



Über das

Verhältnis des Körpergewichtes

zu einer Anzahl von Psychosen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

bei der hohen medicinischen Facultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

eingereicht im Juli 1890

von

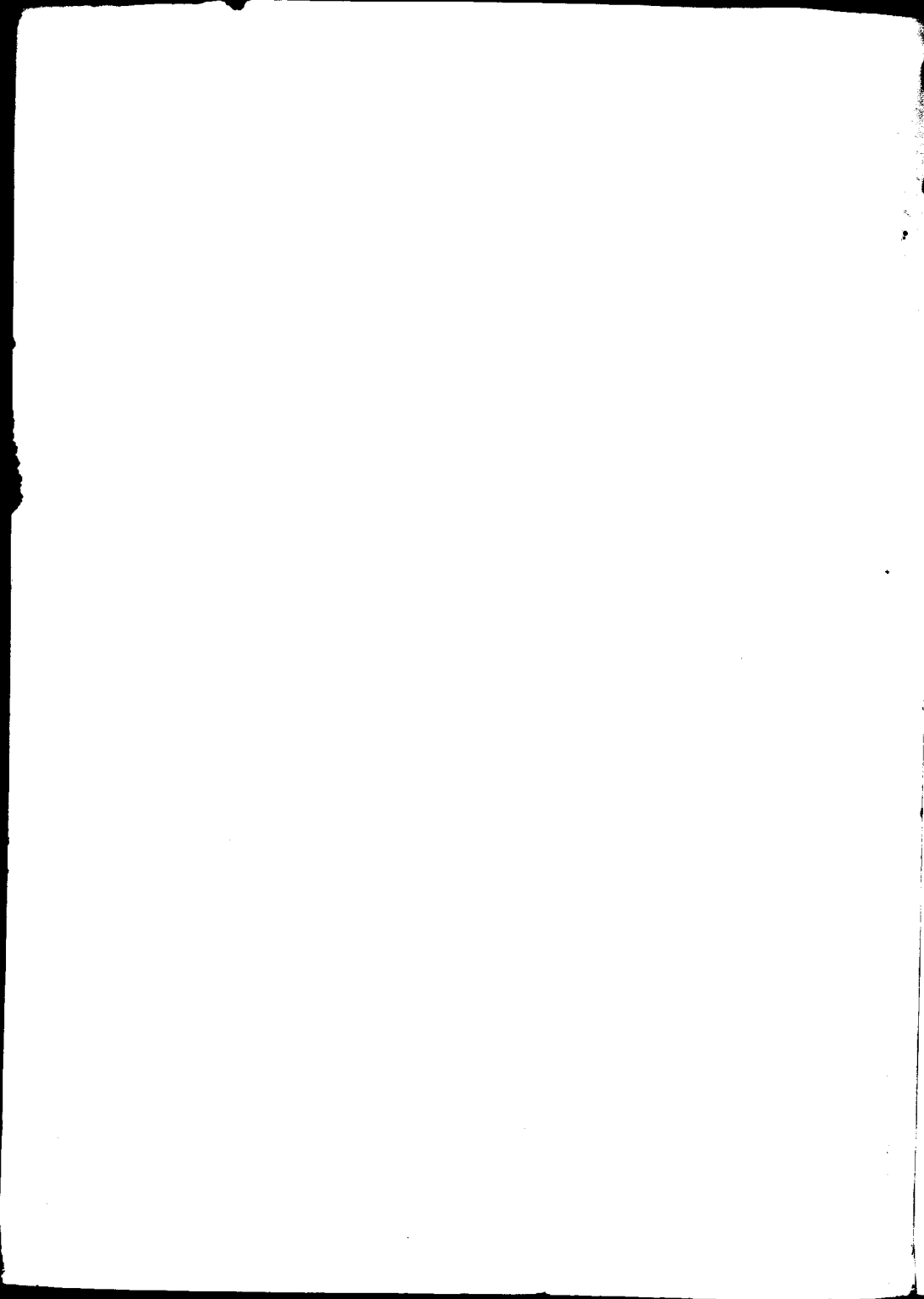
Leopold Stern

aus Düsseldorf.



Bonn, 1890.

Druck von Peter Neusser.



Seiner lieben Tante und Pflegemutter.



Das helle Licht, welches das Verhältniß des Körpergewichtes bei Geisteskrankheiten zu dem Verlauf dieser Erkrankungen auf die Beziehungen zwischen Körper und Geist wirft, rechtfertigt die mannigfachen Untersuchungen, die seit mehr als 30 Jahren immer wieder angestellt werden, um das obige Verhältniß genau klar zu stellen.

Ein einfacher Vorgang scheint sich hier durchaus nicht abzuspielen; denn wenn sich auch im Grossen und Ganzen eine gewisse Ähnlichkeit der Körpergewichtsschwankungen bei einzelnen Formen psychischer Krankheiten zeigt, so haben wir doch häufig die mannigfaltigsten Bilder der Gewichtscurven in Fällen gleicher Psychose.

Es kommt darauf an, alle gewissermassen nebenher wirkenden Momente auszuscheiden, um das Grundgesetz, nach dem sich die Beziehungen zwischen Geisteskrankheiten und Körpergewichtsschwankungen regeln, kennen zu lernen.

Dahin gehört alles das, was zu gleicher Zeit schädigend auf Körper und Geist einwirkt. Dass Jemand, der mit Sorgen aller Art überhäuft, unter schlechten hygienischen Verhältnissen sich überarbeitet, körperlich abmagert und geistig erkrankt, nimmt Niemand Wunder.

Dahin gehören ferner die den Körper bei gleichzeitiger Psychose schädigenden Umstände. Hier kommt zunächst die Menge der Nahrung in Betracht. Ein Melancholiker, der Tage lang nicht isst und nicht genügend künstlich ernährt wird, magert selbstverständlich ab. Fieber bei einer Geisteskrankheit bringt das Körpergewicht rasch zum Sinken. Der Einfluss der Constitution und des Alters ist auch leicht ersichtlich.

Ferner sei auf den Wert der körperlichen Motion hingewiesen. Leute, die in steter Unruhe und Bewegung sind,

die zuweilen in ihren Anfällen Krafterleistungen darbieten, wie sie normaler Weise selten sind, nehmen natürlicherweise nur dann zu, wenn in dem Maasse der verbrauchten Kraft und des ausgegebenen Materials nicht nur das über die Norm verbrauchte Material, sondern noch mehr als dieses dem geschwächten Organismus zugeführt wird. Schliesslich ist der Einfluss der Stimmung auf die Ernährung von Wichtigkeit.

Die angeführten Momente berücksichtigte auch Nasse¹⁾ in seiner für die späteren Untersuchungen grundlegenden Arbeit. Er glaubte sie sogar als ausreichende Erklärung für die von ihm gefundenen Thatsachen geltend machen zu können, dass bei akuter Manie oder Melancholie jedesmal ein Sinken des Körpergewichts eintrete, welches mit zunehmender Besserung wieder steige. Nasse glaubte ferner, nach seinen Erfahrungen je nach der geringeren oder grösseren Zunahme auf eine mehr oder weniger anhaltende Besserung schliessen zu können. Er wies vor allem auf die körperlichen Einflüsse hin, indem er zeigte, dass bei psychischen Erkrankungen, die sich auf mangelhafte Blutbereitung oder Verdauungsstörungen zurückführen lassen, der Einfluss einer somatischen Therapie besonders hervortrete.

Er fand überdies, dass bei Gehirnerkrankungen ohne nachweisbare körperliche Störung sich nur geringe Gewichtszunahme zeige.

Nasse zog, indem er akute und chronische Fälle unterschied, namentlich Manie und Melancholie sowie den Übergang aus der primären psychischen Erkrankung in Blödsinn in Betracht. Nach ihm ist bei bedeutender Gewichtszunahme in akuten Fällen Besserung zu erwarten. Ist die Gewichtszunahme gering, so ist der Ausgang im Voraus nicht zu bestimmen. In chronischen Fällen hebt sich bei eintretender Besserung das Körpergewicht, um bei Verschlechterung wieder abzunehmen.

Auch den in der Krankheit dem normalen Leben analogen Einfluss der Mahlzeit auf die Gemütsstimmung schlägt Nasse sehr hoch an. Mit zunehmender Besserung hebt sich der Schlaf; subjektives Wohlbefinden, angenehme Vorstellungen,

verringerte Erregbarkeit gegen äussere Reize, lassen dem Organismus bessere Ruhe und Zeit zur Assimilation. Während nun dieses Wohlbefinden einerseits die Heilung beschleunigt, wirkt es andererseits fördernd auf die Verdauung und die Gewichtszunahme ein und führt damit die Genesung noch rascher herbei.

„Die gleichmässigere behagliche Stimmung, welche mit der Zunahme der Ernährung gewöhnlich eintritt, stellt den Boden dar, auf dem die allmähliche psychische Besserung allein mit Erfolg fassen und sich entwickeln wird.“

Bei Albers²⁾, Esquirol³⁾, Erlenmeyer⁴⁾, Lombroso⁵⁾ finden wir teils vor, teils nach Nasse's Untersuchungen einige von dessen Angaben wieder. Lombroso wies auf eine gesteigerte Assimilationskraft hin, da der Organismus bei gleicher Nahrung viel mehr organbildende Substanzen aus letzterer resorbiere. Er glaubte ferner, die Wichtigkeit des bei Manie und Melancholie sich verändernden Körpergewichtes gehe bezüglich der Diagnose so weit, dass mit Hülfe desselben wirkliche Geisteskrankheit und Simulation unterschieden werden könne. Er behauptete, dass man denjenigen, welcher maniakalisch erregt in eine Anstalt gebracht worden sei, falls er nach und nach aufhöre, weniger irre zu sprechen, für einen Simulanten erklären müsse, wenn das Körpergewicht nicht zunehme. Der Beweis ist aber nicht erbracht worden, dass ein Mann, welcher Tage lang tobt und durchaus das Gebahren eines Maniacus zeigt, wenn er sich beruhigt und sich, was er auch vorher war, den Anschein eines geistig gesunden Menschen giebt, weniger an Gewicht zunehmen sollte, als ein in der Rekonvaleszenz befindlicher Maniacus. Die ungeheure physisch bedingte motorische Unruhe, die thatsächlich sich nach und nach hinzugesellende Aufregung werden sein Gewicht auch ohne psychische Erkrankung schon erniedrigen.

Auch Stiff⁵⁾ bestätigte im Ganzen die mitgetheilten Resultate. Er fand unter andern das Auftreten von Selbstmordversuchen, das Absterben des Gemütslebens, das Auftreten von Hallucinationen zu einer Zeit, wo das Gewicht

sank. Bezüglich der Prognose schliesst sich Stiff Nasse an, hebt aber als neu hervor, dass eine Herabsetzung des Körpergewichtes in den ersten Tagen der Behandlung die Prognose nicht trübe, dass dagegen ein stetiges Anwachsen desselben ohne Eintritt einer Besserung des Gemütsleidens den Ausgang in Schwachsinm befürchten lasse. Schliesslich soll das Körpergewicht auch nach der Heilung noch ein wenig heruntergehen, wenn es über die Norm gestiegen war.

Nach Fürstner⁸⁾, der zuletzt über Beziehungen des Körpergewichtes zu Geisteskrankheiten gearbeitet hat, sind 1) bis zur Erkrankung rüstige Gehirne; 2) prädisponierte oder zur Recidivität neigende; 3) chronisch erkrankte Gehirne zu unterscheiden.

Was die erste Art angeht, so beginnt mit der eintretenden Besserung eine steile Curve, die bis zur Genesung oder darüber hinaus anhält. Das Stadium des Anstieges beginnt aber auch oft erst nach kleinen Schwankungen. Diese Art der Curven ist die günstigste. Zwischen Nahrungsaufnahme, motorischer Unruhe und Verhalten der Curven sind keineswegs immer enge kausale Beziehungen vorhanden.

Bei der zweiten Gruppe springt vor allem das Schwanken des Gewichtes bei nahezu gleichbleibenden mittlerem Stand in die Augen. Der Abstieg ist eben so wenig wie der Anstieg steil. Bei der progressiven Paralyse ist nach Fürstner ein fortgesetztes Steigen nach kurzem Anstieg bemerkbar, dem von einem bestimmten Moment an regelmässiges Sinken des Gewichtes folgt, obwohl der Schlaf gut, die Nahrungsaufnahme reichlich, die Muskelthätigkeit gering ist. Der direkte cerebrale Einfluss ist hier deutlich bemerkbar.

Bei den organischen Psychosen (periodische, circuläre, epileptische) sind beim Einzelanfall Schwankungen von einer Stärke zu beobachten, wie kaum jemals in normalen oder pathologischen Fällen. Diese ausserordentlichen Schwankungen glaubt Fürstner nun auf cerebrale Vorgänge zurückführen zu können. Sind viele Anfälle überwunden, so verliert die Curve ihr charakteristisches Gepräge, sie nähert sich mehr der Constanz.

Der Autor resumiert dahin:

- 1) Die Energie des cerebralen Prozesses, den wir bei Psychosen supponieren, entspricht dem Verhalten der Gewichtscurve; ist ersterer beträchtlich, so sinkt letztere; bei Nachlass steigt sie, bei mittlerer Stärke bleibt sie nahezu auf gleichem Niveau,
- 2) Bei organischen Psychosen sinkt das Gewicht regelmässig, sobald der cerebrale Vorgang einen gewissen Grad der Ausdehnung erlangt hat.
- 3) Periodische und circuläre Psychosen gehen oft (b) mit hochgradigstem Abstieg einher, der cerebralen Ursprungs ist.

Krafft-Ebing¹³⁾ schreibt in seinem Lehrbuch:

„Die Verhältnisse des Stoffwechsels und der Gesamternährung, deren Massstab uns annähernd Körpergewichtswägungen abgeben, berechtigen zu der Annahme, dass mit der psychischen Erkrankung tiefe Störungen des Gesamtstoffwechsels Hand in Hand gehen, und dass die Mehrzahl der Psychosen nichts anderes als der Ausdruck von schweren Ernährungsstörungen ist, an denen das Gehirn teilnimmt, und wobei eine prädisponierende Schwäche dieses Organs, als *locus minoris resistentiae* die psychischen Funktionsstörungen in den Vordergrund der gesamten Krankheitsbilder stellt. Gehen primäre Psychosen in sekundäre psychische Schwachzustände über, so gleichen sich die Gewichts-differenzen aus, und das Körpergewicht wird ein ziemlich stationäres. Beim periodischen Irresein bricht der Paroxysmus gleichzeitig mit dem Sinken des Körpergewichtes aus und dauert so lange fort, als dieses sinkt.

Die Besserung fällt zusammen mit dem Wiederausteigen des Gewichtes.“

Bei Fürstner⁸⁾ war zuletzt die Rede von circulären Psychosen. Der erste, der auf das Verhalten des Körpergewichtes bei dieser Krankheitsform hinwies, war Stiff.

Dieser nahm für das circuläre Irresein eine besondere Stellung in Anspruch, eben weil es sich bezüglich des Körper-

gewichts so ganz von den übrigen geistigen Erkrankungen unterscheidet.

Stiff fand bei dem Cirkelwahnsinn das Exaltationsstadium jedesmal in Verbindung mit einer Erhöhung des Körpergewichtes, während die Depression mit einem Sinken einherging.

Nach Stiff beschäftigten sich Meyer⁷⁾, Neffel, Fleming¹¹⁾, Kelp¹²⁾ mit der folie circulaire. Huppert¹⁴⁾ teilte unter anderm auch, was nicht unwichtig ist, mit, dass in einzelnen Fällen bei dem Eintritt der Depression ganz ausserordentliche Verdauungsstörungen das Krankheitsbild beherrschen. Zuweilen zeigte sich eine Gastroenteritis allerersten Grades, die natürlich nicht ohne Einfluss auf das Verhalten der Ernährung oder besser des Gewichtes bleiben konnte.

Während schon die grossen Gewichtsschwankungen, die bei chronischen Geisteskrankheiten nicht zur Regel gehören, bei der folie circulaire imponiren mussten, fiel Huppert und L. Meyer, der in vier Fällen genauere Wägungen angestellt hatte, das abweichende Verhalten der genannten Krankheit während der Manie auf. Huppert macht darauf aufmerksam, dass die begleitenden Umstände mit der erwähnten merkwürdigen Erscheinung nicht in kausalem Zusammenhang stehen könnten, da, wie er meint, die Melancholiker immer noch genügende Mengen von Nahrungsmitteln zu sich nähmen, da sie ferner dabei zu Bett lägen und viel schliefen, während die Maniakalischen wenig schliefen und, wenn auch, immer in grosser Bewegung seien.

In einzelnen Fällen scheint der Organismus in der maniakalischen Phase aufzuleben, die Kranken sehen um viele Jahre jünger aus. Ludwig Meyer, welcher solche Fälle beobachtete, brachte die Gewichtssteigerung und die übrigen nutritiven Vorgänge mit einer Trophomeurose in Zusammenhang. „Das gesammte Nervensystem erscheint gleichsam um eine Oktave höher gespannt.“ Möglicherweise sei die Trophomeurose Ursache des circulären Irreseins.

Huppert zweifelt aber, ob in solchen Fällen auch die Ernährung sich thatsächlich gehoben habe. Er weist darauf hin, dass nach den Ergebnissen der Forschungen, welche die Münchener Schule angestellt hat, das Körpergewicht gleich bleiben, selbst noch zunehmen kann, auch wenn der Stand der Ernährung sinkt, da Eiweiss durch Fett, oder Eiweiss und Fett durch Wasser ersetzt werden können. Er verlangt demgemäss eine wissenschaftlich-chemische Untersuchung der zugeführten Nahrung und der ausgeschiedenen Stoffe, um durch die Bilanz den jedesmaligen thatsächlichen Ernährungszustand kennen zu lernen. Er glaubt daher an einen event. Verlust des Eiweisses und somit des Leben erhaltenden Stoffes, wenngleich auch ihm damit die vegetativen Vorgänge, die sich sonst abspielen, nicht in Einklang zu stehen scheinen.

Huppert will übrigens die Ernährungsgesetze der Münchener Schule auch auf die Resultate der Wägungen bei anderen Geisteskrankheiten angewandt wissen, in der Meinung, dass sich vielleicht doch andere Gesichtspunkte ergeben würden, indem die Zunahme des Körpergewichtes keine somatische Besserung, d. h. Vervollkommenung des Ernährungszustandes bedeuten müsse, die geistige Besserung aber mit der somatischen Hand in Hand gehen solle. Namentlich die in der Verblödung befindlichen Individuen und die Paralytiker bewiesen zu oft den Schein einer besseren Ernährung, indem sie sehr bald abfielen resp. abfallen könnten.

Der Autor erhofft ferner von einer wissenschaftlichen Untersuchungsmethode der Ernährung Geisteskranker Vorteile für die somatische Therapie, indem man lernen würde, in welcher Weise jedesmal die Nahrung am zweckmässigsten zu reichen sei.

Durch Emmerich ¹⁶⁾ erfahren wir, dass Baillarger ⁶⁾ zuerst auf die Gewichtsabnahme bei der Depression und die Zunahme bei der Exaltation hingewiesen hat. Baillarger führt als charakteristisch den grossen Appetit an, den die Kranken in dem letzteren Stadium zeigten, und die Rückkehr des während der melancholischen Phase geschwundenen Embonpoints. Auch macht der französische Autor auf die

trophischen Störungen in der ganzen Erscheinung aufmerksam.

Während nun Baillarger, Stiff und L. Meyer übereinstimmend gleiches Verhalten in ihren Fällen von circulärem Irresein aufweisen konnten, veröffentlichten Ripping, Schüle²¹⁾ und Dittmar¹⁰⁾ Fälle, in denen das Gegenteil statt hatte. Emmerich glaubte diese Widersprüche durch die schon eben angeführten Ernährungsgesetze der Münchener Schule begründen zu können. Dabei nahm er vor allem Rücksicht auf den Ernährungszustand im Beginn der Manie und Melancholie. Er glaubte, dass bei allen Fällen zunächst das Gewicht sinke, dann aber steige. Auch er betont, dass das Körpergewicht kein genaues Kriterium für die Ernährung sei und erwartet a priori nach den Voit'schen Sätzen, dass, da diesem zufolge bei gleicher Nahrung, aber verschiedenen Ernährungsverhältnissen der Ansatz resp. die Assimilation der Nahrung verschieden sei, auch das Körpergewicht bei der auf eine Melancholie folgenden Manie zunehme, falls in der ersteren eine Gewichtszunahme stattgefunden habe, weil der Körper durch die Melancholie in der Ernährung heruntergekommen sei. Geht aber die Manie der Melancholie voraus, so wird ein bis dahin gesunder Körper unter dem Einfluss der psychischen Erkrankung in schlechtere Ernährungsverhältnisse gebracht; es erfolgt also eine Abnahme; andererseits kann nach dem vorher entwickelten Gedankengang in der nun folgenden Melancholie das Gewicht steigen. Allerdings räumt Emmerich auch den begleitenden Umständen einigen Einfluss ein.

Emmerich glaubt seine Ansicht in dem einzelnen Fall des melancholischen Zustandes bestätigt zu sehen, indem im Anfang die Steigerung am höchsten sei und nach und nach wieder abfalle. Nach dem genannten Autor sind die nutritiven Vorgänge bei cyklischen Seelenstörungen denselben Gesetzen wie im normalen Zustand unterworfen. Indessen gehört zur unanfechtbaren Begründung dieser Ansicht die Feststellung der Stoffwechselbilanz beim circulären Irresein; ein Postulat, ohne dessen Erfüllung die weitere Diskussion der vorliegenden Frage wenig fruchtbringend sein würde.

Karrer¹⁵⁾ teilte 8 Fälle des Cirkelwahnsinns namentlich bezüglich des Gewichtes mit. Er fand in einzelnen Fällen während des maniakalischen Anfalls Zu-, in anderen Abnahme. Er suchte die Abnahme während der Manie durch gesteigerten Verbrauch während dieser Phase und ungenügende Zufuhr zu erklären; der Ersatz der Nahrung ist nach ihm ungenügend, entweder weil ihre Zusammensetzung nicht passend ist oder die Speisen nicht genügend assimiliert werden. Letzteres komme in stuporösen Zuständen vor, wo trotz genügender Nahrungsaufnahme doch Abmagerung und Sinken des Körpergewichts stattfinde. Karrer nimmt im maniakalischen Zustand ein Sinken des Gewichtes bei überwiegender notorischer Erregung an; erstreckt sich die Erregung hauptsächlich auf das psychische Gebiet, so bleibt auch die Gewichtscurve auf gleichem Niveau oder sie steigt. (Aber selbst unter seinen eigenen Fällen hatte Karrer einen solchen, wo trotz notorischer Unruhe das Gewicht zunahm.) Weil ferner unter den Fällen akuter Psychosen solche mit normalem Gewichtsverlauf sich vorfinden, glaubte Karrer, dass das Verhalten des Körpergewichts bei circulären Geistesstörungen kein anderes als bei akuten sei. Der genannte Autor weist auch darauf hin, dass das Körpergewicht nicht allein von der Hirnerkrankung abhängt, sondern dass es umgekehrt auch von Ernährungsstörungen beeinflusst werde. Auch andere Momente seien nicht zu vernachlässigen, wie Alter, Entwicklung.

Stark¹⁷⁾, der ebenfalls Beiträge zum Verhalten des Körpergewichts bei dem circulären Irresein geliefert hat, fand:

- 1) Je stärker und protrahierter der Paroxysmus, ob manischer oder depressiver Art, desto rascher und tiefer vollzieht sich der Abstieg.
- 2) Je länger und reiner das Intervall, desto höher erhebt sich die Curve.
- 3) Anstieg und Abstieg geschehen im Beginn des Paroxysmus und des Intervalls am rapidesten; der Gewichtsausgleich zwischen beiden Phasen sistiert aber in der Regel schon vor dem Schluss und weicht der entgegengesetzten Schwankung.



- 4) Folgen sich zwei Paroxysmen verschiedener Art, so bleibt die negative Schwankung der Curven mehr oder weniger bestehen.
- 5) Kurze Attaquen und Intervalle beeinflussen die im ganzen befindliche Wellenbewegung der Curve nicht wesentlich.
- 6) Gehäufte Paroxysmen drücken das ganze Curvenniveau tiefer herab.
- 7) Entwicklungsperioden des Individuums, Pubertät und Klimacterium machen sich in der Grösse der Curvenexkursionen bemerkbar.
- 8) Je höher das Durchschnittsgewicht, desto stärker verhältnissmässig die Ausschläge der Curvenas- und deszensionslinie.

Stark erklärt diese Erscheinungen durch die quantitativ und qualitativ mangelhafte Nahrungsaufnahme und durch die grössere und geringere motorische Unruhe.

In dem Falle nämlich, in welchem das Körpergewicht in der Depressionsperiode zunahm, erstreckte sich die Störung rein auf die Psyche, während der Kranke motorisch ruhig war und regelmässig Nahrung zu sich nahm. Bei den anderen Kranken bewegte sich die Exaltationsphase vorwiegend in der psychischen Sphäre, der Appetit war unersättlich, im Depressionszustand war derselbe gering. Indessen betrachtet Stark dies als Ausnahme und spricht sich nicht unbedingt für eine Gesetzmässigkeit aus, wie es Karrer und Emmerich thun.

Die mitgetheilten Ansichten der einzelnen Autoren enthalten eine Fülle von ursächlichen und erklärenden Momenten, die für die Beziehungen des Körpergewichtes zu den psychischen Erkrankungen in Frage kommen können. Jedenfalls lässt sich mit ihrer Hilfe erkennen, wesshalb sich bei den meisten Geisteskrankheiten die Körpergewichtsschwankungen nach bestimmten Regeln verhalten. Dies trifft auch für sehr viele Fälle der folie circulaire zu. Für die schwieriger zu erklärenden Fälle dieser Krankheit sieht man sich leicht veranlasst, zu der Emmerich'schen Hypothese seine Zuflucht zu

nehmen. Demgemäss wäre die Erhöhung des Körpergewichts bei solchen Formen des Cirkelwahnsinns, wie schon gesagt, darauf zurückzuführen, dass bei dauernder Einwirkung einer Schädigung auf den Organismus, also hier der psychischen Verstimmung, sei sie heiterer oder depressiver Natur, der Organismus wieder an Gewicht zunimmt. Ob dieser, der Voit - Pettenkofer'schen Ernährungslehre entnommene Satz gerade bei dem circulären Irresein angewandt werden kann, ist eine Frage, die später untersucht wird. Jedenfalls lässt er sich, was bisher noch nicht geschehen ist, auf alle anderen geistigen Erkrankungen beziehen. Dabei ergeben sich einige neue Gesichtspunkte, die uns über das Verhalten des Körpergewichtes bei den anderen Geisteskrankheiten neue Aufschlüsse geben, sodass, ehe wir uns ausführlicher mit dem circulären Irresein beschäftigen, eine Abschweifung wohl gestattet ist, zumal sie uns schliesslich geradeswegs wieder zu der Frage des Körpergewichtes beim Cirkelwahnsinn hinführt.

Das Studium der Gewichtslisten aller länger dauernder Hirnerkrankungen ergiebt nach einer gewissen Zeitdauer mindestens eine Constanz einer normalen Gewichtsreihe, sehr oft eine Steigerung. Man hatte ja schon früher gesehen, dass bei Manien oder Melancholien häufig nach längerer Dauer eine Gewichtssteigerung eintrat; man betrachtete aber diese Steigerung, wenn sie anhielt, ohne dass eine Besserung eintrat, als prognostisch ungünstig. Thatsächlich gingen auch die chronischen Leiden mit einer Constanz, wenn nicht mit Steigerung einher. Ferner sind, je länger die Krankheit dauert, die Fälle der Genesung seltener. Aber an sich hat die Gewichtserhöhung bei länger dauernden Krankheiten nichts mit einer üblen Prognose zu thun, sondern für uns ist dieselbe nur ein anderer Ausdruck dafür, dass eben die Krankheit schon lange besteht, nicht aber, dass sie unheilbar ist. Die lange dauernde Krankheit bringt eben die Erhöhung des Gewichtes mit sich. Diese letztere und die grössere Aussicht, dass die Krankheit chronisch, resp. unheilbar wird, sind ursächlich nebeneinander liegende Dinge. Es ist gar nicht

nötig, erst das Gewicht um Rat zu fragen, um zu erfahren, wie es mit einer event. Besserung einer lange dauernden Krankheit steht. Die lange Dauer ist an und für sich ein schlimmes Symptom und ausreichend als solches, ohne eine etwaige Besserung geradezu auszuschliessen, wofür später Beispiele angeführt werden.

Der Organismus hat sich in's Einvernehmen mit den veränderten, ihn schädigenden Verhältnissen gesetzt, er rechnet mit einer grösseren Arbeitsleistung; eine Compensation in der Assimilationsfähigkeit, gewissermassen eine Hypertrophie der letzteren tritt ein. Man kann, da thatsächlich bei akuten, mit Genesung endigenden Psychosen eine Gewichtssteigerung eintritt, dem Gesagten zufolge behaupten, dass, wenn keine gröbere Störung im übrigen Organismus hinzukommt, wenn keine Nahrung verweigert wird, diese quantitativ und qualitativ gleich gut bleibt, alle Geisteskranken, die Paralytiker von einem gewissen Zeitpunkt an ausgenommen, zunehmen, die einen früher, die anderen später. Die frühere Zunahme geht mit einer Besserung Hand in Hand, die spätere durchaus nicht immer, doch schliesst sie an und für sich dieselbe ebenso wenig aus. Sodann sehen wir auch in subakuten Fällen, unter denen solche Fälle zu verstehen wären, die mindestens ein Jahr dauern, die aber schliesslich mit Genesung endigen, bei Eintritt einer oft sehr geringen Besserung das Gewicht zuweilen gewaltig in die Höhe gehen, so gewaltig, dass die geringe Besserung dazu in gar keinem Verhältnis steht. Das Gewicht steigt bei fortbestehender, allerdings nach und nach geringer werdenden Psychose immer weiter, bleibt schliesslich stehen, sinkt sogar oft mit Eintritt der Genesung ein wenig. Die Assimilationskraft hat auf die geringe Besserung sofort geantwortet. Indem sie einstweilen mit unverminderter Energie weiter arbeitet, leistet sie, da sie infolge einer, wenn auch oft nur geringen Besserung weniger Widerstände zu überwinden hat, ganz anderes, als vorher: Die Ernährung hebt sich in ungewöhnlicher Weise. Dies dauert geraume Zeit fort; dann lässt die Spannung nach, die nor-

malen Verhältnisse stellen sich wieder her. Dieser Vorgang spielt sich zuweilen sehr rasch, zuweilen in langen Zeiträumen ab. In letzterem Fall wird, da das hohe Ansteigen des Gewichtes die Annahme trägt, als ob nun auch die Genesung bald folgen werde, wiederum der Wert des Körpergewichtes für die Prognosestellung bei Geisteskrankheiten herabgedrückt.

Wir sehen aber nicht nur in allen Krankengeschichten, die sich auf chronische oder lange dauernde Psychosen beziehen, sondern auch in einzelnen kürzer dauernden Erkrankungen das Gewicht mit einem gewissen Zeitpunkt das normale Niveau erreichen oder dasselbe sogar überschreiten, während die Krankheit noch fortbesteht. Einzelne der früheren Autoren nahmen dies als Zeichen einer beginnenden psychischen Besserung an. Es ist aber ebenso leicht möglich, dass die Gewichtszunahme mit der Besserung nichts zu thun hat, sondern dass sie auch hier nur der Ausdruck für eine schon früh eingetretene Gewöhnung des Organismus an die ihn betreffende Schädigung ist, mit der er sich verständigt hat.

Es sei gestattet, für das letztthin Gesagte Beispiele aufzuführen, die sich teils auf akute, teils chronische Erkrankungen beziehen.

I.

K., Maria Anna. Anämische Person, 31 J., 153 cm gr. Eintrittsgewicht 100 Pfd. (Juni 1889). Im Wochenbett psychisch erkrankt (wenige Wochen vor dem Eintritt in die Anstalt). Hallucinatorisch verwirrt.

1889.

Juni: Im ganzen ruhig. Ende Juni 100 Pfd.

Juli: Schr ängstlich erregt. Jammert sehr viel, eine Zeit lang isoliert. 97 Pfd.

August: Höchst unruhig. 84 Pfd.

September: Unruhe gleich, isst besonders gut. 85 Pfd.

October: Abwechselnd starke Unruhe mit Bettaufenthalt. 81 Pfd.

November: Etwas ruhiger. 81 Pfd.

Dezember: Sitzt meist stuporös da. 94 Pfd.

1890.

Januar: Noch stuporös, aber mehr ängstlich. 99 Pfd.

Februar: Patientin isst unregelmässig, an mehreren Tagen „manchmal mehrere Portionen, manchmal nichts“. 107 Pfd.

Der Ausgang der Krankheit war bei Abfassung der Arbeit ungewiss, doch war kein Grund vorhanden, eine ungünstige Prognose zu stellen. Vor allem bemerkenswert ist bei diesem Falle die Zunahme des Gewichtes während des stuporösen Stadiums, während dessen Karrer eine Gewichtsabnahme fand.

II.

H., Maria, 22 J., 145 cm gr. Eintrittsgewicht 89 Pfd. 6—7 Wochen vor der Aufnahme erkrankt. Wird äusserst still und schweigsam, um 8 Tage später maniakalisch erregt zu werden. Kommt in diesem Zustand in die Anstalt. Dürftig genährtes Mädchen.

1889.

September: Im ganzen Monat hält sich der Zustand wie beim Eintritt. 87 Pfd.

Oktober: Fast stets höchst unruhig. 90 Pfd.

November: Besonders unruhig. 86 Pfd.

Dezember: Sehr geringe Besserung. 99 Pfd.

1890.

Januar: Ruhiger als im Dezember. 107 Pfd.

Februar: Viel besser. 114 Pfd.

März: Patientin hält sich dauernd sehr gut, klagt über nichts mehr, kann als genesen entlassen werden.

15./3. 90, 111 Pfd.

Es ist sehr fraglich, ob die so geringe Besserung, die im Dezember einsetzt, die Erhöhung des Gewichtes bewirkt hat, da sie im Verhältnis zu der grossen Steigerung zu gering ist. Auch hier arbeitete die Assimilationsfähigkeit in dem im übrigen normalen Körper schon ziemlich bald mit erhöhter Kraft. Die Hebung der Ernährung wird aber zu der sehr bald folgenden wesentlichen Besserung ihr gut Teil beigetragen

haben, und diese letztere ist wiederum der Steigerung des Körpergewichtes zu gute gekommen.

Die aufs äusserste angespannte Assimilationsthätigkeit reagiert eben auch hier auf die geringste Unterstützung, die ihr in Gestalt einer noch so geringen Besserung des Patienten zu teil wird, in ganz ausserordentlichem Maasse.

III.

W., Christine, 34 J., unverheiratet, Handarbeitslehrerin, 157 cm gr. Eintrittsgewicht 81 Pfd. Stets sehr fromm gewesen. Wollte Nonne werden. Als ihr Eintrittsgesuch abgeschlagen wurde (mehrere Monate vor dem Eintritt in die Anstalt), trat Melancholie ein. Schlecht genährte Person. Körpergewicht subnormal.

1889.

Dezember: Mässiger Grad von Melancholie, isst zuweilen wenig. 85 Pfd.

1890.

Januar: Unruhig. 89 Pfd.

Februar: Deprimirt, unthätig, zuweilen gereizt. Mitte

Februar 93 Pfd. Ende des Monats 96 Pfd.

Hier soll nicht ausser Acht gelassen werden, dass die in allen Fällen mit in Rechnung zu ziehende Anstaltsbehandlung zu der raschen Gewichtssteigerung beigetragen hat. Indessen ist auch hier, zumal keine Besserung zu verzeichnen ist, die Erhebung des Gewichtes zu bedeutend, als dass man sie allein auf Kosten der Anstaltspflege setzen kann. Bei der Patientin arbeitet der Organismus behufs Stoffansatzes sehr bald mit verstärkter Kraft.

IV.

Der folgende Fall zeigt das obenbesprochene in der ersten Zeit der Krankheit; später tritt Verblödung ein, die es bei dem ruhigen Wesen des Patienten, der sonst körperlich durchaus normal ist, erklärt, warum derselbe so sehr zunimmt:

D., Franz, Ackergehülfe, 28 J., 176 cm gr. Eintrittsgewicht 144 Pfd. Gut genährt. Kommt tobsüchtig in die Anstalt.

1889.

Mai: Anfangs höchst unruhig, zu Ende des Monats ruhiger. 146 Pfd.

Juni: Höchst unruhig. 149 Pfd.

Juli: Meist unruhig. 162 Pfd.

Patient wird dann stumpfsinnig und bleibt es. Gewicht Ende Januar 1890 186 Pfd.

Die maniakalische Erregung hatte nicht gehindert, dass der Kranke während der Dauer derselben 18 Pfd. zunahm. Diese Zunahme geschah ganz unabhängig von der bald darauf eintretenden Verblödung.

Die Fälle, in denen nach einer Dauer von einem Jahr und mehr noch Heilung eintritt, sind, wie schon besprochen, recht selten. In den nicht durch Nahrungsverweigerung, Krankheit, besondere notorische Erregung complicierten Fällen finden wir die Regel, dass das Gewicht nach längerer Zeit zunimmt, ebenfalls bestätigt.

V.

F., Anna, geb. 1867, 150 cm gr. Eintrittsgewicht (27./12. 1883) 76 Pfd.

1883.

Oktober . . . 76 Pfd.

November . . 76 „

Dezember . . 69 „

1884.

Januar 79 Pfd.

Februar . . . 82 „

März 92 „

April 86 „

Mai 87 „

Juni 82 „

Juli 82 „

August 82 „

September . . 88 „

Oktober . . . 90 „

November . . 90 „

Dezember . . 92 „

1885.

Januar 92 Pfd.

Februar . . . 87 „

März 92 „

April 100 „

Mai 100 „

Juni 102 „

Juli 102 „

August 106 „

Die Patientin ist melancholisch, zuweilen stuporös. Ist Januar 1884 besser als sonst, im April schlechter, ebenso im Juni 1884 und Februar 1885. Im April 1885 tritt geringe Besserung ein, die, abgesehen davon, dass Patientin zuweilen sehr erotisch ist, allmählich fortschreitet. Das Gewicht verhält sich dem Krankheitsverlauf entsprechend. In denjenigen Monaten, in welchen die Kranke nach dem Bericht schlechter ist, ist naturgemäss das Gewicht herunter gegangen. Sobald aber die Zwischenfälle, die allerdings auf längere Zeit hinauswirken können, nicht mehr vorhanden sind, tritt nach und nach bei Fortbestehen des ursprünglichen Zustandes eine Erhöhung des Gewichtes ein, die um die Zeit der definitiven Genesung besonders in die Augen springt. Dabei ist allerdings zu bemerken, dass Patientin sich noch in der Wachstumsperiode (16.—19. Jahr) befindet.

VI.

H., Clara, Fabrikantentochter, geb. 1867, 156 cm gr. Eintrittsgewicht 85 Pfd. Melancholia agitata. Anaemie.

1886.	1887.
April 88 Pfd.	Januar 116 Pfd.
Mai 90 „	Februar 116 „
Juni 94 „	März 118 „
Juli 96 „	
August 99 „	
September 99 „	
Oktober 112 „	
November 118 „	
Dezember 119 „	

Geringe Besserung beim Eintritt in die Anstalt.

Im Mai Melancholie hohen Grades. Patient. ist schlecht. Strangulationsversuch. (In einer Zeit, wo das Gewicht langsam heraufgeht, während Stiff das Gegenteil gefunden hatte.) Im Juni, Juli, August starke melancholische Erregung. Im September und Oktober zuweilen geringe Besserung. Im November viel besser, weniger im Dezember. Von Januar bis zur Entlassung allmähliche Besserung mit zeitweiligen Unterbrechungen. Auch in diesem Falle sehen wir zur Zeit der

definitiven Besserung das Gewicht ausserordentlich in die Höhe gehen, während geringere oder stärkere Zwischenfälle das Niveau der Curve sofort wieder herabdrücken.

VII.

B., Sara, 1864 geboren, 156 cm gr. Eintrittsgewicht 107 Pfd. 26./1. 1887—25./4. 1888. Geringe Melancholie, zuweilen agitiert. Im Januar 1888 tritt Besserung ein. Anfangs geringe monatliche Schwankungen.

1887.

Januar	107 Pfd.	Juli	115 Pfd.
Februar	112 „	August	114 „
März	112 „	September	113 „
April	113 „	Oktober	118 „
Mai	116 „	November	125 „
Juni	115 „	Dezember	128 „

Das Gewicht hält sich bis zu Ende April auf dieser Höhe.

VIII.

von E., Caroline, geboren 1834, 149 cm gr. Eintrittsgewicht 98 Pfd. 23./12. 1882—8./8. 1884.

1882.

Dezember . . . 98 Pfd.

1883.

Januar	88 Pfd.	Juli	89 Pfd.
Februar	87 „	August	91 „
März	79 „	September	91 „
April	82 „	Oktober	94 „
Mai	88 „	November	94 „
Juni	89 „	Dezember	96 „

1884.

Januar	99 Pfd.	Juni	122 Pfd.
Februar	98 „	Juli	124 „
März	113 „	August	125 „
April	119 „	September	131 „
Mai	120 „		

Melancholie, die mit März 1884 nach und nach in Besserung übergeht.

IX.

K., Gertraud, geboren 1853, 151 cm gr. Eintrittsgewicht
93 Pfd. 22./8. 1887—2./5. 1889.

1887.

August	91 Pfd.	November . .	99 Pfd.
September . .	97 „	Dezember . .	101 „
Oktober . . .	101 „		

1888.

Januar	98 Pfd.	Juli	114 Pfd.
Februar . . .	101 „	August	116 „
März	101 „	September . .	118 „
April	105 „	Oktober . . .	117 „
Mai	109 „	November . .	117 „
Juni	111 „	Dezember . .	117 „

1889.

Januar	118 Pfd.	März	117 Pfd.
Februar . . .	118 „	April	117 „

Melancholie, die mit Mai 1888 allmählich sich zu bessern
beginnt.

X.

W., Katharina, geboren 1857, Tagelöhnersfrau, 153 cm gr.
Eintrittsgewicht 94 Pfd. 15./7. 1886—24./2. 1888.

1886.

Juli	95 Pfd.	Oktober . . .	105 Pfd.
August	100 „	November . .	116 „
September . .	105 „	Dezember . .	110 „

1887.

Januar	121 Pfd.	Juli	119 Pfd.
Februar . . .	119 „	August	121 „
März	120 „	September . .	120 „
April	121 „	Oktober . . .	120 „
Mai	122 „	November . .	118 „
Juni	117 „	Dezember . .	121 „

1888.

Januar 123 Pfd.

Melancholie, Ätiologie: Puerperium; frühere Anfälle von
Psychose. Anämie. Von Dezember 1887 an Besserung.

In den letzten vier Fällen sehen wir, wie in den vorhergehenden, nach einer längeren, im einzelnen Falle verschiedenen Zeitdauer, das Gewicht mehr oder weniger steigen und dann eine gewisse Höhe innehalten.

Von den Paralytikern ist es bekannt, dass sie nach einer gewissen Zeit im ersten Stadium zunehmen, dann aber bei beginnendem Verfall bis zum Ende abnehmen.

XI.

K., Emil, 1853 geboren, Postsekretär, 176 cm gr. Eintrittsgewicht 153 Pfd. Patient tritt mit mässigen Lähmungserscheinungen ein.

1887.

Mai	154 Pfd.	September . .	157 Pfd.
Juni	154 „	Oktober. . . .	167 „
Juli	157 „	November . . .	168 „
August	157 „	Dezember. . .	170 „

1888.

Januar	168 Pfd.	Juli	172 Pfd.
Februar. . . .	170 „	August	172 „
März	168 „	September . .	171 „
April	173 „	Oktober. . . .	170 „
Mai	172 „	November . . .	167 „
Juni	174 „	Dezember. . .	166 „

1889.

Januar	167 Pfd.	April	151 Pfd.
Februar. . . .	159 „	Mai	144 „
März	156 „		

XII.

K., Johann, Bergarbeiter, 47 J., 143 cm gr. Eintrittsgewicht 112 Pfd. (21. 7. 1888.)

1888.

Juli	112 Pfd.	Oktober. . . .	116 Pfd.
August	109 „	November . . .	120 „
September . .	109 „	Dezember. . .	128 „

1889.

Januar	99 Pfd.	April	110 Pfd.
Februar	96 „	Mai	115 „
März	105 „		

Mittelgrosser, leidlich genährter, mässig kräftig gebauter Mann von blassem Aussehen. Tritt mit ziemlich starken Lähmungserscheinungen ein. Patellarreflex fehlt beiderseits vollständig.

August, September, Oktober 1888 ziemlich unruhig. Im November Phlegmone am Ellenbogen. Nachts meist unruhig, ebenso im Dezember.

Im Januar 1889 starke Brouchitis mit hohem Fieber. Dann eitrige Cystitis. Appetit liegt sehr darnieder. Tiefer Dekubitus an der Ferse.

Februar 1889. Patient isst bis zum 25. schlecht. Das Geschwür reinigt sich sehr allmählich. Cystitis auch noch nicht ganz gehoben. Dann wieder besser. Keine terminale Gewichtsabnahme. Paralyse geht weiter, oft unter starker motorischer Unruhe.

XIII.

Sch., Otto, Sattler, 39 J., 170 cm gr. Eintrittsgewicht 118 Pfd. 13./8. 1889—Februar 1890.

1889.

August	118 Pfd.	November	-- Pfd.
September	122 „	Dezember	121 „
Oktober	125 „		

1890.

Januar	130 Pfd.	Februar	138 Pfd.
------------------	----------	-------------------	----------

Schon früher maniakalisch erregt; Grössen-Ideen, wahrscheinlich auf progressiv paralytischer Grundlage.

Die psychische Krankheit beginnt im August 1887. 5./7. 1888 als gebessert entlassen. 22./7. 1889 Aufnahme auf der Lindenburg bei Köln.

Leidlich genährter, mässig kräftig gebauter Mann ohne auffallende Lähmungserscheinungen. Patellarreflex sehr lebhaft.

Unsinnige Grössen-Ideen, mässige motorische Unruhe.

Im Dezember mehrere Furunkel am Oberschenkel, die auscitern und Entzündung der Haut verursachen.

Mit der Paralyse haben wir das Gebiet der organischen Psychosen betreten. Bei ihr fiel auf, dass das Gewicht trotz der bestehenden Schädigung zuweilen sehr in die Höhe geht. Wenden wir uns nun zu einer andern Klasse organischer Hirnerkrankungen, zu der Epilepsie, so beweist uns eine Reihe von Gewichten verschiedener Epileptiker, dass während des Verlaufs der Krankheit die so oft betonte Erscheinung sich recht augenfällig zeigt. Während der einzelnen Anfälle nimmt das Gewicht ab, worauf Kowalewsky¹⁸⁾ zuerst hinwies. Dieser Autor, der eine genaue Mitteilung der Gewichtsverhältnisse bei den verschiedenen Arten der Epilepsie machte, stiess mit der grossen Zahl von Pfunden, die seine Kranken innerhalb weniger Stunden an Gewicht verloren haben sollten, sehr bald auf den Widerspruch anderer Untersucher, besonders V. v. Olderogge's¹⁹⁾ und auch Jolly's²⁰⁾. v. Olderogge namentlich betonte, dass eben die gewaltige, motorische Erregung die Gewichtsabnahme erkläre, dass dieselbe ferner im Verhältnis zu der motorischen Erregung stehe. Es ergibt sich, dass, je höher die letztere ist, und je länger sie andauert, um so beträchtlicher die Gewichtsabnahme ist. Dies trifft für den einzelnen Fall zu; aber wenn man danach erwartet, das ganze Gewicht nach einer langen Reihe von Anfällen heruntergedrückt zu sehen, so sieht man sich hierin getäuscht, wie die folgenden Fälle zeigen, bei denen mit der Angabe der Anfälle im Monat das Gewicht am Ende desselben aufgeführt ist.

XIV.

H., 22½ J., 170 cm gr. Eintrittsgewicht 129 Pfd.
Vom 16. Jahre ab epileptisch.

1889. August: 5 Anfälle, trotz einer 3 Wochen lang
eiternden Wunde beträgt das Gewicht am Ende
des Monats 130 Pfd.

September:	3	Anfälle,	136	Pfd.
Oktober:	6	„	140	„
November:	2	„	145	„
1.—13. Dezember:	3	„	143	„
13.—31. „	2	„	140	„
1890. Januar:	2	„	143	„

XV.

F., 46 J., 171 cm gr. Eintrittsgewicht 166 Pfd.

1888. Juli: kein Anfall, stets benommen, 168 Pfd.

August: 2 Anfälle, zuweilen obstipiert, Furunkel, 168 Pfd.

September: 2 Anfälle, Carbunkel, ein Furunkel, 165 Pfd.

Oktober: 2 Anfälle, Carbunkel geheilt, Patient meist klar, 168 Pfd.

November: 7 Anfälle, meist benommen, höchst verwirrt in der letzten Hälfte des Monats, 160 Pfd.

Dezember: 2 Anfälle, Furunkel, etwas klarer, 161 Pfd.

1889. Januar: 5 Anfälle, 162 Pfd.

Februar: 2 Anfälle, in der ersten Hälfte des Monats stets verwirrt, zuweilen maniakalisch erregt (postepileptisches Delirium), 155 Pfd.

März: ruhig, kein Anfall, 159 Pfd.

April: 3 Anfälle, 161 Pfd.

Mai: 2 Anfälle, meist ruhig, 164 Pfd.

Von Mai ab verringerte sich die Zahl der Anfälle. Im folgenden Juni trat ein ziemlich heftiger Gastrointestinalkatarrh auf, der mit Icterus verbunden war. Patient wurde nicht gewogen. Vom 3. Oktober bis 27. November nach Hause beurlaubt. Dort mehrere Anfälle. Von 25. bis 27. November allein sechs Anfälle. Gewicht 160 Pfd.

27.—30. November 1 Anfall, 159 Pfd.

1.—10. Dezember benommen, 155 Pfd.

Ende Dezember etwas besser, 159 Pfd.

1890. 1. Hälfte Januar Influenza, kein Anfall, 158 Pfd.

2. Hälfte Januar kein Anfall, 159 Pfd.

XVI.

S., Peter, 35 J., 150 cm gr. Eintrittsgewicht 123 Pfd.
Keine anormalen Erscheinungen.

31. Oktober—31. Dezember 7 Anfälle, 126 Pfd.

1. Januar—7. Januar 4 Anfälle, 122 Pfd.

7. Januar—15. Januar 22 Anfälle, 117 Pfd.

Lang dauernder, deliriöser Zustand mit unregelmässiger
Nahrungsaufnahme.

15. Januar—31. Januar 1 Anfall, 125 Pfd.

XVII.

O., Katharina, 33 J., 151 cm gr. Eintrittsgewicht 106 Pfd.

1886.

April:	12	Anfälle,	109 Pfd.,	zuweilen maniakalisch erregt.
Mai:	11	„	110	„
Juni:	12	„	112	„
Juli:	17	„	116	„
August:	16	„	112	„
September:	11	„	111	„
Oktober:	9	„	118	„ verwirrt.
November:	17	„	115	„
Dezember:	18	„	120	„ psychisch besser.

1887.

Januar:	18	Anfälle,	117 Pfd.
Februar:	18	„	113 „
März:	9	„	112 „ oft verwirrt.
April:	10	„	117 „
Mai:	17	„	114 „
Juni:	6	„	115 „
Juli:	11	„	115 „
August:	7	„	118 „
September:	15	„	118 „
Oktober:	10	„	119 „
November:	16	„	121 „
Dezember:	11	„	122 „

1888.

Januar:	7	Anfälle,	123	Pfd.	
Februar:	5	„	120	„	hatte zu Bett gelegen, Kopfschmerzen.
März:	11	„	123	„	
April:	7	„	120	„	
Mai:	10	„	119	„	
Juni:	6	„	118	„	
Juli:	8	„	117	„	benommen.
August:	10	„	116	„	erregt.
September:	7	„	114	„	
Oktober:	7	„	111	„	hatte während der Mitte des Monats Magenbeschwerden.
November:	11	„	108	„	
Dezember:	10	„	119	„	

1889.

Januar:	10	Anfälle,	115	Pfd.
Februar:	18	„	114	„
März:	8	„	115	„
April:	15	„	117	„
Mai:	5	„	125	„

Auch bei einem der aufgeführten Fälle ist durch genauere Wägung auf die momentane Abnahme des Körpergewichtes hingewiesen (XVI).

Bei ihm war nach mehreren Anfällen im Januar das Gewicht um vier Pfund herabgegangen, um noch um fünf Pfund zu sinken, nachdem innerhalb 10 Tagen 18 Anfälle erfolgt waren.

Bedenkt man den gewaltigen Effekt, den diese grosse Menge von Anfällen, die sich auch durch die Stärke der motorischen Erregung auszeichneten, auf die Stoffwechselverhältnisse geübt haben müssen, so sollte man sich wundern, dass das Gewicht nicht noch bei Weitem mehr gesunken war.

Betrachtet man aber die Fälle in ihrer Gesamtheit, so muss man zugeben, dass die schwere Schädigung, die den Organismus betroffen, ihn bezüglich seiner Ernährung absolut

nicht zurückgesetzt hat. Alle angeführten Kranken waren schon längere Zeit mit dem Übel behaftet. Sie traten aber mit einem durchaus normalen Gewichte ein. Nach einigen Autoren ist das Gewicht normal, wenn es so viele Kilo zählt, wie das betreffende Individuum Centimeter über 100 cm misst. Dabei muss natürlich das Alter der betreffenden Individuen in Betracht gezogen werden:

I. H.	22 1/2 J.,	170 cm	65 Kilo
II. F.	46 „	171 „	83 „
III. S.	35 „	158 „	61 1/2 „
IV. O. (w)	33 „	151 „	53 „

Hier wäre das normale Gewicht sogar überschritten, Die Tabellen zeigen ferner, dass nicht einmal ausserordentlich gehäufte Anfälle das Niveau besonders herunterdrücken, dass dieses sich sogar manchmal noch erhebt; schliesslich aber sehen wir, dass Ereignisse, mit denen der Organismus im gewöhnlichen nicht zu rechnen hat, das Gewicht gerade so zum Sinken bringen, wie es bei einer akut einsitzenden Krankheit der Fall ist.

So sehen wir bei XV. F., dass der Kranke, der im Februar 1889 nicht mehr Anfälle als sonst hatte, bei dem aber ein vorher nicht vorhandener Zustand von Verwirrtheit eintrat, der sich bis zu maniakalischer Erregung steigerte, in diesem Monat 7 Pfd. verlor.

Man rechnet auch die periodische Manie zu den organischen Erkrankungen des Gehirns. Bei dieser Krankheit kann sowohl die Dauer der Anfälle als auch die Dauer der freien Zwischenräume sehr verschieden sein. In einer beim Manne selteneren Form tritt sie dergestalt auf, dass sie jeden Monat fast um dieselbe Zeit einsetzt, beinahe stets dieselbe Zeit dauert und dann allmählich abklingt. Der folgende Fall dürfte für diese Art ein klassisches Beispiel sein.

XVIII.

Sch., Peter, o. G., 30 Jahre alt, 178 cm gr. Eintrittsgewicht 114 Pfd. Mässig kräftiger Mann.

Periodische Anfälle, die meist gegen Ende des Monats beginnen, 14 Tage anhalten und dann wieder mit ruhigen Zeiten abwechseln. Dies Bild wiederholt sich einen Monat wie den anderen. Die Reihe der Gewichte gestaltet sich folgendermassen:

1888.

Juni	121 Pfd.	Oktober . . .	135 Pfd.
Juli	121 „	November . .	130 „
August	122 „	Dezember . .	135 „
September . .	124 „		

1889.

Januar	135 Pfd.	April	131 Pfd.
Februar . . .	133 „	Mai	131 „
März	137 „		

1890.

24. Januar . . .	135 Pfd.,	wird erregt.
28. Januar . . .	128 „	bleibt erregt.
4. Februar . .	130 „	bleibt erregt.

Am 8. Februar ruhig geworden, wiegt Pat. am 10./2. bereits wieder 135 Pfd. Am 23. Februar unruhig geworden, wiegt er am 25./2. 127 Pfd.

Auch hier drückt der einzelne Anfall das Gewicht momentan herab, während desselben aber erhebt sich die Curve wieder, um rasch, fast gleichzeitig mit Ende des Anfalls, die alte Höhe zu erreichen.

Sind die einzelnen Anfälle besonders stark, so prägt sich dies auch im Gewicht aus, welches zuweilen erheblich sinken kann.

Was die in längeren Intervallen auftretenden Anfälle angeht, so finden wir bei ihnen wiederum zunächst Sinken des Gewichtes, welches sich nach einer gewissen Zeit hebt. Höchst auffallend ist aber hier, mehr noch als bei der Paralyse, das starke Schwanken des Gewichtes nach oben und unten in kurzer Zeitdauer.

XIX.

P., Bernhard, Tagelöhner, 1847 geboren.

Erste Anstaltsbehandlung 1862.

Zweite Anstaltsbehandlung 18./8. 1869 — 26./4. 1870.

136 Pfd. beim Eintritt,

147 „ bei der Entlassung.

Dritte Anstaltsbehandlung 10./10. 1869 — 20./1. 1870.

Eintrittsgewicht (10./10.) . 139 Pfd.

Ende Oktober 144 „

„ November 154 „

„ Dezember 160 „

November geringe Besserung, die im Dezember und Januar anhält. Zuweilen war ungeheure motorische Erregung vorhanden, während Patient sonst ziemlich stumpf war.

Vierter Anfall 27./6. 1871 — 4./10 1871.

Eintrittsgewicht (27./4.) . . 131 Pfd.

Ende Juni 129 „

„ Juli 136 „

„ August 134 „

„ September 149 „

„ Oktober 160 „

„ November 161 „

Patient tritt sehr unruhig ein. In den ersten Tagen gewaltige psychische und motorische Erregung. Dann ruhiger, Im Juli bedeutende Besserung. August: Ziemlich unruhig. In den letzten Tagen Phlegmone am Ellenbogen. September: Zuweilen sehr unruhig, schläft dann nur nach Morphinum-injektionen. Oktober, November gut.

Fünfter Anfall 30./7.—20./10 1874.

Eintrittsgewicht (30./7.) . . 130 Pfd.

Ende Juli 131 „

„ August 148 „

„ September 140 „

„ Oktober 150 „

„ November 160 „

Höchst ideenflüchtig und unruhig wieder aufgenommen. August war ruhig. September höchst unruhig. Furunkel, dann Abszess am mall. extern. Geringe Entzündung am Fuss. Oktober höchst unruhig. November anfangs matt, Furunkel. Dann starker Appetit. Genesen entlassen.

Sechster Anfall 27./1. 1883—20./4. 1883.

Eintrittsgewicht (27./1.) . . 130 Pfd.

Ende Januar 128 „

„ Februar 134 „

„ März 142 „

Ideenflüchtig und unruhig aufgenommen. Februar meist motorisch und physisch sehr erregt, zuweilen auch gedrückt. März meist klagsam, gegen Ende besser.

Siebenter Anfall 8./5.—3./9. 1883.

Eintrittsgewicht (8./5.) . . 135 Pfd.

Ende Mai 132 „

„ Juni 143 „

„ Juli 152 „

Im Mai wechselnde Stimmung. Schliesslich motorisch erregt. Juni zuweilen sehr erregt. Juli und August besser.

Achter Anfall 26./4.—10./7. 1887.

Eintrittsgewicht (26./4.) . . 126 Pfd.

Ende April 127 „

„ Mai 136 „

„ Juni 147 „

Patient kommt wieder sehr unruhig in die Anstalt. Mai: Die erste Hälfte des Monats sehr unruhig, dann matt. Juni und Juli gut.

Neunter Anfall 16./8. 1887—10./7. 1888.

Eintrittsgewicht (16./8.) . . 130 Pfd.

1887.

August 142 Pfd. November . . 144 Pfd.

September . . 142 „ Dezember . . 138 „

Oktober . . . 143 „

1888.

Januar	131 Pfd.	April	146 Pfd.
Februar	145 „	Mai	145 „
März	148 „	Juni	142 „

August ziemlich ruhig (Patient war zu Hause sehr erregt gewesen), September und Oktober gleich ruhig. Ebenso November und Dezember. In den letzten Tagen des letzteren sehr erregt, auch Januar meist sehr unruhig. Von Februar an meist ruhig.

Zehnter Anfall 23./7. 1888—Dezember 1889.

1888.

Juli	135 Pfd.	September . .	147 Pfd.
August	133 „	Dezember . .	148 „

1889.

Januar	147 Pfd.	April	144 Pfd.
Februar	147 „	Mai	142 „
März	146 „	Dezember . .	145 „

Patient kommt sehr bleich, in höchst unruhigem Zustand in die Anstalt; er bleibt bis Anfang September unruhig. Von da an bis August 1889 ruhig, dann meist unruhig.

XX.

Th., Maria, 1843 geboren, 156 cm gr.

Erster Anfall 14./12. 1859 — 16./12. 1860. Keine Gewichte angegeben.

Zweiter Anfall 3./8. 1866—18./2. 1866.

Eintrittsgewicht . .	108 Pfd.
August	106 „
Oktober	120 „
November	123 „

Das psychische Verhalten entspricht im eben berührten Sinne den Zahlen.

Dritter Anfall 29./5.—24./8. 1867.

Mai	108 Pfd.
Juni	114 „
Juli	118 „

Erst im August hört das hochfahrende, mürrische, zuweilen verdrossene Wesen der Patientin auf. Im Juni Zeichen der Gravidität.

Vierter Anfall 23./1.—21./5. 1872.

Januar 114 Pfd. März 114 Pfd.

Februar . . . 119 „ April 119 „

Das Gewicht entspricht dem psychischen Verhalten.
Ausserdem im März Magenkatarrh.

Fünfter Anfall 11./7.—12./10 1873.

Eintrittsgewicht . . 116 Pfd.

Juli 118 „

August 119 „

September 124 „

Psychisches Verhalten entsprechend.

Sechster Anfall 30./7.—13./9. 1876.

Eintrittsgewicht . . 135 Pfd.

August 141 „

Siebenter Anfall 17./10 1883—19./1. 1889.

Eintrittsgewicht . . 112 Pfd.

31. Oktober . . . 115 „

November 118 „

Dezember 126 „

1884.

Januar 125 „

Erst vom 22. Dezember an definitive Besserung bis zur Entlassung.

XXI.

A., Katharina, geboren 1860, 157 cm gr.

Erster Anfall 9./6.—28./12. 1883.

Eintrittsgewicht . . 108 Pfd.

Austrittsgewicht . 141 „

Allmähliche Besserung (Manie).

Zweiter Anfall 17./6. 1884—8./1. 1886.

Eintrittsgewicht . . 110 Pfd.

März 135 „

April 124 „

Mai 130 „

Juni 121 „

Juli — „

Oktober 127 „

November 135 „

Dezember 137 „

Meist melancholisch verstimmt. Das regelmässige Leben während der Anstaltsbehandlung von Wichtigkeit.

April: Mattigkeit, Fluor albus; schlechtes psychisches Verhalten. Juni viel schlechter.

Von da ab stets maniakalisch erregt. Von Oktober an allmähliche Besserung bis zur Entlassung.

Dritter Anfall 7./7. 1887—7./5. 1889. Eintrittsgewicht 111 Pfd.

Im November 1887 137 Pfd., bleibt auf dieser Höhe bis Ende März 1888, sinkt bis Ende November allmählich auf 117 Pfd. Steigt im Januar 1889 langsam wieder und erreicht Ende April 1889 wieder die Höhe von 132 Pfd.

Manie mässigen Grades, die im November 1888 sich steigert, mit Januar 1889 aber besser wird. Im April 1888 kam eine sehr starke Blutung aus den Genitalien, die sich bis Ende Oktober unter häufigen Schmerzen oft wiederholt.

Die Manie mässigen Grades mit mässiger motorischer und psychischer Unruhe liess das Gewicht in nicht ganz fünf Monaten um 26 Pfd. in die Höhe gehen; mit eintretender körperlicher Störung und stärker werdender Manie sank dasselbe. Noch während der Manie stieg die Curve wieder, um bei definitiver Genesung ziemlich stark in die Höhe zu gehen.

XXII.

F., Gertrud, 1870 geboren, 147 cm gr.

Erste Aufnahme 5./8. 1885—29./7. 1886. Eintrittsgewicht 74 Pfd.

1885.

September . .	74 Pfd.	November . .	82 Pfd.
Oktober. . . .	76 „	Dezember. . .	82 „

1886.

Januar	82 Pfd.	Mai	104 Pfd.
Februar. . . .	100 „	Juni	106 „
März	110 „	Juli	107 „
April	104 „		

Melancholie mit Stupor. Anämie. Vom Februar an bedeutende Besserung.

Zweite Aufnahme 9./10. 1886--7./3. 1889. Eintrittsgewicht 86 Pfd. Melancholie. 31. Mai 1887: 116 Pfd. Von da ab ständige Besserung bis März 1888, wo Patientin 10 Pfd. durch schlechte Nahrungsaufnahme von ihrem Gewicht, welches Ende Februar 129 Pfd. war, verliert. Von diesem Monat an bis zum September agitierte Melancholie.

1888. August 108 Pfd.

September 123 „

Oktober 136 „

1889. Januar 139 „

Der Fall zeigt, — weniger für das näher gekennzeichnete Verhalten des Gewichtes bei periodischen Manien charakteristisch, — welchen ausserordentlichen Schwankungen auch bei nicht akuten Fällen das Gewicht unterworfen sein kann, namentlich wenn, wie hier, die Entwicklung mitspielt.

XXIII.

K., Karl August, 1851 geboren, 162 cm gr.

Erster Anfall 2./10. 1869--12./4. 1870. Der in der Entwicklungsperiode stehende Patient nimmt während der Manie fortwährend zu.

Eintrittsgewicht 106 Pfd.

Austrittsgewicht 141 „

Zweiter Anfall 3. 7. 1884—1. 5. 1886. Eintrittsgewicht 110 Pfd.

1884.

Juli	108 Pfd.	November . .	121 Pfd.
September . .	117 „	Dezember . .	124 „
Oktober . . .	122 „		

1885.

Januar	126 Pfd.	Juli	121 Pfd.
Februar	128 „	August	125 „
März	122 „	September . .	125 „
April	122 „	Oktober	128 „
Mai	125 „	November . .	131 „
Juni	125 „	Dezember . .	136 „

1886.

Januar	138 Pfd.
Februar	138 „
März	139 „

Manie hohen Grades, die sich in den letzten Monaten bessert. Das Gewicht hatte sich während der Manie auf einer Durchschnittshöhe von 123 Pfd. gehalten, betrug also im Durchschnitt 13 Pfd. mehr als das Eintrittsgewicht.

XXIV.

M., Matthias, 1845 geboren, 165 cm gr.

Erster Anfall 6./3. 1864—27./8. 1867. Manie, Eintrittsgewicht 123 Pfd.

April	127 Pfd.	Juni	136 Pfd.
Mai	132 „	Juli	134 „

Im Juli tritt die Besserung ein, die anhält.

Zweiter Anfall 26./11. 1867—10./3. 1868. Eintrittsgewicht 113 Pfd.

Juli	117 Pfd.	November . .	140 Pfd.
August	119 „	Dezember . .	145 „
September . .	125 „	Januar	147 „
Oktober	125 „		

Die Manie dauert bis Anfang November; dann beginnt die Besserung.

Dritter Anfall 12./10. 1872—11./10. 1873: Eintrittsgewicht 114 Pfd.

Die Curve zeigte wenig Charakteristisches. Nach einer Zunahme von 14 Pfd. in 4 Monaten (Melancholie) tritt bei körperlichem Unbehagen, doch allmählicher geistiger Besserung eine Abnahme von 7 Pfd. in 3 Monaten ein, welcher bis zu der nach 4 Monaten erfolgten Genesung eine Zunahme von 14 Pfd. folgt (135 Pfd.).

Vierter Anfall (Manie) 10./5. 1883—1./9. 1884.

Bei gleichbleibendem psychischem Verhalten erfolgt in 6 Monaten eine Steigerung um 13 Pfd. Das Gewicht hält sich mit ganz geringen Schwankungen auf dieser Höhe, um mit Eintritt der Besserung etwas zu sinken.

XXV.

M., Conrad, geboren 1858, 161 cm gr. Hereditär belasteter, sehr schwächlicher Mensch.

Erster Anfall 6./7. 1878—31./5. 1879.

1878.

Juli	85 Pfd.	Oktober . . .	99 Pfd.
August	86 „	November . .	102 „
September . .	100 „	Dezember . . .	115 „

1879.

Januar	128 Pfd.
Februar . . .	133 „
März	129 „

Melancholie, die in Stupor, dann in Manie übergeht.

Die Anstaltsbehandlung mag zum guten Theil dazu beigetragen haben, dass während der bestehenden psychischen Krankheit das Gewicht in 6 Monaten sich um 28 Pfd. hob. Die darauf folgende Besserung steigerte es noch um 14 Pfd.

Bei dem folgenden Anfall sind oft sich wiederholende Schwankungen vorhanden, bis mit dem Eintritt der Besserung das Gewicht sehr in die Höhe geht.

Ähnlich verläuft der folgende Anfall, der mehrere Monate dauert, während dieser Zeit geringe Gewichtszunahme, dagegen eine solche von 25 Pfd. während der in 3 Monaten sich einstellenden Besserung zeigt.

Der zuletzt beobachtete Anfall zeichnet sich dadurch aus, dass das Gewicht des Pat. zunächst um 30 Pfd. stieg, wovon ein grosser Anteil der Besserungszeit zufiel, dass es dann aber trotz anhaltender Besserung um 17 Pfd. sank, und die nun erreichte Höhe (117 Pfd.) auch bei der wegen Genesung erfolgten Entlassung zeigte.

XXVI.

Sch., Johann, 1851 geboren, 173 cm gr.

Erster Anfall 5./4.—9./10. 1876.

Eintrittsgewicht 138 Pfd.

Austrittsgewicht 166 „

Manie; Besserung Mitte August (159 Pfd.)

Zweiter Anfall 26.9. 1878—18./6. 1879. Eintrittsgewicht 140 Pfd. Besserung im März 1879 (150 Pfd.), nachdem im Februar das Gewicht auf 157 Pfd. gestiegen war. Ende Mai 158 Pfd.

Dritter Anfall 1./3. 1881.—13./2. 1882. Eintrittsgewicht 139 Pfd. Besserung im September 1881, 152 Pfd. Ende Januar. 164 Pfd.

Vierter Anfall 1./12. 1883—7./8. 1884. Eintrittsgewicht 137 Pfd. Manie dauert bis Mai 1884 fort. Ende Mai 154 Pfd. Ende Juli 159 Pfd.

Fünfter Anfall 23./9. 1885—5./8. 1886. Eintrittsgewicht 134 Pfd. Manie mittleren Grades bis Ende Juni 1886, Gewicht hat Ende dieses Monats, ohne vorher je gesunken zu sein, 135 Pfd. erreicht. (Kurz vor der Entlassung, Ende Juli, 154 Pfd.)

Sechster Anfall 30./12. 1887—31./12. 1888. Eintrittsgewicht 131 Pfd. Manie hohen Grades bis Juni 1888. Gewicht Ende dieses Monats 149 Pfd. Dann Besserung, die bis zur Entlassung anhält. September 160 Pfd. Ende Dezember 156 Pfd.

Siebenter Anfall 12./6. 1889. Eintrittsgewicht 140 Pfd. Manie mittleren Grades, mit kurzer zeitweiliger Besserung bis Ende Dezember 1889. Das Gewicht hatte geringe Schwankungen gezeigt. Ende Dezember 148 Pfd. Ende Februar 1890 147 Pfd.

Fassen wir zusammen, was uns bei der periodischen Manie auffällt, so ist dies zunächst der Umstand, dass die Verdauungs- resp. Assimilationskraft schon in kürzester Zeit gewissermassen mit Hochdruck arbeitet, der vom Gehirn aus gespeist wird. Sodann sehen wir während kurzer Zeit ausserordentliche Gewichtsschwankungen. Das rasch gesunkene Gewicht erhebt sich bei fortbestehender geistiger Störung sehr rasch und sehr hoch, während Fürstner und Krafft-Ebing vor allem auf das rasche Sinken aufmerksam machen, ohne die entsprechende ebenso rasche Steigerung zu berücksichtigen.

Schliesslich finden wir, dass das Curvenniveau, je öfter die Anfälle wiederkehren, um so tiefer herab gedrückt wird.

An die aufgeführten Fälle periodischer Manie schliesst sich ein Fall an, der sich nicht unter die periodischen, aber auch nicht unter die circulären Psychosen rechnen lässt, der aber, von beiden etwas an sich tragend, sich durch das eigenartige Verhalten seines Gewichtes auszeichnet und deshalb eine genauere Ausführung gestattet.

XXVII.

II., Peter Josef, 1840 geboren, 173 cm gr. Eintrittsgewicht 153 Pfd. Kräftig genährter Mann. Kommt maniakalisch erregt in die Austalt (Dezemb. 1887), bleibt äusserst unruhig.

In der zweiten Woche Phlegmone an der Hand, die nach Incision anstandslos heilt. Sein guter Appetit wird besonders hervorgehoben. Dies hindert nicht, dass er in den ersten 2¼ Monaten 32 Pfd. abnimmt. (Ende Februar 1888.)

Anfangs März beginnt das Gewicht sich zu heben, während die motorische Unruhe noch fort dauert. Im Mai ganz geringe Besserung. Im Juni viel schlimmer. Das Gewicht war seit

Anfang März bis Ende Juni um 28 Pfd. gestiegen. Im Juli entschiedene Besserung; ohne nachweisbare Ursache sinkt das Gewicht dennoch um 3 Pfd. Von nun an steigt dasselbe, während die Besserung stets anhält, bis zum Ende Dezember um 47 Pfd. (169 Pfd.). Immerhin war Pat. damals noch nicht vollkommen genesen, da er sein normales geistiges Gleichgewicht noch nicht völlig wieder erlangt hatte. Auf psychischem Gebiet vollzog sich allmählich eine Wandlung. Der in letzter Zeit freundlich gewesene Kranke wurde zuweilen spöttisch, zuweilen verlor er den rechten Mut. Er fühlte, dass gewissermassen die vegetativen Funktionen durchaus naturgemäss wie bei einem Gesunden vor sich gingen, empfand es aber doch, dass er psychisch krank war. Er beginnt, auf seine thatsächlich schlechter gewordene Verdauung zu achten.

Seine körperlichen Beschwerden, die in einer Störung des Intestinaltrakts bestehen, deprimieren ihn schliesslich vollkommen. Er fühlt den Beginn des ausbrechenden Rückfalls, der in der That nicht lange auf sich warten lässt. Nach einigen Tagen der Depression bricht stürmisch die Manie los. Patient isst, wie ein über den andern Tag in der Krankengeschichte bemerkt wird, sehr wenig und hat Ende März ein Gewicht von 143 Pfd., also in 2 Monaten 27 Pfd. verloren. Er gerät in eine gedrückte Stimmung, die ihn von da an selten mehr verlässt. Immerhin nimmt er einige Pfd. bis Mai zu. Seine Stimmung bessert sich dann ein wenig. Tage, an denen er frei und zuversichtlich auftritt, wechseln mit solchen ab, an denen er deprimiert ist und wenig Nahrung zu sich nimmt. Er verliert nicht nur das gewonnene Gewicht, sondern bedeutend mehr. Von Ende Mai bis Ende Nov. ist er 20 Pfd. leichter geworden. Die psychische Besserung, die Anfangs Dezember einsetzt und die mit besserer Nahrungsaufnahme einhergeht, wirkt dergestalt günstig auf die Ernährung ein, dass der Kranke nach 3 Wochen wieder 15 Pfd. gewonnen hat. Die geringe Besserung hält im Januar an, das Gewicht geht allmählich immer mehr in die Höhe.

Während wir den Fall nicht als einen circulären betrachten können, sehen wir doch Manie und Melancholie sich bei ihm aneinander anreihen. Wir haben, wenn auch nicht ganz freie Intervalle, so doch Zwischenräume, in denen der Pat. ziemlich frei und einsichtig ist.

Zunächst fällt der Einfluss der Nahrungsaufnahme und der motorischen Unruhe auf. In der zweiten maniakalischen Periode, wo der Verbrauch an Eiweiss nicht durch die nötige Zufuhr organerhaltender Stoffe gedeckt war, sank das Gewicht rapid. Weniger rapid, aber dafür um so constanter, sank es zu der Zeit, wo die geringere Nahrungsaufnahme mit einer Depression verbunden war. Hier haben wir es wieder mit einer Wechselwirkung zu thun. Notorisch war die Verdauung durchaus gestört, und dieser krankhafte Zustand misstimmte den Patienten sehr. Der *circulus vitiosus* wird nun geschlossen, indem diese Misstimmung den Kranken auch psychisch beeinflusst. Auch die Beobachtung Stark's kommt hier zur Anwendung, dass bei relativ hohem Durchschnittsgewicht die Schwankungen sehr gross sind. Finden wir doch eine Differenz von 50 Pfd. innerhalb eines Jahres.

Merkwürdig ist der Verlauf der Curve im ersten Jahre der Anstaltsbehandlung des Kranken. Nachdem er maniakalisch eingetreten war, verlor er trotz erhöhten Appetits in nicht ganz $2\frac{1}{4}$ Monaten über 30 Pfd. Die gewaltige motorische Erregung könnte höchstens dieses enorme Sinken des Gewichtes erklären. Der kurzdauernde, entzündliche Prozess an der Hand beeinträchtigte die Ernährung kaum in erheblichem Masse. Bei gleichbleibendem Verhalten der Psyche stieg dann aber das Gewicht unaufhörlich. Weder ass der Kranke mehr, noch verbrauchte er weniger Substanz als sonst. Auch in diesem Fall fällt die gewaltige Gewichtssteigerung bei noch bestehender Erkrankung auf, wodurch sich dieses Krankheitsbild dem der periodischen Manie und des Cirkelwahnsinns anschliesst.

Gehen wir nunmehr zu dem letzteren, dem circulären Irresein, über.

Es muss voraus geschickt werden, worauf schon in einzelnen Fällen hingewiesen worden ist, dass der Organismus gewissermassen auf eine Schädlichkeit eingeschult ist, mit der er fertig werden kann, dass aber, sobald eine neue Schädigung, sei sie körperlicher oder sei sie geistiger Art, hinzukommt, das Gewicht sinkt, dass oft gewissermassen die ganze geleistete Arbeit umsonst gewesen ist.

Für den Cirkelwahnsinn ist es aber charakteristisch, dass sehr häufig, wenn auch eine ganz neue Schädigung des Organismus durch eine neue Phase der Krankheit sich einstellt, das Gewicht dennoch nicht sinkt, sondern sogar steigt. Die Assimilationskraft ist eine so gewaltige, dass aus der Nahrung jedenfalls die fettbildenden Substanzen aufgespeichert werden — ob auch Eiweiss angesetzt wird, wäre nur durch die genauesten chemischen Untersuchungen festzustellen — nachdem der Körper eiweissarm gemacht worden ist, während bei anderen Psychosen nicht nur die ganze Nahrung verbraucht wird, sondern meist vom Organismus sogar solche zugesetzt werden muss.

Zur Erklärung dieses merkwürdigen Factums kann wahrlich nicht die Emmerich'sche Ansicht herangezogen werden, denn sie passt, da wir es bei der folie circulaire mit stets neuen Schädigungen zu thun haben, auf alle andern Erkrankungen, wie gezeigt worden ist, nur nicht auf die folie circulaire. Einzig und allein dient dazu die Annahme einer Trophoneurose. Wie diese lokal nachgewiesen ist, so ist es a priori wohl denkbar, dass auch die Ernährung des ganzen Organismus, centralerseits reguliert, sowohl übernormal unter Umständen, als auch, wie Fürstner annimmt, unternormal beeinflusst wird. Für eine Gewichtsabnahme, auch wenn sie gross ist, findet man ganz leicht naheliegende und durchsichtige Gründe, so dass nur in seltenen Fällen eine subnormale Ernährung durch Trophoneurose erklärt zu werden braucht; dagegen erklärt eine Reizung des einstweilen hypothetischen Ernährungscentrums wohl, wieso die Ernährung resp. Resorption und Assimilation der Nahrung so gesteigert werden kann, dass sie

trotz grosser Beeinträchtigungen zum Nutzen des Organismus von statten geht.

Dies geht nun allerdings nicht so weit, dass bei jedem Umschlag aus einer Phase in die andere das Gewicht immer weiter steigt. Schliesslich erlahmt die so sehr in Anspruch genommene Assimilationsfähigkeit, und die Ernährungsverhältnisse unterliegen, wie sie dies, um es nochmals zu betonen, in sehr vielen, hier natürlich nicht in Betracht kommenden Fällen überhaupt thun, den gewöhnlichen Gesetzen, so dass sich an eine Manie, bei der das Gewicht herunter gegangen war, eine Melancholie anschliessen kann, die ebenfalls mit einer Gewichtsabnahme, wenigstens im Anfange noch, vergesellschaftet ist. Der weiterhin mitgeteilte Fall beweist dieses.

XXVIII.

D., Wilhelmine, 61 J., Dienstmagd, 160 cm gr. Eintrittsgewicht 124 Pfd. Juni 1887 eingetreten.

Patientin kommt maniakalisch erregt in die Anstalt, nimmt wohl durch die bessere Pflege daselbst in den letzten Tagen des Monats (Juni) zu (127 Pfd.), verliert, deprimiert geworden, in den nächsten 3 Monaten etwas an Gewicht (124 Pfd.), um den Verlust bei gleichbleibendem Zustand sehr bald einzuholen (128 Pfd.). Übrigens war der Appetit stark. Das Gewicht hält sich auf der genannten Höhe bis zur Mitte April 1888, wo Patientin für kurze Zeit erregter wird. Die Melancholie weicht erst Anfang Juli 1888, bis zu welchem Zeitpunkt die Kranke noch weitere 6 Pfd. zugenommen hatte. Von da an bis April 1889 maniakalisches Stadium. Die motorische Erregung ist nicht immer sehr stark ausgeprägt, zuweilen aber ausserordentlich, worauf dann auch das Gewicht durch stärkeres Herabgehen reagiert.

1888.

Mai	134 Pfd.	September . .	145 Pfd.
Juni	138 „	Oktober . . .	149 „
Juli	141 „	November . .	153 „
August	146 „	Dezember . .	150 „

1889.

Januar 147 Pfd. Februar 151 Pfd.

(Im Januar hatte Patientin Erysipel.) An dieses Stadium reiht sich eine bis auf den heutigen Tag währende melancholische Phase an. Das Gewicht betrug am 31./1. 1890 124 Pfd. Es hatte im Januar 1889 mit einsetzender Depression zu sinken begonnen und sank konstant bei gleichbleibender Gemütsstimmung: das trophoneurotische Centrum war ermüdet.

Wir sahen: In der Melancholie Abnahme, nach längerer Dauer Zunahme (wie bei akuten Melancholien); die Gewichtszunahme erhält sich bei dem Übergang in eine (hier allerdings mehr psychische) Manie, was der folie circulaire eigenthümlich ist. Sobald die Erregung auf das motorische Gebiet übergeht, geringes Sinken des Gewichtes.

Wenn allerdings eine Manie, bei der das psychische Moment vorwiegt, sich an eine Melancholie anschliesst, so ist eine Gewichtssteigerung nicht stets etwas Merkwürdiges. Das gehobene Selbstgefühl, die Lebenslust, welche die Kranken zeigen, bewirken leicht einen regeren Appetit und eine bessere Verdauung. Das beweisen auch Fälle hallucinatorischer Verwirrtheit, die einen heiteren Charakter tragen, und die zuweilen von Anfang an eine grosse Gewichtssteigerung zu erkennen geben.

Fassen wir nochmals kurz zusammen, welche Gesichtspunkte bei der Beurteilung des Gewichts während der folie circulaire massgebend sind, so sind es folgende:

- 1) Allgemeine oder fieberhafte Krankheiten sind auszuschliessen.
- 2) Es ist Rücksicht zu nehmen auf Nahrungsverweigerung, Verdauung, Constitution, Alter, motorische oder psychische Erregung. Diese Momente üben oft allein einen unverkennbaren Einfluss in ganz bestimmter Weise auf das Verhalten des Körpergewichtes aus.
- 3) Keine Anfangsphase des circulären Irreseins erfolgt mit Anstieg.

- 4) Die einzelnen Phasen zeigen, wenn sie genügend lange dauern, einen Gewichtsanstieg, auch nachdem vorher Abnahme vorhanden gewesen war.
- 5) Der Gewichtsanstieg kann, selbst wenn die Verdauung weniger gut und eine motorische Unruhe gewissen Grades vorhanden ist, bis in die andere Phase hinein fort dauern oder mit derselben beginnen. Dies ist aber nicht unbedingt Regel.
- 6) Letztere sind die einzigen Fälle des Cirkelwahnsinns, die besonderer Erklärung bedürfen. Die anderen fallen allenfalls dadurch auf, dass der Organismus sich so rasch mit der Beeinträchtigung der Assimilation in's Einvernehmen setzt.
- 7) Wir nehmen beide Male eine Trophoneurose als Erklärung an.
- 8) Wie das Bild des circulären Irreseins bei den verschiedenen Fällen ein höchst verschiedenes ist, so auch das Bild der Curven, die uns die Fortführung der während der Krankheit sich ergebenden Körpergewichte liefert.

Aus dem Mitgeteilten lässt sich der Schluss ziehen, dass das Körpergewicht für die Prognosestellung lange nicht den früher für dasselbe bei psychischen Erkrankungen beanspruchten Wert hat, da auch bei akuten Geisteskrankheiten das Bild der Gewichtscurven zu sehr differirt. Sind keine von den in der Ausführung genauer mitgeteilten complicirten Umständen vorhanden, so tritt in jedem Falle eine Gewichtssteigerung ein, ohne dass diese von einer psychischen Besserung begleitet zu sein braucht. Die Gewichtssteigerung kann eine ziemlich bedeutende Höhe erreicht haben, ehe die Besserung, unabhängig von ersterer, einsetzt. Eine Besserung ist ja in den meisten akuten Fällen zu erwarten. Wann dieselbe aber eintritt, darüber geben uns die Gewichtszahlen höchstens dann Aufschluss, wenn sie sich durch eine ganz auffallende Höhe auszeichnen. Was die chronischen Fälle

angeht, so hat sich in Übereinstimmung mit Nasse ergeben, dass bei Verschlechterung eine Abnahme, bei Besserung eine Zunahme des Gewichtes eintritt. Es ist aber von Nasse nicht darauf hingewiesen worden, dass umgekehrt häufig selbst eine bedeutende Gewichtszunahme durchaus nicht gleichbedeutend mit einer Besserung ist. Andererseits sehen wir in den subakuten Fällen nach einer gewissen Zeit eine Konstanz des Gewichtes oder sogar eine mehr oder weniger grosse Steigerung eintreten, während die Psychose noch fortbesteht, ohne dass wir aus dem Verhalten des Gewichtes und der langen Dauer der Erkrankung auf einen ungünstigen Ausgang schliessen müssen. Sahen wir doch auch in weiteren Fällen Genesung erfolgen, nachdem das Gewicht sich Monate lang auf einem nicht unbedeutenden Niveau erhalten oder dasselbe sogar überschritten hatte. Sobald die Besserung einsetzt, hebt sich das Gewicht, auch wenn erstere vorerst nur gering ist, um ein Beträchtliches. Bis zur definitiven Genesung kann aber, trotzdem das Gewicht immer mehr steigt, noch geraume Zeit vergehen. Betreffs der Diagnose ist der Vergleich der Gewichtszahlen mit dem psychischen Verhalten in den meisten Fällen für periodische Manie, in einzelnen für das circuläre Irresein zu verwenden, für die Diagnose des letzteren aber allein durchaus nicht massgebend. Für die periodische Manie ist das höchst charakteristische Bild der steilen Curven bei den ersten Anfällen hervorzuheben, die sowohl im Abfall, ohne dass sich kausale Beziehungen nachweisen lassen, worauf auch Fürstner hingewiesen hat, als auch im Anstieg steil sind. Letztere Angabe finden wir bei dem genannten Autor, der in seiner Arbeit ein System gegeben hat, welches wissenschaftliche und planmässige Körpergewichts-Untersuchungen bei Geisteskrankheiten sehr fördert, nicht mitgeteilt. Die in der Ausführung genau umschriebenen, hinsichtlich des Körpergewichts für die Diagnose zu verwertenden Fälle von Cirkelwahnsinn sind, wie schon gesagt, recht selten.

An den mitgeteilten Resultaten werden wohl auch die genauesten Stoffwechsel-Untersuchungen nicht viel ändern.

Die in der vorliegenden Arbeit mitgetheilten Wägungen entstammen theils der Zeit, in welcher der verstorbene Geh. Rath Professor Dr. Nasse alle Kranken in der Bonner Anstalt am Ende jeden Monats wiegen liess, theils sind sie jüngeren Datums und unter Herrn Geh. Rath Professor Dr. Pelman vorgenommen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Rath Professor Dr. Pelman, welcher mir für eine Arbeit, zu der ich von ihm die Anregung empfangen, dies reichhaltige Material zur Benutzung gestattet, der mir ausserdem die Erlaubnis gewährt hat, diejenigen Kranken wiegen zu lassen, deren jeweiliger psychischer Zustand ein Interesse an ihrem Körpergewicht erheischte, hierfür und für das gütigst übernommene Referat meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Ebenso herzlich danke ich Herrn Dr. Kny für die lebenswürdige und thätige Unterstützung, die er mir stets zu Theil werden liess.

Litteratur.

- 1) Nasse, Allg. Zeitschrift f. Psych. 16, p. 541 ff.
 - 2) Albers, Deutsche Klinik. 1854, Nr. 32.
 - 3) Esquirol, Des maladies mentales. Paris. 1838.
 - 4) Lombroso und Laurent, Ann. méd. psychol. 4. Ser. X, pag. 218. Mars, 1867.
 - 5) Stiff, Franz. Dissert. Marburg 1872. Druck von C. L. Pfeil: „Über das Verhalten des Körpergewichtes bei Geisteskrankheiten“.
 - 6) Baillarger, „Sur la folie circulaire“. Bull. de l'Acad. XIX, pag. 342.
 - 7) L. Meyer, „Über circuläre Geistesstörungen“. Arch. f. Psych. 1874. S. 139—158.
 - 8) Fürstner, „Über das Verhalten des Körpergewichtes bei Psychosen“. Vortrag, gehalten am 21. September 1889 auf der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Heidelberg. Section für Psychiatrie und Neurologie.
 - 9) Erlenmeyer, Psych. Corresp.-Blatt. 1854, 2.
 - 10) Dittmar, „Über regulatorische und über cyklische Geistesstörungen“. Bonn, 1876.
 - 11) Flemming, Irrenfreund. 1876, Nr. 1.
 - 12) Kelp, Irrenfreund. 1876, Nr. 7.
 - 13) Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. I, S. 145—146.
 - 14) Huppert, Refer. über die Abhandlungen von L. Meyer, Flemming, Nefel, Kelp, über Zirkelwahnsinn. Schmidt'sche Jahrb. Bd. 173, S. 216 f.
 - 15) Karrer, „Bemerkungen zur circulären Geistesstörung“. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 37, S. 695—712.
 - 16) Emmerich, „Über cyklische Seelenstörungen“. Schmidt's Jahrb. Bd. 190, S. 206—209.
 - 17) Stark, „Über das Verhalten des Körpergewichtes bei periodischen Psychosen“. Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 44, S. 140—165.
 - 18) Kowalewsky, „Das Wiegen von Epileptischen als objektives Anzeichen epileptischer Leiden“. Arch. f. Psych. Bd. XI, S. 350 ff.
 - 19) v. Olderogge, „Etwas über die Schwankungen des Gewichtes bei Epileptischen“. Arch. f. Psych. Bd. XII, S. 692 ff.
 - 20) Jolly, „Über Veränderung des Körpergewichtes nach epileptischen Anfällen“. Vortrag, gehalten am 21./5. 1881 auf der Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden.
 - 21) Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten.
-

Vita.

Geboren wurde ich Leopold Stern, isr. Confession, am 8. Oktober 1868 zu Düsseldorf als Sohn des im Jahre 1872 verstorbenen Kaufmanns Adolf Stern und seiner verstorbenen Gattin Rosa geb. Rothschild. Das Gymnasium zu Düsseldorf besuchte ich von Ostern 1877 und verliess es Ostern 1886 mit dem Zeugnis der Reife.

Ich bezog sodann, um mich dem Studium der Medizin zu widmen, die Universität Bonn, welcher ich zwei Semester angehörte.

Das Sommersemester 1887 und das Wintersemester 87/88 gehörte ich der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg an. Im Februar 1884 bestand ich dort das Tentamen Physicum. Die beiden folgenden Semester verbrachte ich in Strassburg, das darauffolgende (Sommersemester 1889) in Kiel. Sodann kehrte ich nach Bonn zurück und ward hier am 30. Oktober 1889 wieder in das Album der medizinischen Fakultät eingetragen. Das Examen rigorosum bestand ich am 13. Juni 1890.

Meine akademischen Lehrer waren:

- in Bonn die Herren Professoren und Docenten: Barfurth, Binz, Clausius †, Doutrelepont, Finkler, Kekulé, Koester, Krukenberg, Müller, Pelman, Ribbert, Saemisch, Schaaffhausen, Schultze, Strasburger, Trendelenburg, Ungar, Frh. v. la Valette St. George, Veit, Witzel;
- in Freiburg: Baumann, Hildebrandt, von Kries, Warburg, Weismann, Wiedersheim, van Wyhe;
- in Strassburg: Cahn, Freund, Jössel, Lücke, v. Mering, Naunyn, v. Recklinghausen, Schmiedeberg, Schwalbe;
- in Kiel: v. Esmarch, Falck, Heller, Quincke, Völkers, Werth.

Allen diesen hochverehrten Herren meinen herzlichsten Dank.

Thesen.

- I. Das Körpergewicht ist kein sicheres Kriterium für den Ernährungszustand des Organismus.
- II. Höheres Alter ist nicht vor Acquirierung der Tuberkulose geschützt.
- III. Zum Zweck der Darstellung des Körpergewichtsverhaltens bei Geisteskrankheiten sind Wägungen in längeren, stets gleichen Zwischenräumen vorzunehmen.

15407

19700
C