

Ueber

Psychosen nach Influenza.

Von

Prof. E. Kraepelin

in Dorpat.

Dr. Th. Meyer

Sonderabdruck aus der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift“ 1890, No. 11.

Redacteur: Sanitätsrath Dr. S. Guttman.

Leipzig.

Verlag von Georg Thieme.

1890.



Bei der jüngsten Influenzaepidemie habe ich Gelegenheit gehabt, eine ganze Reihe von psychischen Störungen zu beobachten, deren Entwicklung sich mit grösserer oder geringerer Bestimmtheit auf die herrschende Volkskrankheit zurückführen liess. Da diese Erfahrungen in ätiologischer wie in klinischer Beziehung ein gewisses Interesse bieten, und da ferner die Influenzapsychosen meines Wissens vom psychiatrischen Standpunkte bisher noch keine Beachtung gefunden haben, so theile ich nachfolgend in kurzem Auszuge die von mir gesammelten Beobachtungen mit. Die meisten derselben stammen aus meiner Klinik. Die Fälle 1 und 2 sah ich einige Male in der Privatpraxis, zusammen mit Herrn Dr. J. Meyer, den Kranken 3 in meiner Sprechstunde, während ich die Nachrichten über die Patientin 8, welche starb, nachdem sie schon für die Klinik angemeldet worden war, Herrn Dr. W. v. d. Borg in Reval verdanke.

1. Lehrerin, 40 Jahre, thatkräftig und intelligent. Vor einigen Jahren Angina mit auffallend langsamer Reconvalescenz. Anfang December 1889 Influenza. Pat. war nicht bettlägerig, sondern unterrichtete noch 10 Tage wegen gleichzeitiger Erkrankung einer Collegin, fühlte sich aber äusserst matt und angegriffen dabei, hatte gar keinen Appetit, schlechten Schlaf, so dass sie sich am 10. December doch noch legen musste. Im Bette befand sie sich relativ gut, war aber im vollsten Gegensatze zu ihrer früheren Regsamkeit und Energie ganz apathisch, ohne das geringste Interesse für ihre Umgebung und selbst für ihr persönliches Wohlergehen. Sobald sie die Augen schloss, sah sie mit grosser Deutlichkeit allerlei Bilder vor den Augen, die sie aber meist nicht beunruhigten, sondern gleichgültig oder selbst amüsant waren; so sah sie einen ihr bekannten Herrn, der sie während der Krankheit besucht hatte, längere Zeit hindurch nach Art gewisser Kinderspielzeuge Evolutionen am Reck machen. Der Appetit war schlecht; Pat. ass nur aus Pflichtgefühl. Der Schlaf war ebenfalls sehr gestört; es kam meist nur zu einer Art Halbschlummer mit lebhaften hypnagogischen Hallucinationen. Die Besonnenheit war dabei vollkommen erhalten. Grössere Bromgaben (bis zu 5 g), Einpackungen, Bäder, Sulfonal (1–2 g) brachten keine Besserung. Vielmehr traten Anfang Januar nächtliche Beängstigungen

ein, die sich zeitweise fast bis zur Ohnmacht steigerten. Zugleich bemächtigte sich der Pat. ein starkes Misstrauen gegen ihren Arzt; sie glaubte sich falsch behandelt, führte ihre Angstanfälle, bei denen sie das Auftreten einer rasch wieder verschwindenden Geschwulst in der linken Seite bemerkte, auf die Medication zurück und gewann die Ueberzeugung, dass ihr Ende bevorstehe. In dieser Stimmung schickte sie den Arzt fort, berief telegraphisch ihren Onkel und machte ihr Testament. Mitte Januar indessen, kurz nach diesen Ereignissen, besserte sich der Schlaf und namentlich der Appetit; Pat. erholte sich bei wahren Heisshunger ausserordentlich rasch und gewann nun auch Einsicht in die krankhafte Unmotivirtheit ihrer Verstimmung.

2. W., 19 Jahre. Grossmutter, Mutter und ein Bruder „nervös“. Im 12. Lebensjahre Chorea, anfangs sehr stark, im Verlauf von 2 Jahren sich allmählich verlierend. Menses ohne Störung; Mitralkstenose. Anfang December Influenza mit mässigem Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen. Gegen ärztlichen Rath blieb Pat. nur einen Tag im Bett. Nach wenigen Tagen Auftreten eigenthümlicher, nicht näher zu beschreibender, aber sehr quälender Empfindungen in den verschiedensten Körpertheilen, grosse Mattigkeit und Hinfälligkeit. Pat. gewinnt die sichere Ueberzeugung, dass es binnen kurzem mit ihr zu Ende gehen müsse, und bereitet sich auf den Tod vor; es kann nicht wieder besser werden. Furcht, allein zu sein, Beängstigungen; in der Nacht leise, flüsternde Geräusche vor den Ohren, ohne dass Pat. deutliche Worte verstehen kann. Appetit und Schlaf sehr schlecht; beträchtliche Anämie. Unter dem Gebrauch von Brom, abendlichen Bädern, Bettruhe, kräftiger Ernährung ganz langsame Besserung; seit Anfang Februar ist Pat. als geheilt zu betrachten.

3. Kaufmann, 43 Jahre. Seit 3 Jahren in unregelmässigen Intervallen kurzdauernde asthmatische Anfälle, die bei dem sehr solide lebenden Pat. besonders durch Schnapsgenuss ausgelöst werden konnten und sich durch eine Cur in Ems sehr wesentlich gebessert haben. Schwächliche Constitution; chronischer Bronchialkatarrh. Mitte November Trennung von einem ungeeigneten Compagnon, über die Pat. zunächst sehr glücklich war. Mitte December Influenza, Fieber, Schnupfen, Kopfschmerzen; Pat. war einen Tag bettlägerig. Nach 3 Tagen Besserung der somatischen Erscheinungen, aber Schlaflosigkeit und grosse psychische Depression. Pat. macht sich Gedanken über die Lage seines Geschäfts, fürchtet, die ihm anvertrauten fremden Gelder nicht sichern zu können, seine Geschäftslehre zu verlieren, bankerott zu werden. Alles ist verdreht und verloren; die Polizei wird kommen und alles mit Gewalt nehmen; gut werden kann es nicht mehr. Er möchte alles verkaufen und nach Amerika gehen oder noch besser recht krank werden und sterben oder gar sich selbst das Leben nehmen. Er hält sich für ganz gesund, giebt aber selbst zu, dass er seine Befürchtungen bei ruhiger Ueberlegung als unbegründet anerkennen müsse. Vor 4 Jahren habe er wirklich einen grossen Geschäftsverlust gehabt, sei aber damals sehr bald darüber hinweggekommen. Pat. ist sehr schreckhaft, kann nicht lange ruhig sitzen, zuckt oft zusammen, weint, schläft fast gar nicht und isst wenig. Auf Gebrauch von Bromnatrium und Sulfonal allmähliche Besserung. Anfang Februar ist unter bedeutender Zunahme des Appetits die Depression fast ganz geschwunden; nur der Schlaf lässt noch zu wünschen übrig.

4. M., 49 J., Restaurateur. Keine Heredität. Mit 18 Jahren ein Beängstigungsanfall mit Selbstmordneigung. Seit 7 Jahren chronischer Magenkatarrh, Glossitis; mässiges, geordnetes Leben. Vor längerer Zeit vorübergehend hypochondrische Befürchtungen, Lectüre medicinischer Schriften. Ende November 1889 Influenza. Pat. lag einige Tage zu Bett, versah aber vom 1. bis 8. December wieder sein Geschäft, zeigte guten Appetit. Am

8. December Rückfall mit Fieber, völlige Anorexie; am 16. galliges, am 17. blutiges Erbrechen, später noch 3mal Erbrechen, Verordnung von Condurango; Schlaflosigkeit, die durch Hypnotica bekämpft wurde. Am 18. December Gesichtserysipel, welches in 9 Tagen abheilte. Um Weihnachten herum trat bei dem Pat. die Idee hervor, dass er am Magenkrebs leide, obgleich die körperliche Untersuchung ausser einer gewissen Abmagerung keine weiteren Symptome, insbesondere keinerlei Druckempfindlichkeit oder Tumor im Abdomen nachweisen konnte. Am 1. Januar 1890 meinte er, der Arznei sei noch ein besonderes Gift zugesetzt, um ihn, den Unheilbaren, möglichst rasch aus der Welt zu schaffen. Grosses Misstrauen gegen den Arzt, später auch gegen die Frau; Weigerung, den Verordnungen zu folgen. Medicin oder auch nur Nahrung zu sich zu nehmen. Pat. isst und trinkt tagelang gar nichts, lässt zu anderen Zeiten wenigstens einen Rest im Glase zurück, da sich in ihm wohl das Gift gesetzt haben werde, antwortet auf jeden Zuspruch nur mit ironisirendem Galgenhumor, dass die Aerzte ja selbst am besten wüssten, wie nutzlos ihre Bemühungen seien. Er verlangt nach einem Revolver, um sich das Leben zu nehmen, klagt über seine Schlechtigkeit und Sündhaftigkeit; überall bricht der Krebs hervor, an den Augen, an den Lippen; er verpestet die Luft, steckt seine ganze Umgebung an. Der Schlaf fehlt fast ganz, doch liegt Pat. ruhig mit geschlossenen Augen im Bette; die Ernährung sinkt rapid. Am 1. Februar 90 Aufnahme in die Klinik. Senium praecox, starke Abmagerung, doch kein eigentlich kachektisches Aussehen; keine objectiven Symptome von Magenkrebs; Bettlagerung. Pat. ist besonnen, ruhig, aber nicht orientirt, wähnt Gift in den Speisen, erkennt den Arzt, ist fest überzeugt, dass man ihn umbringen, erschiessen, lebendig einsargen werde. Die Reden und das Benehmen der Umgebung, zufällige Geräusche, die Schatten an der Wand, alles wird sofort im Sinne des bestehenden Verfolgungswahnes gedeutet. Er hat es aber auch nicht besser verdient, hat schreiendes Unrecht begangen, die Klinik durch Ansteckung in ein Leichenfeld verwandelt, ist ein Scheusal, welches nicht werth ist, länger zu leben. Zeitweise stärkere Beängstigung, meist eine gewisse fäulerliche Selbstironie. Wirkliche Sinnestäuschungen sind zunächst nicht nachzuweisen. Der Schlaf ist sehr gestört; wechselnde Nahrungsverweigerung.

5. Bauernknecht, 17 Jahre. Keine Heredität. Patient ist geistig und körperlich nicht besonders kräftig constituirt, hat öfters am Magen gelitten, sich übermässig anstrengen müssen, sprach Nachts häufig im Schlafe; kleiner Schädel, Andeutung von Os leporinum. Ende November Influenza, Unwohlsein, Schmerzen in den Gliedern. Am 2. December Tod der Tante, bei der Patient im Dienst stand. Heftige Gemüthserschütterung; Patient lag ganze Nächte beim Sarge auf den Knien und betete, wurde sehr bald verwirrt. Am 11. December 1889 Aufnahme in die Klinik. Sehr reducirter Ernährungszustand, Unruhe, Grimassiren; völlige Verwirrtheit. Pat. giebt auch auf die einfachsten Fragen durchaus unzutreffende Antworten, in denen einzelne stereotype, aber unverständliche Wendungen häufig wiederkehren; hypochondrische Klagen, der Hals sei zu; auch an der Hand sei etwas zugewachsen. Unter Betruhe und bei reichlicher Nahrungszufuhr tritt schon in den nächsten Tagen eine erhebliche Beruhigung ein; der Kranke steht auf, beschäftigt sich etwas, wird besonnen, giebt einzelne richtige Antworten, beobachtet seine Umgebung genau, geräth aber noch sehr leicht in den früheren Zustand hinein; dabei stellt sich Herzklopfen mit starker Röthung des Kopfes und eigenthümlich benommenem Gesichtsausdrucke ein. In der Nacht einzelne Gesichtstäuschungen; die Lampe bewegt sich; ein blutiger Knochen fällt auf das Kopfkissen; der Tisch erscheint als Pferd und Wagen. In den Ohren saust es, aber Patient hört keine Stimmen. Häufiger Wechsel zwischen weinerlicher und ausgelassener,

läppischer Stimmung; leichte Ermüdbarkeit. Im weiteren Verlaufe allmählich fortschreitende Besserung; mehrfache Schwankungen, meist durch gemüthliche Eindrücke (Tod eines Mitpatienten; epileptischer Anfall eines anderen) veranlasst; am 8. Januar vorübergehend ausgeprägte *Flexibilitas cerea*. Seit Mitte Januar unter raschem Ansteigen des Körpergewichtes völlige Beruhigung und Besonnenheit, klare Krankheitseinsicht. An die Vorgänge im Beginn der Erkrankung hat Patient nur eine summarische Erinnerung; er war damals sehr ängstlich.

6. Dienstmagd, 21 Jahre, unehelich geboren; mässiger Alkoholmissbrauch. Am 19. December 1889 gebar Patientin ausserordentlich in normaler Weise; zwei Tage später Influenza mit hohem Fieber und Katarrh der Luftwege. Am 24. December wurde das Kind im Einverständniss mit der Patientin nach Petersburg in's Findelhaus gesandt. Diese Trennung fiel ihr jedoch sehr schwer; sie wurde deprimirt, schlaflos, schliesslich verwirrt, verkannte ihre Umgebung und wurde deswegen am 6. Januar 1890 in das Stadthospital gebracht. Hier war sie anfangs ruhig, aber verwirrt und nur zeitweise klarer; vom 12. Januar jedoch stellte sich eine starke Unruhe mit vorzugsweise ängstlichen Affecten und lebhaften Sinnestäuschungen ein. Patientin sah Kobolde und schwarze Männer, die ihr Kind rauben, Studenten, welche sie zerschneiden wollten, suchte zu entfliehen, aus dem Fenster zu steigen, verkannte ihre Umgebung, hielt die Mitpatientinnen für männliche Verfolger und wurde sehr aggressiv. Sie hörte ihren Namen rufen, vernahm die Stimme ihres Kindes, hielt das Geräusch fallender Tropfen für das Weinen desselben. Dazwischen war sie sexuell erregt, erging sich in obscönen Redensarten und Liedern, hielt sich unrein, zerstörte, streute ihre Speisen herum, ass und schlief fast gar nicht. Diese Erregungszustände wechselten ab mit ruhigeren Zwischenzeiten, in denen Patientin einigermaassen besonnenere Auskunft zu geben vermochte. Am 22. Aufnahme in die Klinik. Stark gesunkene Ernährung, grosse Schwäche und Apathie; Besonnenheit, aber Erschwerung des Denkens, unklare Erinnerung an die Krankheit, Gefühl äusserster Ermüdung. Bettruhe; sehr kräftige Ernährung bei zunächst ausgezeichnetem Appetite. Trotzdem wechselnder Zustand. Meist ist die Kranke ruhig, ziemlich orientirt, erkennt aber die Personen ihrer Umgebung, hält die Mitkranken für Männer, fürchtet, von den Aerzten ertränkt, in den Theerkessel geworfen zu werden. Es ist alles aus; man möge sie umbringen, sie habe viel Schlechtes begangen, sie sei nicht werth, auf der Matratze zu schlafen, sondern höchstens auf dem Abtrittsdeckel zu sitzen. Zeitweilig Steigerung der Angst mit heftiger motorischer Erregung. Zerstörungssucht und Angriffen auf ihre vermeintlichen Verfolger, dazwischen vorübergehend expansive Verstimmung. Sie giebt an, Kobolde gesehen zu haben; alles um sie herum ist verwandelt, verändert; sie wird wohl nicht einmal ihre Mutter wiedererkennen, die sie vor ihrem bald bevorstehenden Tode noch einmal sehen möchte. Anfang Februar Abnahme des Appetits, vorübergehende Nahrungsverweigerung, doch ist Patientin im ganzen ruhiger. Seit Mitte Februar entschiedene Besserung.

7. Buschwächter, 42 Jahre. Eine Tante geisteskrank gestorben. Patient ist von Kindheit an schwächlich, kein Trinker; seit langer Zeit Husten mit reichlichem Auswurf. Anfang December Influenza. Patient war einige Zeit bettlägerig, erkältete sich darauf sehr stark (Recidiv?). Dann fing er an, viel zu beten, sprach ganz verworren über die Weltkugel, über Erdbeben, drohte seine Umgebung zu schlagen und wurde deshalb gebunden, schlief nur gegen Morgen einige Stunden. Aufnahme in die Klinik am 17. December. Emphysem, ausgebreitete Bronchitis, Cyanose, normale Temperatur; hochgradige Abmagerung. Patient ist völlig verwirrt, giebt ganz unzutreffende, ideen-

flüchtige Antworten, erkennt seine Umgebung. Er zeigt lebhaften Bewegungsdrang, spricht viel durcheinander, gesticulirt; Stimmung wechselnd, bald ängstlich, bald expansiv mit zusammenhanglosen Grössenideen. Bettruhe; reichliche Nahrungszufuhr bei gutem Appetit. In der Nacht trotz Morphinum grosse Unruhe, ebenso am nächsten Tage. Am Abend des 18. Hyoscin ohne wesentlichen Erfolg; am 19. enorme Aufregung, Schlägen und Stossen mit Kopf, Händen und Füssen, absolute Nahrungsverweigerung. Ein Bad und eine Einpackung bringen auf kurze Zeit Beruhigung. Nach Hyoscin ruhiger Schlaf bei gutem Pulse; Nachts gegen 12 Uhr plötzlicher Collaps mit Exitus letalis. Die Section (Dr. Wicklein) ergab hochgradiges Lungenemphysem, ausgedehnte Bronchitis, mehrere lobuläre pneumonische Herde und braute Atrophie des Herzmuskels. Das Gehirn war ziemlich blutreich, die Windungen in den vorderen Partien auffallend schmal.

8. Dienstmagd, 30 Jahre, anämisch, sonst stets gesund; keine Heredität. Am 27. December 1889 Influenza mit Kopfschmerz, Husten und lebhaftem Fieber. Nachlass des Fiebers auf Chinin; grosse Schwäche, Appetit und Schlaflosigkeit. Am 29. psychische Depression, Todesgedanken, am 30. Abends heftige Erregung. Pat. springt aus dem Bette, läuft laut schreiend herum, spricht ganz verwirrt, erkennt ihre Umgebung. Am 31. ist Pat. etwas ruhiger, aber noch ganz verwirrt. Nahrungsverweigerung, völlige Schlaflosigkeit. Gegen den ärztlichen Rath wurde Pat. dann am 2. Januar 70 Werst weit auf's Land gebracht. Die Fahrt verlief gut, aber Abends 11 Uhr trat ein erneuter Anfall hochgradiger Aufregung ein, während dessen Pat. plötzlich verstarb. Die Section konnte nicht gemacht werden.

9. Knecht, 19 Jahre, früher stets gesund, keine Heredität; seit längerer Zeit grosse Sorge wegen des bevorstehenden Militärdienstes. Mitte December Influenza; nach derselben psychische Depression, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit. Dann trat, ungefähr eine Woche nach der Erkrankung, eine heitere Verstimmung mit grosser Verwirrtheit und lebhaftem Bewegungsdrange ein; Pat. verliess seinen Dienst, kehrte zu den Eltern zurück. Hier traf er seinen Vater auf dem Sterbebette an, misshandelte denselben in seiner Aufregung mehrmals. Der Appetit war immer gut, auch der Schlaf wurde besser, doch war Pat. nach dem Schlafen meist verwirrter, als am Abend. Am 20. Januar Aufnahme in die Klinik. Pat. ist in seiner gesammten körperlichen Entwicklung zurückgeblieben, etwas mikrocephal und schlecht genährt. Er verhält sich ziemlich ruhig, giebt aber ganz unpassende, ideenflüchtige Antworten, ist meist gehobener, seltener gereizter Stimmung, und zeigt einen gewissen Bewegungsdrang. Sich selbst überlassen, beginnt er zu singen und zu lärmern, sich zu entkleiden, bleibt jedoch im Wachzimmer ohne Schwierigkeit zu Bett liegen, verlangt häufig zu essen, schläft ganz gut. Am 21. Januar ganz vorübergehend ausgeprägte Flexibilitas cerea. Zustand Anfang Februar noch unverändert; ideenflüchtige Verwirrtheit, gehobene Stimmung und leichte motorische Unruhe.

10. Kaufmann, 45 Jahre. Eine Tante ist von Jugend auf schwach-sinnig. Pat. war immer schwächlich, aber nie ernstlich krank, ist starker Gelegenheitstrinker, leidet an chronischem Magenkatarrh. Am 20. November Influenza. Pat. lag bis zum 26. im Bett, stand dann wieder auf, beging am 27. einen Alkoholexcess. Am 28. morgens starkes Erbrechen, Fieber (39,9), Schwäche in den Beinen; am 29. Auftreten von Sinnestäuschungen. Pat. verlor die Orientirung, sah im Zimmer elektrische Drähte, auf denen sich Figuren und Fliegen bewegten, Gestalten, die um sein Bett herumstanden, aber verschwanden, sobald das Licht angezündet wurde, Münzen, die am Boden herumlagen, sich aber nicht aufsammeln liessen, kleine Gläser, die in sich zusammenschrupften, ein in Flammen stehendes Haus und

ähnliches. Am 3. December Aufnahme in die Klinik. Schwächlich gebauter schlecht genährter Mann, Cyanose der Lippen und Hände, stark belegte Zunge, Tremor alcoholicus, hochgradige Schwäche in den Beinen, Fehlen der Patellarreflexe, Oedem der Füsse, Eiweiss im Harn. Pat. ist über seine Umgebung nicht orientirt, hält sich für gesund, drängt fort, schläft wenig, hallucinirt. Nach zwei Tagen wird er klar, erholt sich ganz allmählich, zeigt aber noch längere Zeit grosse körperliche und eine gewisse psychische Schwäche. Die Parese der Beine bessert sich langsam; die Patellarreflexe kehren wieder, und das Eiweiss verschwindet. Am 17. Januar Entlassung.

11. Bauernsohn, 20 Jahre. Ein Bruder stottert; ein Vetter und eine Cousine geisteskrank. Pat. leidet seit vielen Jahren an zwangsmässigem, ruckweisem Hintenüberwerfen des Kopfes, welches sich besonders bei psychischer Erregung steigert. Schon in der Schule, wo er ganz gut lernte, bisweilen allerlei sonderbare Gedanken, er müsse die Versöhnerrolle bei seinen Verwandten spielen, den Frieden wiederherstellen. Anfang December Influenza. Pat. lag eine Woche zu Bett, fing wieder an zu arbeiten, dann Recidiv. Im Anschlusse daran grosse Geschwätzigkeit und Unruhe, Reizbarkeit, erhöhtes Selbstgefühl, Neigung herumzulaufen, aus der Bibel vorzulesen, lange Vorträge zu halten, Steigerung der Zwangsbewegungen, auffallender Appetit. Aufnahme in die Klinik am 18. Januar. Pat. ist leicht erregt, spricht gern und viel, erzählt von seinen Versöhnungsplänen, giebt aber zu, dass er krankhaft erregt gewesen sei und manches Unsinnige gesprochen habe. Er fängt bald an zu arbeiten und beruhigt sich rasch vollständig.

Der Ausbruch der psychischen Alteration erfolgte in den vorstehend berichteten Fällen regelmässig erst nach dem Ablaufe der somatischen Krankheitserscheinungen; dem entsprechend bestand auch nirgends Temperatursteigerung. Die eigentlich wirksame Ursache war somit anscheinend mehr in der allgemeinen Schwächung des Organismus, als in der besonderen Art der Intoxication zu suchen. Bedenkt man freilich, wie lange sich gerade bei der Influenza die Periode fieberloser Mattigkeit und Abgeschlagenheit hinziehen kann, so muss es immerhin als zweifelhaft gelten, ob die Giftwirkung mit dem Schwinden der Temperatursteigerung wirklich schon beendet ist. Mit Sicherheit lässt sich daher die Frage nach der Art des ursächlichen Zusammenhanges nicht beantworten. Es spricht indessen vieles dafür, dass sich wohl hier, wie bei anderen Infektionskrankheiten, die ätiologischen Beziehungen zwischen körperlicher und psychischer Störung verschiedenartig gestalten können, und wir werden weiterhin erwarten dürfen, dass diese pathogenetischen Differenzen auch in dem ganzen klinischen Verhalten der Psychosen, in der Zeit ihres Auftretens, in ihrer symptomatischen Form, ihrer Dauer und ihrer Prognose, zur Ausprägung gelangen. In der That sind nicht nur nach dem Ablaufe der Influenza, sondern auch schon während der fieberhaften Periode von früheren Beobachtern psychische Alterationen gesehen worden, welche nach jeder Richtung hin, besonders auch in ihrem raschen, günstigen Verlaufe, den gewöhnlichen Fieberdelirien völlig entsprechen. Vielleicht kommen vereinzelt auch Störungen vor,

die mit den bei Typhus und Pocken auftretenden Initialdelirien in Parallele gestellt werden können; wenigstens scheint in dem von Ewald¹⁾ mitgetheilten Falle die Alienation schon vor oder doch gleich mit dem ersten Ansteigen des Fiebers begonnen zu haben.

Ein wesentlich anderes klinisches Bild bieten dagegen die oben angeführten Krankengeschichten, in denen es sich überall um länger dauernde und psychologisch selbstständiger entwickelte, fieberlose Geistesstörungen handelt. Unter einander freilich stimmen sie durchaus nicht überein, sondern sie zerfallen in mindestens drei natürliche Gruppen. Die erste derselben, zu der ich die Beobachtungen 1—3 rechnen möchte, umfasst die Fälle mit einfacher psychischer Depression. Leichte Andeutungen derselben scheinen gerade nach Influenza ausserordentlich häufig zu sein; es bestehen hier offenbar continuirliche Uebergänge von dem einfachen Gefühle der Leistungsunfähigkeit und Arbeitsunlust bis zu den ausgeprägt melancholischen Verstimmungen. Die Besonnenheit ist dabei vollkommen erhalten, so dass die Angehörigen oft lange nicht an das Bestehen einer wirklichen psychischen Störung glauben wollen. In den beiden ersten Fällen trägt die Verstimmung zunächst einen hypochondrischen Charakter; die Kranken wähnen ihr Ende nahe, haben allerlei abnorme Sensationen, können nicht mehr gesund werden. Bei der Patientin 1 schliessen sich daran Misstrauen gegen den Arzt, Beängstigungen und lebhaftere Verzweiflungsausbrüche. Dem gegenüber bestand im Falle 3 nur die Befürchtung eines grossen Unglücks, des finanziellen Ruins, des Ehrverlustes, mit dem Wunsche zu sterben oder sich selbst das Leben zu nehmen. Andeutungen von Sinnestäuschungen elementarster Art fanden sich in den beiden ersten Fällen; sie gingen aber kaum über die Grenze des Physiologischen hinaus und gewannen jedenfalls keinerlei weiteren Einfluss auf die Gestaltung des psychischen Zustandes. Die körperlichen Begleiterscheinungen der geistigen Störung, insbesondere der Mangel des Schlafes und des Appetits, das Sinken der Ernährung, entsprachen dem gewöhnlichen Verhalten bei acuten psychischen Alterationen überhaupt.

Wie man sieht, bieten die mitgetheilten Fälle trotz mancher gemeinsamer Züge doch auch wieder so ausgeprägte Verschiedenheiten dar, dass sie sich kaum in dieselbe klinische Rubrik werden einordnen lassen. Während der Kranke 3 das typische Bild einer leichten Angstmelancholie repräsentirt, tritt in den beiden anderen Fällen der hypochondrische Charakter der Verstimmung durchaus in den Vordergrund. Wir werden dadurch an die auch sonst nach erschöpfenden Eingriffen, heftigen Gemüthsbewegungen (Schreck) oder starken Ueberanstrengungen bisweilen sich entwickelnden acut neurasthenischen Zustände erinnert, die man auch wohl als hypochondrische Melancholie bezeichnet. Nahe verwandt sind sie den eigentlich melancholischen Erkrankungen jedenfalls, wenn ich auch

¹⁾ Diese Wochenschrift XVI, 4, p. 71, 23. Januar 1890.

meinen möchte, dass sie nach ihrem ganzen klinischen Verhalten den gewöhnlichen Formen der Neurasthenie noch näher stehen. In ätiologischer Beziehung hat hier vielleicht der Umstand eine Rolle mitgespielt, dass beide Patientinnen, besonders die erste, sich während der eigentlichen Influenza nicht schonten; wir wissen ja, dass durch unvorsichtiges Verhalten das Auftreten von Recidiven und andersartigen Complicationen der Influenza entschieden begünstigt wird.

Eine gewisse Verwandtschaft zu der ersten Gruppe von Fällen zeigt endlich noch die Beobachtung 4. Auch hier handelt es sich um einen Depressionszustand, bei dem einzelne der bisher betrachteten Symptome, die hypochondrischen und Versündigungsideen, die Vergiftungsfurcht u. s. f. wiederkehren, allein die langsamere Entwicklung, die phantastische, unsinnige Gestaltung der Wahnideen, der chronischere Verlauf des offenbar noch lange nicht abgeschlossenen Krankheitsprocesses weisen uns darauf hin, dass es sich hier nicht mehr um eine neurasthenische oder um eine einfach melancholische Erkrankung handelt, sondern um eine schwerere, tiefer in das Seelenleben eingreifende Psychose. Wenn man will, kann man dieselbe als Melancholie mit Wahnideen bezeichnen; da sie sich jedoch in ätiologischer, in symptomatologischer und auch prognostischer Hinsicht von den sonstigen melancholischen Formen bis zu einem gewissen Grade abhebt, so ziehe ich vor, die klinische Differenz in der Wahl einer anderen Benennung, nämlich derjenigen des depressiven Wahnsinns, zum Ausdruck zu bringen. Der depressive Wahnsinn ist die charakteristische Erkrankung des herannahenden Greisenalters, gewissermaassen eine besondere Reactionsform des alternden Gehirns auf schwere Schädigungen. Bei den jüngeren Individuen sehen wir die Geistesstörung weit milder auftreten und rascher sich wieder ausgleichen; der vorzeitig gealterte und zudem psychopathisch prädisponirte Kranke 4 antwortet auf die körperliche Erkrankung mit einer ungleich intensiveren Schwankung seines psychischen Gleichgewichtes.

Allerdings hat hier ausser der Influenza auch noch das Erysipel als wichtige Krankheitsursache mitgewirkt, und man kann sogar zweifelhaft sein, ob man überhaupt ein Recht hat, der Influenza eine wesentliche ätiologische Bedeutung zuzuschreiben. Ich möchte diese Annahme dennoch für wahrscheinlich halten, weil die Schlafstörung, die wir in anderen Fällen als das erste Symptom der beginnenden Psychose kennen gelernt haben, auch hier schon vor dem Eintritte des Erysipels vorhanden war. Ob sich indessen ohne das letztere nicht doch die ganze Störung wieder ausgeglichen hätte, lässt sich natürlich nicht entscheiden.

Die bis hierher betrachteten Psychosen sind denjenigen, welche nach länger dauernden Infectiouskrankheiten, nach Gelenkrheumatismus, nach Keuchhusten und auch nach Typhus beobachtet werden, vollkommen analog. Auch dort sieht man neben acut neurasthenischen und einfach melancholischen Erkrankungen die oben als

depressiver Wahnsinn bezeichneten Formen zur Entwicklung gelangen; auch dort finden sich diese schwereren, länger dauernden Erkrankungen vorzugsweise bei psychopathisch veranlagten Personen. Dagegen zeigt die zweite Gruppe meiner Beobachtungen, zu denen ich die Fälle 5–9 rechnen möchte, im ganzen mehr Ähnlichkeit mit den nach der Pneumonie und den acuten Exanthemen, sowie im Puerperium auftretenden Geistesstörungen. Gemeinsame Züge treffen wir hier zunächst bei den Fällen 5–8 an, von denen wieder 5 und 6 einerseits, 7 und 8 andererseits mit einander genauer übereinstimmen. Am richtigsten fasst man wohl alle diese Beobachtungen als acute Erschöpfungszustände auf, die zumeist das Gepräge des von Weber in so mustergültiger Weise beschriebenen Collapsdeliriums tragen, eines sehr rasch sich entwickelnden verwirrten Aufregungszustandes mit massenhaften Sinnestäuschungen und vorwiegend ängstlicher, bisweilen auch expansiver Verstimmung. Nur der Fall 6 fügt sich dieser Auffassung nicht so ganz. Das Auftreten eines ausgebildeteren Prodromalstadiums, die häufigen Remissionen ohne durchgreifende Besserung, das Andauern der Täuschungen und das Festhalten der Wahnideen trotz äusserer Beruhigung, endlich der protrahierte Verlauf der ganzen Störung weisen uns darauf hin, dass es sich hier um eine ernstere Störung, um diejenige Psychose handelt, die von Mayser als asthenisches Delirium beschrieben worden ist, und für die ich neuerdings die Bezeichnung hallucinatorische Verwirrtheit vorgeschlagen habe. Die Ursache für den schwereren Verlauf der Geistesstörung in diesem Falle haben wir vielleicht in der Häufung von Schädlichkeiten zu suchen (Puerperium, Influenza, Trennung vom Kinde), welche kurz nach einander auf die Kranke einwirkten. Etwas langsamer, als gewöhnlich, verlief auch der Fall 5, doch trug hier das Nachstadium nach dem Zurücktreten der anfänglichen Wahnideen wesentlich den Charakter der psychischen Schwäche, wie das nach dem Collapsdelirium immerhin nicht selten vorkommt; zudem war der Kranke etwas mikrocephal und geistig schwach veranlagt. Die Ursachen des tödtlichen Ausganges im Falle 7 sind durch den Sectionsbefund ziemlich aufgeklärt; weder Lungen noch Herz waren bei dem ohnehin schwächlichen Manne im Stande, den Anforderungen gerecht zu werden, welche die enorme motorische Unruhe an ihre Leistungsfähigkeit stellte. Das klinische Bild gewann hier, abgesehen von dem Fehlen einer Temperatursteigerung, am letzten Tage ganz und gar die Züge des sog. Delirium acutum. Wodurch der plötzliche Tod im Falle 8 verursacht wurde, hat sich leider nicht feststellen lassen; am wahrscheinlichsten ist wohl im Hinblick auf die sonstigen Erfahrungen das Auftreten einer Lungenaffection.

Der Fall 9 stellte sich als typische Manie mit ausgebildetem Depressionsstadium dar. Hier sowohl, wie in Fall 5, wurde vorübergehend Katalapsie beobachtet, wie sie in allen möglichen Zuständen von Benommenheit vorzukommen pflegt. Der Verlauf war ein weit langsamerer, als beim Collapsdelirium; die Psychose nahm eine

selbstständigere, von der somatischen Ursache unabhängigere Entwicklung. Wir könnten daraus mit einiger Wahrscheinlichkeit schliessen, dass hier den inneren, in der Persönlichkeit des Erkrankten gelegenen Ursachen ein relativ grösserer Antheil an der Störung beizumessen sei, als den nach acuten Krankheiten typisch auftretenden Psychosen. Dabin dürften ausser den geschilderten Depressionszuständen und den Collapsdelirien als schwerste Form namentlich noch die Dementia acuta zu rechnen sein. Fälle der letzteren Art habe ich nicht beobachtet, wahrscheinlich wohl deswegen, weil die Influenza meist nicht tief genug in die Hirnnäherung eingreift, um ein völliges Darniederliegen der psychischen Functionen zu bewirken. Wenn wir somit bei der ersten klinischen Gruppe eine verhältnissmässig leichte Störung der Hirnthätigkeit annehmen können, wie sie andeutungsweise vielleicht in den meisten Fällen von Influenza vorhanden ist, aber von unseren Kranken wegen geringer geistiger und körperlicher Elasticität abnorm langsam wieder ausgeglichen wurde, tritt beim Collapsdelirium wahrscheinlich die Schwere der somatischen Erkrankung stärker in den Vordergrund, was namentlich in dem tödtlichen Ausgange zweier Fälle seine Bestätigung findet.

Ein Rückblick auf die bisher betrachteten Beobachtungen lehrt uns indessen die bemerkenswerthe Thatsache, dass eigentlich niemals die somatische Erkrankung die einzige Ursache der Geistesstörung bildete. Fast überall begegnen wir noch andersartigen wirksamen Momenten, welche bald eine gewisse Prädisposition, eine Verringerung der geistigen und körperlichen Widerstandsfähigkeit bedingten, bald umgekehrt den letzten Anstoss zum Ausbruche der Psychose auf dem durch die Influenza selbst vorbereiteten Boden abgeben. Das erstere dürfte am häufigsten der Fall gewesen sein. So bestand bei der Patientin 8 Anämie; im Fall 3 und 7 waren chronische Lungenaffectionen, bei letzterem Kranken ausserdem eine Herzmuskelerkrankung und hereditäre psychopathische Anlage vorhanden. Beim Kranken 4 findet sich ein chronischer Magenkatarrh, bei der Patientin 2 ein Herzfehler. Beide hatten überdies schon früher zeitweise leichtere nervöse oder sogar psychische Störungen dargeboten. Der Kranke 9 endlich war von Hause aus körperlich und geistig nicht ganz normal entwickelt, etwas mikrocephal; auch beim Kranken 5 war offenbar ein gewisser Grad von Entwicklungshemmung vorhanden. Andererseits sehen wir in den Fällen 5 und 6 lebhaftes Gemüthsbewegungen unmittelbar nach überstandener Influenza den eigentlichen Ausgangspunkt der Geistesstörung bilden. Der Kranke 4 hat ein Erysipel durchzumachen, und bei der Kranken 6 kommt als weiteres prädisponirendes Moment noch das Puerperium hinzu. Wenn demnach auch das Verhältniss zwischen äusseren und inneren Ursachen bei den einzelnen Kranken sich wahrscheinlich recht mannichfaltig gestaltete, so hat es doch den Anschein, als wenn die Influenza allein im allgemeinen kaum hinreichen dürfte, um bei einem normal constituirten Menschen eine

Geistesstörung zu erzeugen, als ob vielmehr stets noch anderweitige Schädigungen für das Auftreten derselben mit verantwortlich gemacht werden müssten. Bei der ungeheuren Ausdehnung der Epidemie konnte es aber natürlich nicht fehlen, dass eine grosse Anzahl geistig wenig widerstandsfähiger Individuen von der Krankheit befallen wurden, und dass sie sich gelegentlich zufällig zu anderen mehr oder weniger eingreifenden Erschütterungen des psychischen Gleichgewichts hinzugesellte.

In der That hat denn auch die Erfahrung gelehrt, dass die Influenza bisweilen offenbar nur den letzten Anstoss zum Ausbruche einer im übrigen längst vorbereiteten Geistesstörung gegeben hat. Unter solchen Umständen trägt dann die sich entwickelnde Psychose natürlich auch durchaus nicht die klinischen Züge der für die Reconvalescenz nach acuten Krankheiten charakteristischen Alienationen. Einen Uebergang zu dieser letzten Gruppe bildet gewissermaassen schon der Fall 9. Noch deutlicher wird die relative Unabhängigkeit der Psychose von der Influenza bei den folgenden Beobachtungen. In Fall 10, dem ich einen weiteren, ganz ähnlichen, an die Seite stellen könnte, handelt es sich um den Ausbruch eines typischen Delirium tremens, in Fall 11 um das Auftreten eines leichten Erregungszustandes bei einem schon früher nicht ganz normalen und vielleicht der Ausbildung einer Paranoia zusteuern den jungen Manne. Weiterhin habe ich einen Fall gesehen, bei welchem in unmittelbarem Anschlusse an die Influenza eine bis dahin latente Paralyse mit Sprachstörung, Gedächtnisstörung, absurdem hypochondrischen und Grössendelirium, sowie Erinnerungsfälschungen plötzlich hervortrat, und endlich beobachtete ich einen jungen Epileptiker, bei dem nach 9monatlicher Pause ein schwerer Dämmerzustand direkt der Influenza folgte. Hier hätte wohl überall eine beliebige andersartige Schädlichkeit die gleiche Psychose zum Ausbruche bringen können, ja diese letztere wäre höchst wahrscheinlich, wenn auch vielleicht erst später, ohne jede besondere äussere Ursache im natürlichen Gange der Dinge ganz ebenso zur Entwicklung gelangt. Sie schwindet daher hier auch nicht, sobald die Schädigung durch die Influenza sich allmählich ausgleicht, sondern sie nimmt ihren eigenartigen, durchaus selbstständigen Verlauf; das ganze klinische Bild erhält seine Färbung nicht sowohl durch die besondere Natur des ätiologischen Momentes, als vielmehr durch die individuelle Organisation des Erkrankten.

Die Behandlung der Psychosen nach Influenza wird naturgemäss hauptsächlich eine roborirende sein müssen. Zunächst ist überall Bettruhe angezeigt, verbunden mit verlängerten Bädern oder Einpackungen. Zur Erzielung des Schlafes habe ich ferner Brompräparate in mittleren Gaben, dazwischen auch hin und wieder Sulfonal, oder bei sehr starker Erregung selbst Hyoscin angewendet. Die reichliche Zufuhr kräftiger Nahrung wurde namentlich dort, wo Collapse zu befürchten waren, durch Beigabe kräftiger Alkoholgaben (Wein oder Cognacmixture) unterstützt. Durch diese Maass-

regeln wird man diejenigen Erkrankungen, welche wesentlich durch die Influenza verursacht sind, höchst wahrscheinlich alle zu einem günstigen Ausgange führen können, wenn nicht ein Collaps dem Leben früher ein Ende macht. Gerade im Hinblick auf die analogen Psychosen nach anderen acuten Krankheiten sind wir zu der Hoffnung berechtigt, dass auch diejenigen Fälle unserer ersten beiden Gruppen schliesslich zur Genesung gelangen werden, in denen der Krankheitsprocess bis jetzt noch nicht abgeschlossen war.

Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin: Verbreitete Sarcomatose der inneren Organe bei einem 14 $\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen, von Dr. P. Guttman.

Aus dem Augustahospital in Berlin: Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen, von Prof. Dr. E. Küster.

Aus dem Diaconissenhaus Bethanien in Berlin: Die Heilbarkeit der Pyämie, von Prof. Dr. Rose.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Bonn: Spastische Starre der Unterextremitäten bei drei Geschwistern, von Prof. Dr. Fr. Schultze.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Giessen: Beitrag zur Kenntniss der Strychninvergiftung, von Dr. Honigmann.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Giessen: Ein Fall von Exarticulation im Hüftgelenk mit vorheriger Unterbindung der Iliaca communis, von Dr. Poppert.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Göttingen: Ueber Nachkrankheiten der Kohlenoxydgasvergiftung, von Dr. E. Becker.

Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Universität Göttingen: Ueber Behandlung der puerperalen Sepsis, von Prof. Dr. M. Runge.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Greifswald: Ueber ansteckende Formen von Lungenentzündung, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Fr. Mosler.

Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Greifswald: Die Entwickelung der Eiterungslehre und ihr Verhältniss zur Cellularpathologie, von Prof. Dr. P. Grawitz.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Halle: Ueber die Operation und Prognose der Zungenkrebs, von Priv.-Doc. Dr. F. Krause.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Jena: Die Ursache der anämischen Herzgeräusche, von Priv.-Doc. Dr. E. Sehrwald.

Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Universität Jena: Der Probetampon und sein Werth für Erkennung der chronischen Endometritis, von Geh. Hofrath Prof. Dr. B. S. Schultze.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Königsberg: Zur operativen Behandlung der narbigen Pylorusstenose, von Dr. P. Ortmann.

Aus dem Bürgerhospital in Köln: Die Behandlung der typischen Radiusfractur mittels Federextension, von Prof. Dr. Bardenheuer.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Krakau: Ein Fall von Gastroenterostomie nebst Untersuchungen über das Verhalten der Magendarmfunction nach erfolgter Heilung, von Prof. Dr. Rydygier und Prof. Dr. N. Jaworski.

Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik der Universität Dorpat: Zur Frage der Behandlung bedeutender interabdominaler Blutungen, von Prof. Dr. O. Küstner.

Aus der I. medicinischen Klinik der Universität Neapel: Ueber Diabetes mellitus, von Prof. Dr. A. Cantani.

Aus dem Institut für normale und pathologische Anatomie der Universität Turin: Weitere Untersuchungen über die Aetiologie der Pneumonie, von Prof. Dr. Pio Foa.

Aus der medicinischen Klinik der Universität Helsingfors: Quecksilberintoxication mit tödtlichem Ausgang nach subcutanen Calomel-injectionen, von Prof. Dr. J. W. Runeberg.

Est.

A-7582

Verlag von GEORG THIEME in Leipzig

Die Deutsche medicinische Wochenschrift

mit Berücksichtigung

des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes

begründet von Dr. Paul Boerner,

redigirt von Sanitätsrath Dr. S. Guttman in Berlin,

hat mit dem 1. Januar 1889 ihren **XV. Jahrgang** begonnen und erscheint jeden Donnerstag 2—2½ Bogen stark in gr. 4°.

Die Wochenschrift enthält: **Originalartikel** aus deutschen Kliniken, Krankenhäusern und von practischen Aerzten. — **Zusammenfassende Referate** über neuere Erscheinungen auf einzelnen Gebieten der medicinischen Wissenschaft. — **Eingehende Referate** über das Gesamtgebiet der medicinischen Literatur. — **Journal-Revue** (Bewährte und kritische Berichterstatter halten, gegenüber der heute herrschenden Publicationssucht, aus diesem Theile der Zeitung Alles fern, was nicht thatsächlich als ein Fortschritt der wissenschaftlichen und practischen Medicin anzusehen ist). — **Officielle Berichte** über den **Verein für innere Medicin in Berlin**, über die **ärztlichen Vereine zu Hamburg, Köln, Greifswald** und über die medicinische Section des medicinisch-naturwissenschaftlichen Vereins in **Strassburg**. — **Original-Berichte** über **medicinische Gesellschaften in Berlin**, und zahlreiche andere Vereine und Congresse. — **Amtliches.** — **Oeffentliches Sanitätswesen incl. Epidemiologie.** — **Feuilleton etc.** — **Therapeutische Mittheilungen** (Letzterer Rubrik wird neuestens namentlich auch die zusammenfassende Uebersichten über bestimmte Gruppen von Arzneimitteln eine besondere Sorgfalt gewidmet und, den Bedürfnissen des Praktikers entsprechend, ein breiterer Raum in der Zeitung als früher zugewiesen).

Bestellungen auf die „Deutsche medicinische Wochenschrift“ zum Preise von 6 Mark pro Quartal werden von allen **Buchhandlungen** und **Postämtern** entgegen genommen. Probenummern sind gratis zu beziehen durch jede Buchhandlung wie durch die Verlagsbuchhandlung **Georg Thieme in Leipzig, Rosstrasse 20.**

Der Jahrgang 1889 enthält u. a. folgende Originalarbeiten:

Aus der I. medicinischen Klinik der Universität Berlin: Beitrag zur Lehre der Fremdkörper in den Luftwegen, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E. Leyden. — Ueber die Prognose der Herzkrankheiten, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E. Leyden.

Aus der III. medicinischen Klinik und Poliklinik der Universität Berlin: Ueber eine Quellsonde zur Behandlung von Verengungen der Speiseröhre, von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Senator.

Aus der chirurgischen Klinik der Universität Berlin: Ueber gutartige Geschwülste der Zunge, von Dr. E. Kirchhoff.

Aus dem städtischen allgemeinen Krankenhaus Friedrichshain in Berlin: Ein Fall von besonderen Bewegungsstörungen nach acuter cerebraler Kinderlähmung, von Prof. Dr. P. Fürbringer.

(Fortsetzung auf der vorhergehenden Seite.)