vielleicht auch hinsichtlich der Behandlung nicht unwichtig sein dürfte, beim Basedow auf Anzeichen manisch-depressiven Irreseins zu achten, die, wenn sie nicht besonders deutlich ausgesprochen sind, mitunter doch übersehen werden.



Abbildung 1.



Im Jahre 1889 erbauter Männerpavillon.

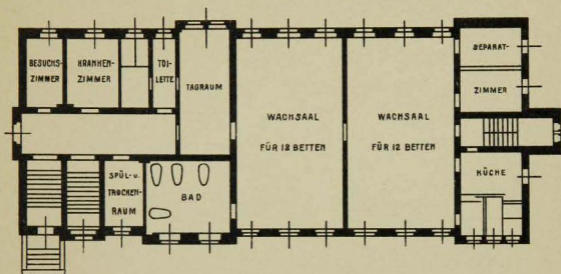
Abbildung II.



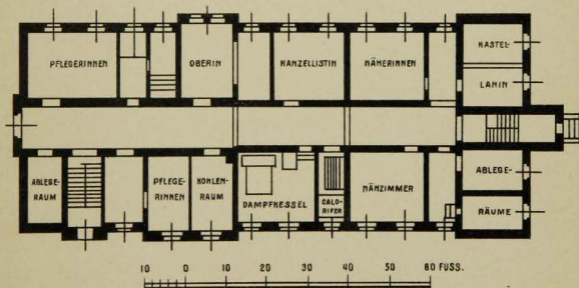
Im Jahre 1906 erbaute Frauen-Wachabtheilung.

Neuestes Frauenhaus

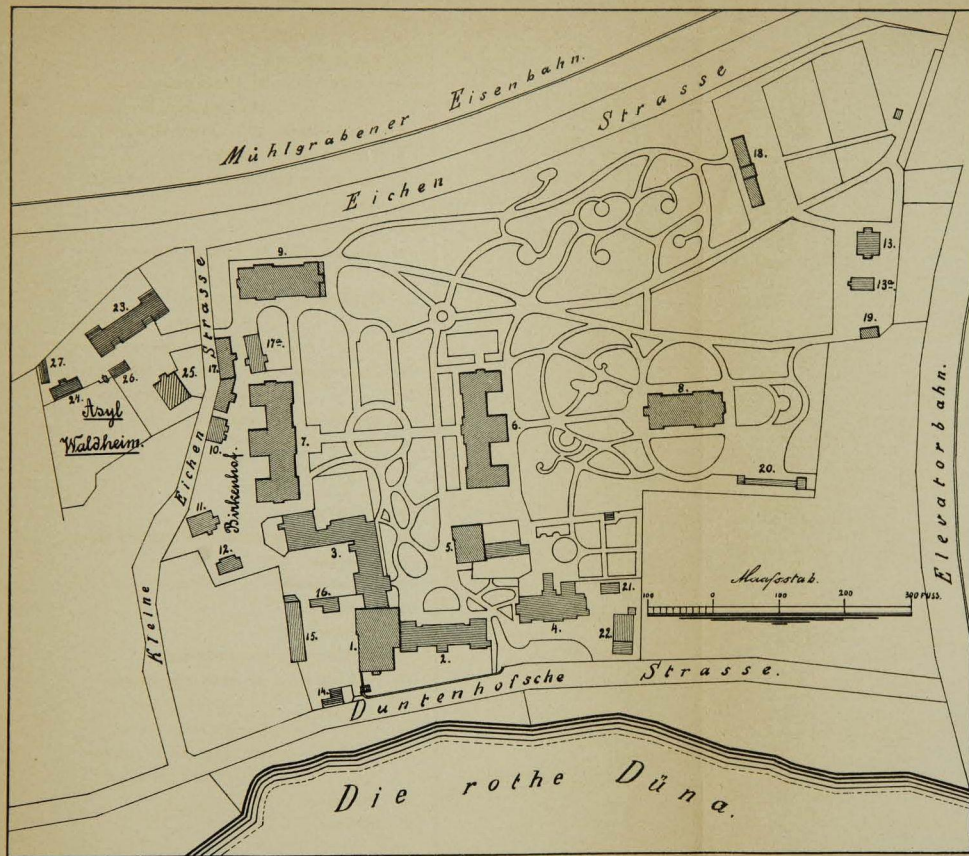
Stockwerk



Souterrain



Situationsplan der Anstalt Rothenberg.



1. Verwaltungsgebäude
2. Ruhige Männer
3. Ruhige Frauen, im Anbau parterre
Wachabteilung für Ruhige
4. Ruhige Männer, part. Direktorwohnung
5. Parterre halbruhige Männer
im 1. Stock Wachabteilung für Ruhige
6. Männerpavillon
7. Frauenpavillon
8. Wachabteilung für unruhige Männer
9. " " " Frauen
10. Birnenhof für sieche Frauen
11. " " " Männer
12. " Bad und Wohnung des Gärtners
13. Zwischenstation für halbruhige Männer u.
für arbeitende Chroniker
- 13a
14. Kapelle mit Sektionsraum
15. Vieh- und Pferdestall
16. Wagenremise
17. Waschhaus
- 17a Wohnung der Wäscherin mit Trockenboden
18. Treibhaus
19. Schweinestall
20. Kegelbahn
21. Eiskeller
22. Pförtnerwohnung und Pferdestall
23. Asyl Waldheim für arbeitende Männer
und Frauen
24. " " für halbruhige Frauen
25. " " Wohnung des Inspektors
und der Oberin
26. Werkstube
27. Scheune.