

VIII.

Ein Fall von (Influenza-) Psychose im frühesten Kindesalter¹⁾.

Von

Dr. S. Kalischer,

Arzt für Nervenkrankheiten in Berlin.

Der vorgestellte resp. hier mitgetheilte Fall verdient weniger Interesse als psychische Nachkrankheit der Influenza, wie durch die grosse Seltenheit der Beobachtung gerade dieser Form von Psychose in einem so frühen Kindesalter.

Es handelt sich um ein 2-Jahre und 1½ Monate altes Mädchen, eine Tischlerstochter, die aus einer Familie stammt, welche zu Nervenkrankheiten nur in geringem Grade disponirt ist. Hervorzuheben ist, dass die erst 36 Jahre alte Mutter des Kindes bereits seit 12 Jahren völlig ergraut ist; auch eine um 4 Jahre ältere Schwester der Mutter hat völlig graues Haar, obwohl die Haare der Eltern durchaus nicht früh bleichten. Die letztgenannte Schwester der Mutter ist herzleidend und erlitt vor Kurzem einen Schlaganfall mit nachfolgender Halbseitenlähmung. Die Mutter des Kindes selbst leidet an Kopfschmerzen, die anfallsweise alle paar Wochen, meist zur Zeit der Menstruation auftreten, in ihrem Sitz wechseln und die Begleiterscheinungen der typischen Migräne, wie Uebelkeit, Erbrechen, Flimmern vor den Augen u. s. w. zuweilen aufweisen. Sie hat drei lebende gesunde Kinder und viermal fehlgeboren. Die kleine Patientin, ihr vorletztes Kind, ist nach normal verlaufener Schwangerschaft zwar etwas schwer, doch ohne künstliche Hülfe geboren. Das Kind kam nicht asphyctisch zur Welt, entwickelte sich so wie andere Kinder, lernte mit einem Jahre laufen und sprechen, war früh sauber und hat keine Krankheiten durchgemacht bis auf eine fieberhafte Bronchitis im Alter von 8 Monaten, wobei das einzige Mal vorübergehend Convulsionen aufgetreten waren. Auch ist es vor einem Jahre ca. gefallen, ohne unmittelbar darauf oder später irgend

1) Nach einer Demonstration in der Mai-Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

welche Störungen gezeigt zu haben, bis auf eine kleine Einsenkung der rechten Schläfengegend.

Bis zu seiner jetzigen Erkrankung entwickelte sich das Kind vollkommen gut, sprach alles deutlich, verstand alles und war für sein Alter körperlich und geistig auffallend gut entwickelt. Am 31. Januar 1895 zur Zeit der diesjährigen Influenza erkrankte es acut und plötzlich an Luftnoth, Husten, Schnupfen und Fieber. Ein bis zwei Wochen darauf erkrankten die Mutter und ein Bruder an den ausgesprochenen Erscheinungen der Influenza. Das Kind selbst zeigte nach den ersten Tagen hauptsächlich Magendarmstörungen, war appetitlos, erbrach öfter, wurde still und theilnahmslos, schlief wenig, weinte viel und kam körperlich so herunter, dass es zuletzt vor Schwäche kaum gehen konnte.

Mitte resp. Ende Februar, also 2—3 Wochen nach dem Beginn der Influenza machten sich die für die Eltern beunruhigenden Zeichen einer geistigen Störung geltend. Zu der Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit traten eine beständige Unruhe und Aufregung. Das Kind konnte nicht einen Augenblick ruhig sitzen, es lief beständig hin und her, spielte nicht mehr, verweigerte zuweilen die Nahrung, wurde ungehorsam und bösartig; es hörte auf sauber zu sein, rieb nicht, wenn es eine Nothdurft zu verrichten hatte und liess alles unter sich; auch rannte es wild an Gegenstände an, ohne Schmerz zu empfinden, und zeigte trotz des beständigen Bewegungsdranges kein Ermüdungsgefühl; nur zuweilen sass es einen Augenblick anscheinend vor Erschöpfung, still und stumpf da. Die beständige Unruhe steigerte sich dann häufig zu heftigen Erregungszuständen und Wuthanfällen, in denen das Kind alles, was es in die Hände bekam, zerriß, wild und wirr um sich blickte, das jüngere 8monatliche Brüderchen schlug, kratzte und biss, auf alle Herannahenden, auch auf Fremde schlagend losging. Dabei war das Mädchen meist heiter, sang und sprach fortwährend unverständliche Laute vor sich hin, stampfte und trampelte mit den Füßen, zerriß Wäsche, Papier, warf Gegenstände zur Erde und war im Gegensatz zu dem früheren Verhalten weder für gutes Zureden, noch für Drohungen zugänglich und empfänglich. — In einem ähnlichen Zustande konnte ich das Kind am 27. März 1895 in meiner Poliklinik beobachten, der dasselbe mit der Diagnose einer Hirnhautentzündung überwiesen wurde. Hier bot es vollkommen das Bild einer maniakalisch erregten Person dar. Das Mädchen lachte, war sehr heiter, ergriff alle Gegenstände, die es erhaschen konnte, ging auf Jedermann mit Fäusten los, rannte unruhig und zwecklos hin und her, gestikulierte lebhaft, zupfte beständig an seinen Kleidern herum, war auffallend dreist und frech und blieb zuweilen eine Zeit lang stehen, um mit den Füßen zu stampfen; es war nicht möglich, es irgend etwas fixieren zu lassen, meist schrie es und brachte allerlei unarticulirte Laute hervor. Eine damalige erste Untersuchung ergab keinerlei somatische Störungen. Herz und Lungen functionirten gut; der Urin war frei von Eiweiss und Zucker; Fieber war nicht vorhanden; der Puls war klein und zeigte ca. 100 regelmässige Schläge in der Minute.

Das Kind sah in der Ruhe blass und leidend aus, hatte in der Erregung geröthete Wangen und glänzende Augen. Die Schleimhäute waren blass.

(In der letzten Zeit soll das Kind sehr abgemagert sein.) Die Pupillen waren gleich, mittelweit und reagirten gut auf Lichteinfall. Krämpfe und Lähmungserscheinungen, Strabismus, Nackenstarre u. dergl. waren nicht vorhanden. Die Sehnenreflexe waren gesteigert. — Neben kräftiger Ernährung wurde zunächst Bromnatrium (0,3—0,5 3 mal täglich in Milch) verordnet und wegen der Schlaflosigkeit Abends lauwarme (27°), $\frac{1}{2}$ stündige Bäder, die auch meist einen mehrstündigen Schlaf erzielten. Von Alcoholica u. dergl. wurde in Anbetracht des kindlichen Alters zunächst abgesehen.

Ein ähnliches Bild wie am 25. März bot das Kind die folgende Tage, so auch am 28. März, während am 1. April eine erhebliche Veränderung wahrzunehmen war. Heute, 4—5 Wochen nach dem Beginn der psychischen Veränderung, steht das kleine Mädchen oft wie abwesend und benommen da; es wendet ohne Veranlassung den Kopf und Blick zur Seite oder nach hinten, starrt in's Leere, als ob es irgend etwas sähe oder hörte. Spricht man es an oder hält man ihm Gegenstände vor, so greift es nicht danach, reagirt gar nicht oder thut so, als ob es nicht begreife, was man von ihm will. Dabei spricht es sinnlos Laute und Worte nach, die es in der Umgebung hört und lässt willenlos mit sich geschehen, was man nur beabsichtigt; die Glieder (Arme) bleiben eine ganze Weile in der Stellung stehen, wie man sie gerade passiv hervorbringt. Z. B. bis zur Horizontale gehoben, so dass das Kind völlig den Eindruck eines Kataleptischen macht; legt man ihm einen Gegenstand in die Hand, so lässt es dies willenslos und theilnahmslos geschehen; bald erscheint es mehr abwesend und benommen, bald wie verwirrt und unorientirt. Zeitweilig bricht aber plötzlich die maniacalische Stimmung hervor; dann scheint das Kind plötzlich aus dem stuporösen Zustande zu erwachen, läuft wild umher, lacht, schreit, greift nach allen Gegenständen, und spielt auch mitunter an seinen Genitalien, was es vor der Erkrankung niemals that. Auch zu Hause hatte es in den letzten Tagen Zustände von Benommenheit und Verwirrtheit gezeigt; es sprach mitunter ganz irre und sinnlos, erkannte seine Mutter kaum, stand oft wie angewurzelt an einem Fleck, hob Gegenstände, die es fallen liess, weder spontan auf, noch auf Aufforderung, sondern starre wie abwesend in die Zimmerdecken oder in's Leere. Dann liess es alles unter sich, schien die Anreden kaum zu verstehen und blickte verständnisslos und starr vor sich hin.

Aehnlich war der Zustand am 4. April, indem Zustände von maniacalischer Erregung und stuporösem Wesen mit einander wechseln. Das Kind steckte häufig alles, was es in die Hände bekam, in den Mund und konnte nicht einen Augenblick mit den Augen bei einem Gegenstand bleiben, sondern schweifte unruhig mit den Blicken hin und her. Eine scheinbare Besserung war am 6. April festzustellen, insofern als das Kind etwas ruhiger war, grösse Esslust zeigte, besser schlief und nicht mehr an den Genitalien spielte; auch rief es schon zuweilen, wenn es Drang zum Urinlassen oder Stuhlgang empfand. Doch spielte es noch immer nicht wie früher mit seinem Spielzeug, zerzupfte Papier und zeigte noch immer einen starken Bewegungsdrang und Zerstörungssucht. Dabei ist es durch Drohreden und Schimpfen schon eher

einzuerschüchtern und auch für freundliches Zureden zugänglicher. Allein dass diese Besserung nicht von Dauer, zeigte sich bereits auf dem Heimwege von der Poliklinik, auf welchem die kleine Patientin in der Pferdebahn wiederum einen heftigen Tob- und Wuthanfall bekam, indem sie fremde Menschen zu schlagen, kratzen und zu beissen versuchte. — In den nächsten Tagen 7. und 8. April war das Kind wieder unsauber geworden. Während es vor der Erkrankung bereits mit dem Löffel und Gabel zu essen verstand, greift es jetzt mit den Händen in das Essen, zerreibt, verschmiert, zerkrümelt die Nahrungsmittel, wirft sie auf die Erde und steckt dann die einzelnen Theile in den Mund. In der Poliklinik war es ruhiger, weinte schon bei heftigem Anschreien, während es in den Tagen zuvor wenig darauf reagirte. Zeitweilig stand das Kind wieder wie abwesend da, ohne auf die verschiedenen Sinneseindrücke zu reagiren. Die Stimmung war sonst vorwiegend eine heitere. Am 10. April weinte es oft spontan so wie bei Drohungen. Es schlafst jetzt viel, isst auf Aufforderung ziemlich manierlich und verlangt auch schon selber nach Nahrung; es ist auch schon ängstlicher und furchtsamer. In der Klinik war es jedoch noch sehr verwirrt, weinte viel, und machte oft Kau- und Schnalzbewegungen. Auch 3 Tage später am 13. April war eine dauernde Besserung noch nicht festzustellen. Zeitweise tobt das Kind immer noch, kreischt vor Wuth, schlägt, beißt, kratzt sein Brüderchen, reißt alles vom Tisch herunter, steckt alles in den Mund, plappert viel, spielt mit dem Essen und schmiert sogar seine Excremente umher, von denen sie auch Theile in den Mund steckte. Nachts stand es mehrfach auf und sprach vor sich hin. Auch weint es viel, zeigt einen raschen Stimmungswechsel und ist sehr reizbar und empfindlich geworden. In der Poliklinik knirschte es beständig mit den Zähnen, machte Pflück- und Zupfbewegungen mit den Fingern und sprach beständig die Laute, die es hörte, nach, und zwar ein und denselben Laut hundert mal und mehr. Bald spricht es laut, bald flüstert es auch alles durcheinander vor sich hin, was es vor der Erkrankung nie that. Während es zu Beginn der Erkrankung nie müde war, weinte das Kind jetzt häufig aus Müdigkeit und verlangte auch schon häufig auf den Schooss der Mutter genommen zu werden. Der körperliche Zustand wie die Gesichtsfarbe bessern sich sichtlich; heute, wie schon vorher, wurde eine Erweiterung der rechten Pupille festgestellt, die zu wechseln scheint.

Am 16. April tritt eine fortschreitende psychische und somatische Besserung hervor. Das Kind nimmt körperlich zu, isst, ruft schon häufig, wenn es Bedürfnisse hat, klettert wie früher allein eine Treppe zur Werkstelle des Vaters und spricht wieder seine früheren Worte; es spielt schon ein wenig und kehrt allmälig zu seinen früheren Gewohnheiten zurück, die auf eine Wiederkehr seines Erinnerungsvermögens und des Verständnisses und Interesse für die Vorgänge seiner Umgebung hinweisen. So lacht es die Eltern wieder an, wenn es des Morgens erwacht, während es auf der Höhe der Erkrankung stumpf vor sich hin blickte; spielt das Kind auf dem Hofe, so blickt es wie früher, von selber nach dem Fenster der Mutter auf. Während es vor der Erkrankung, sobald es zornig war, das Wort „Donnerwetter“ aussprach, lässt es jetzt im

Zorn öfter das Wort „Donn“ hören. In der Poliklinik war es weinerlich und reizbar, hört jedoch schon auf Anrufe, fixirt schon Personen und Gegenstände, doch lässt es wie früher, beim Fortgehen weder das Wort „Adda“ hören, noch wirft es Kusshändchen zu, wie vor der Erkrankung.

Die Pupillen waren am 19. April wiederum gleichweit bei starker prompter Lichtreaction.

Am 21. April traten noch zeitweilig Anfälle von maniakalischer Erregung auf, in denen das Kind alles zur Erde wirft oder in den Mund steckt, fremde Kinder schlägt, an den Genitalien spielt. Ein anderes Mal weint es ohne Veranlassung, schrekt und fährt leicht zusammen und ist sehr ängstlich. In der Klinik greift es bereits nach der Uhr, sagt von selber „Tik-tak“. Es ruft schon, wie früher, die Namen seiner Verwandten „Onkel Otto“, „Paul“ u. s. w., die es während der Erkrankung nie aussprach. Auch hat es bereits wie früher, wiederum vor der Ruthe Angst und läuft davon. Nur zeitweilig spricht das Kind noch alles durcheinander und babbelt unverständliches Zeug vor sich hin; auch ist es noch öfter unsauber und unmanierlich.

Am 25. April war die Pupillendifferenz wieder deutlich vorhanden, ebenso am 29. April, wo das Kind bereits vieles zusammenhängend sprach, und sich ruhiger und geordneter benahm. Zu Hause ruft es bereits, wenn es Bedürfnisse hat, spricht Sätze, wie die „Medicin schmeckt schön“ oder „das kann ich doch“, wenn es etwas thut, was ihm untersagt wird. Auch ruft es schon „Adda“ und sagt spontan „will zu Onkel Docta gehn“. Nur hin und wieder kommen noch Anfälle, in denen das Kind vor sich hinstarrt, vorgehaltene Gegenstände nicht ergreift und auf Anreden kaum reagirt, oder es ist vorübergehend erregt, ballt die Fäuste, stampft mit den Füssen und sucht zu kratzen. Allein diese Anfälle werden immer seltener und von kürzerer Dauer. Dabei nimmt das Kind körperlich sichtlich zu und zeigt besseren Appetit und guten Schlaf (auch bei Tage eine Stunde).

Am 4. Mai war das Kind völlig klar, ruhig und artig, wie überhaupt in den letzten Tagen auch zu Hause. Nur bei Widerspruch oder dem Versagen einer Bitte wird es böse und wüthend; auch ist es noch zeitweilig unsauber. Sonst spielt es mit anderen Kindern und ist im Wesentlichen so wie vor der Erkrankung. So machte es neulich eine schwerhörige Nachbarin darauf aufmerksam, dass ihr Kind im Nebenzimmer schreit, und zwar mit den Worten: „Tante, Kleine schreit“. — Wenn das Kind heruntergehen will, holt es sich seine Stiefel und ruft „Adda gehen“. Es isst reichlich, schläft die Nacht durch, spielt mit anderen Kindern und war in der letzten Zeit gar nicht mehr erregt, bösartig, noch gewaltthätig. Auch am 11. Mai war sein Benehmen als völlig normales anzusehen. Eine geringe Pupillendifferenz war noch nachweisbar. Zu Hause ist es so wie früher; nur ist es beim Essen noch mitunter unmanierlich und ruft nicht immer, wenn es eine Nothdurft verrichten will; sobald es aber das Zimmer verunreinigt hat, hatte es Angst und rannte fort. Sonst zeigte es in seinem ganzen Verhalten keine Anomalien, und war ruhig, freundlich und folgsam. Ein Gleiches konnte am 13. Mai festgestellt werden.

Obwohl das Kind bei der Demonstration in der Psychiatrischen Gesellschaft etwas lebhaft und erregt erschien (vielleicht durch die ungewohnte Umgebung), kann man es doch für fast völlig gesund erklären und behaupten, dass auch die oben erwähnten kleineren Anomalien bald schwinden werden. Eine rechtsseitige Pupillenerweiterung war auch heute zu beobachten; es ist nicht festzustellen, ob dieselbe nicht auch schon vor der psychischen Erkrankung, so wie jetzt, zeitweilig vorhanden war. Ob dieselbe andernfalls wieder dauernd schwinden wird, bleibt unsicher.

Auch am 29. Mai, wo ich das Kind wieder sah, war die Pupillendifferenz bei prompter Lichtreaction vorhanden. Im Uebrigen war das Kind wie vor seiner jetzigen Erkrankung und entwickelt sich geistig und körperlich gut; nur versäumt es noch zuweilen, seine Bedürfnisse anzukündigen; es ist sonst lebhaft, geweckt, folgsam und sehr gelehrig; auch im Sprechen macht es gute Fortschritte¹⁾.

Die Diagnose in dem beschriebenen Falle konnte von Anfang an keine erheblichen Schwierigkeiten bereiten. Eine organische Hirnerkrankung [Meningitis²⁾, Tumor], die ja zuweilen mit psychischen Störungen einsetzen und einhergehen kann, war durch den langsamen Verlauf, den günstigen Ausgang, den Mangel von Begleiterscheinungen, wie Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber, Krampf- und Lähmungserscheinungen, Coma, Störungen der Respiration und der Herzthätigkeit, Nackensteifigkeit u. s. w. auszuschliessen. Eine zeitweilig vorhandene Pupillendifferenz, die öfter im Verlaufe der Krankheit hervortrat, ist ja auch vielfach bei funktionellen Psychosen Erwachsener (auch bei Neurasthenie) beobachtet worden, bei denen ihr Bestehen bekanntlich häufig die Unterscheidung der funktionellen Psychose von einer beginnenden Paralysis progressiva nicht unerheblich erschwert. Möglicherweise bestand diese zeitweilige Pupillendifferenz, für die Augenaffectionen, Drüsenschwellungen etc. nicht verantwortlich zu machen waren, schon vor der jetzigen Erkrankung als Zeichen einer neuro- resp. psychopathischen Veranlagung. — Um eine vorübergehende tobsüchtige Errregung, wie sie bei imbecillen oder idiotischen Kindern zuweilen auftritt, konnte es sich ebenso wenig han-

1) Anmerk. bei der Correctur.—Vor Kurzem, Sept. 1896, nach $1\frac{1}{2}$ Jahren konnte ich das Kind wieder sehen und untersuchen. Die Pupillendifferenz bestand damals nicht. Das Kind war psychisch völlig normal und gut entwickelt.

2) Man konnte anfangs auch an eine Influenza-Meningitis denken, wie sie kürzlich von Krannhals (Zur Casuistik meningitisähnlicher Erkrankungen ohne entsprechenden anatomischen Befund, Pseudomeningitis. Archiv f. klin. Med. Bd. 54) und anderen beschrieben ist. Auch eine grippale Encephalopathie (Encephalitis, Poliencephalitis u. s. w.) war durch den Mangel der Begleiterscheinungen und den Verlauf schon in den ersten Tagen der Erkrankung auszuschliessen.

deln, wie um eine agitirte Idiotie mit dauerndem Erregungszustand; denn hier hatten wir es zu thun mit einer acuten Erkrankung eines geistig und körperlich gut entwickelten Kindes. Eher konnten wir hier eine reine, typische selbstständige Manie vor uns haben; allein diese ist wie bei Erwachsenen, so auch bei Kindern eine im Ganzen sehr seltene Erkrankungsform¹⁾. Emminghaus²⁾ konnte unter 199 gesammelten Fällen von Kinderpsychosen nur acht Fälle als reine Manie auffassen. Wenn auch in unserem Falle im Beginn der Erkrankung der maniacalische Erregungszustand in den Vordergrund trat und das Krankheitsbild beherrschte, so gesellten sich doch bald Erscheinungen hinzu, welche der reinen Manie kaum angehören, auf ein Vorhandensein von Verwirrtheit, Benommenheit (und vielleicht auch hallucinatorischer Vorgänge) hinwiesen und zu einem Wechsel von maniakalischen und stuporösen Zuständen führten. Nun tritt wohl auch eine Verwirrtheit oder Bewusstseinstrübung gelegentlich im Verlaufe einer Manie auf, allein doch nur bei hochgradiger Erregung und Ideenflucht, wie sie hier nicht vorlagen. Auch kann ein postmaniakalischer Erschöpfungszustand einen stuporösen Zustand vortäuschen; allein in diesem Reactionsstadium der Manie, das der Heilung vorauszugehen pflegt, fehlen alle Reizerscheinungen stärkerer Intensität; wir haben es in der Regel lediglich mit einer somatischen und psychischen Aspannung und Erschöpfung zu thun, die sich in Langsamkeit und Trägheit der Functionen, Apathie u. s. w. äussert und allmälig in einen normalen Zustand übergeht.

Die hier aufgetretene Krankheitsform dürfte ungezwungen zur Gruppe der acuten (hallucinatorischen) Verwirrtheit oder Amentia gerechnet werden und unterscheidet sich in Folge der auffallend guten geistigen Entwicklung des Kindes nicht wesentlich von der gleichen Form bei

1) Hierbei sehe ich ab von dem maniakalischen Zustandsbilde resp. von der symptomatischen maniakalischen Erregung, wie sie auftritt im Verlauf des circulären Irreseins, der periodischen Manie, des Delirium acutum, der Epilepsie, Idiotie, der progressiven Paralyse, der acuten Verwirrtheit resp. Verrücktheit, ferner im Verlaufe von organischen Hirnerkrankungen u. s. w. Viele der Fälle, die früher als Manie bezeichnet wurden, gehören zur Gruppe der acuten (hallucinat.) Verwirrtheit oder Amentia. — Während einer 4jährigen Thätigkeit in einer Privat-Irrenanstalt mit einem Bestande von 200 älteren Geisteskranken und 50—70 frischen Fällen mit stetem Wechsel konnte ich nur in 2—3 Fällen die Diagnose einer reinen typischen Manie als selbstständig geschlossene Krankheitsform stellen.

2) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887. Gerhardt's Handbuch der Kinderheilkunde. Die grosse Mehrzahl der hier beschriebenen Kinderpsychosen betrifft das spätere Kindesalter nach der zweiten Dentition.

Erwachsenen. Schon bei der letzteren gehören Hallucinationen nicht unbedingt zu dem Bilde der Krankheit, und bei so jungen Kindern werden wir sie ebenfalls nicht in jedem Falle erwarten und nachweisen können. Auch die Störungen in der Verbindung und dem Ablauf der Vorstellungen (Associationsstörungen, Incohärenz, Ideenflucht) dürften bei so jungen Kindern mit einem nur geringen Schatz von fixen Erinnerungsbildern, festen Vorstellungsverbindungen und gut geeigneten Associationsbahnen seltener vorhanden sein und weniger hervortreten. Wo die Vorstellungen sehr wenig zahlreich und sehr unvollkommen associiert sind, wird sich eine Functionsstörung des Centralorgans, wie Maudsley¹⁾ mit Recht hervorhebt, nur durch unzusammenhängende Delirien charakterisiren; die Krankheitsäusserungen werden jeden Systems ermangeln und ohne inneren Zusammenhang auftauchen. Auch werden dieselben um so schwerer festzustellen sein, als Kinder schon an und für sich einen abspringenden Gedankengang, einen grossen und schnellen Wechsel des Vorstellungsinhaltes zeigen. Diese ihre Unbeständigkeit tritt auch schon bei normalen Zuständen in dem leichten und schnellen Wechsel der Stimmungen und ihres Strebens und Begehrens hervor. Auch die hier zur Beobachtung gekommene Verbigeration, das Nachsprechen und beständige Wiederholen eines oder mehrerer Worte und Laute fällt zum Theil in die Breite der physiologischen Entwicklung bei Kindern dieses Alters, in welchem ihnen die Bethätigung ihrer Sprachorgane, die Bildung neuer Laute und Worte Vergnügen macht und ihrem lebhaften Bewegungsdrange entspricht. — Die maniakalische Erregung, die in unserem Falle gewissermassen das Initialstadium der acuten Verwirrtheit darstellt, ist bei Kindern trotzdem leicht zu erkennen; sie äussert sich durch beständige Unruhe und Beweglichkeit, Schlaflosigkeit, mangelhafte Nahrungsaufnahme, Rückgang der Ernährung, Unreinlichkeit, rastlosen Bewegungsdrang, Zerstörungssucht, gewalthäftiges und aggressives Wesen, starken Drang zum Reden und Lautbilden, Heiterkeit, Ausgelassenheit, Dreistigkeit, Steigerung und Wechsel der Begehrlichkeit, Wuth- und Zornesausbrüche, Tobanfälle, perverse Triebe und Impulse (auch auf sexuellem Gebiete), Mangel an Gehorsam und Furcht, Ausbleiben der psychischen Beeinflussung Erwachsener durch Zureden und Strafdrohungen, Fehlen des physiologischen Ermüdungsgefühles u. s. w. — Auf eine bestehende Verwirrtheit mit oder ohne Hallucinationen weisen bei Kindern hin: die Unorientirtheit und das Verkennen ihrer gewohnten Umgebung, das häufige Hinstarren vor sich,

1) Maudsley, Die Physiologie und Pathologie der Seele. Uebersetzt von Böhm. Würzburg 1870,

die häufige Regungslosigkeit und Reactionslosigkeit auf Sinneseindrücke und Anreden, das willenlose Verhalten ohne Widerstand bei passiver Bewegung, ein Beharren in bizarren Haltungen der Glieder (Flexibilitas cerea), sinnloses Nachsprechen gehörter Laute, unmotiviertes Lachen und Weinen, eigenartiges Wenden des Kopfes und Blickrichtung in's Leere, irres Reden, seltsames unverständliches Gebahren u. s. w.

Für die acute Verwirrtheit charakteristisch ist ferner der Verlauf mit Remissionen und Exacerbationen und der häufige Wechsel zwischen manischen und stuporösen Zuständen, zwischen Klarheit und Verwirrtheit u. s. w.

Einen wie mannigfältigen Wechsel von Zustandsbildern und Erscheinungen gerade diese Krankheitsform gelegentlich darbieten kann, ist schon unter Anderem aus den zahlreichen Bezeichnungen ersichtlich, die sie im Laufe der letzten Jahrzehnte von den verschiedenen Autoren erhalten hat; wir heben nur einige hervor, so acute primäre Verrücktheit (Westphal), hallucinatorischer Wahnsinn (v. Krafft-Ebing), hallucinatorische Verrücktheit (Fritsch), Verwirrtheit (Wille), acutes asthenisches Delirium (Mayser), acuter Wahnsinn (Schüle), hallucinatorische Verwirrenheit (Konrad, Scholz), asthenische, hallucinatorische Verwirrtheit (Kräpelin), Mania hallucinatoria (Mendel), hallucinatorisches Irresein (Fürstner), Amentia (Meynert), Delirium hallucinatorium (Mendel); von anderen Bezeichnungen seien genannt: Paranoia acuta (hallucin.), acute Demenz, acute Stupidität, stuporöse Manie, maniakalische Verwirrtheit u. s. w.

Eine Vereinigung dieser Erkrankungsform (Verwirrtheit oder Amenita) mit der Paranoia-Gruppe, wie sie aus diesen Bezeichnungen zum Theil hervorgeht und neuerdings von Cramer¹⁾, auch Boedeker und Anderen angestrebt wird, scheint mir kein Fortschritt in der Classification und Nomenclatur der Psychose zu sein.

Es ist wohl zweifellos, dass es Uebergangsformen giebt zwischen der acuten (hallucinatorischen und delirirenden) Verwirrtheit und der acuten (hallucinatorischen) Verrücktheit oder Paranoia mit systematisirendem Charakter; dass ferner im Verlaufe der Paranoia (Verrücktheit) als vorübergehende Erscheinung eine acute Verwirrtheit mit Bewussteinstrübung, Incohärenz, maniakalischer Erregung) auftreten kann, und dass andererseits im Verlaufe der acuten Verwirrtheit zuweilen oder ausnahmsweise Beachtungswahn, paranoische Symptome, wie Beeinträchtigungsideen, Verfolgungswahn, gesteigerte Eigenbeziehung, Neigung zur Systematisirung hervortreten können²⁾; ebenso ist es

1) Cramer, Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 51. Bd. II. Heft. 1894.

2) Es sei hier hervorgehoben, dass auch die Melancholie ähnliche Be-

sicher, dass beide Erkrankungen durch die gleichen ätiologischen Factoren (wie fieberhafte Erkrankungen, geistige und körperliche Ueberanstrengung und Erschöpfung, Menstruationsanomalien, Puerperium, Alcoholismus, Intoxications aller Art) entstehen und einen gleichen Ausgang in Genesung oder in chronische Zustände nehmen können. Allein trotzdem scheint die acute Verwirrtheit in der Regel durch die primäre Bewusstseinsstörung resp. Trübung, die häufig folgenden Erinnerungsdefekte, die Benommenheit, die Incohärenz und Lockerung des Vorstellungslabens, den Wechsel der Verwirrtheit mit stuporösen und maniakalischen Zuständen, den Mangel der Systematisirung, das Fehlen der Beständigkeit der Sinnestäuschungen und Wahnideen, den häufigen Ausgang in chronische Verwirrtheit u. s. w. genügend gekennzeichnet zu sein.

Wenn zur Begründung der Vereinigung dieser beiden Krankheitsformen Paranoia (resp. Verrücktheit) und Verwirrtheit (resp. Amentia) hevorgehoben wird, dass beide Störungen gegenüber den primären Stimmungsanomalien (Melancholie und Manie) primäre Verstandesstörungen oder Vorstellungssirresein darstellen, so scheint mir bei der Complicirtheit der psychischen Vorgänge die Entscheidung gerade bei dieser Form der Psychosen nicht so einfach zu sein, ob wir es mit einer primären Veränderung der Gemüthslage und secundärer Betheiligung der Verstandesthätigkeit zu thun haben oder mit einer primären Vorstellungs- resp. Denkstörung und secundärer Betheiligung der Affekte oder endlich um gleichzeitige und gleichwerthige Vorgänge auf beiden Gebieten. Was selbst die typische einfache primäre Paranoia (Verrücktheit) anbetrifft, den Typus der primären Denkstörung, so dürfte hier Moeli's¹⁾ Einwand und Standpunkt mehr gewürdigt werden müssen. Dabei handelt es sich nicht etwa bloss um eine Änderung der sogenannten Gefühlsbetonung, welche eine jede Vorstellung und einen jeden Denkact begleitet, sondern um eine präexistirende Veränderung der normalen gesunden Gefühlslage, Stimmung und Empfindungsweise im Beginn der Paranoia. Diese veränderte Stimmungslage wird wahrscheinlich durch nicht klar zum Bewusstsein kommende, abnorme körperliche Sensationen und krankhafte Impulse (subcorticale Reizerscheinungen und Hyperästhesie nach Meynert) bedingt; die veränderte Empfindungslage bringt erst secundär den abnormen Gedankengang zu Stande, sie weckt Vorstellungen bestimmten Inhaltes (wie hypochondrische Ideen, Eigenbeziehungs-

ziehungen zur Paranoia hat. Während auf der einen Seite die Melancholie als eigene selbstständige Krankheitsform häufig auftritt, sehen wir mitunter das Symptomenbild der melancholischen Verstimmung (mit Angstzuständen, Verkleinerungswahn, Neigung zu Selbstanklagen, Selbstmordideen, Verlangsamung des Vorstellungsbildes u. s. w.) im Verlauf der Paranoia (Verrücktheit), der Verwirrtheit (Amentia), der progressiven Paralyse u. s. w. auftreten. Auch Misch- und Uebergangsformen der Melancholie und Verrücktheit (Paranoia) zeigt unter anderem die in der Menopause nicht selten auftretende „melancholische Verrücktheit“.

1) Bericht über die 80. Versammlung des psychiatr. Vereins zu Berlin
17. März 1894. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie.

wahn, Beeinträchtigungsiden etc.), sie erst gibt den Gedanken eine bestimmte Richtung, ebenso wie die melancholische Stimmung und Angst trübe Vorstellungen, Selbstbeschuldigungen u. dergl. weckt. Die veränderte Gefühlslage, und Empfindungsweise erzeugt erst eine abnorme Auffassung und Beziehung der Persönlichkeit zur Aussenwelt und der äusseren Vorgänge und Eindrücke zur eigenen Persönlichkeit. Für diese Auffassung spricht auch der Umstand, dass schon Morel und nach ihm Westphal, Meynert und Andere auf das mit allerlei abnormen Sensationen verbundene hypochondrische Initialstadium der Paranoia hinwiesen. Auch sei hier eine Dissertation von Sandberg¹⁾ hervorgehoben, in welcher die affective Basis und Entstehungsweise der paranoischen Wahnideen ausführlich erörtert wird. Abgesehen von dem Initialstadium der Paranoia sehen wir auch im ganzen Verlaufe derselben Stimmungsanomalien und Gefühlsveränderungen, wie Zornmuthigkeit, Streitsucht, gesteigertes Selbstgefühl u. s. w. auftreten, deren Erklärungsversuche aus dem Vorstellungsinhalt und Ablauf allein anfechtbar erscheinen.

Auch Emminghaus macht bei den Kinderpsychosen keinen Unterschied zwischen dem acuten hallucinatorischen Verfolgungswahn (Paranoia) und der acuten (hallucinatorischen) Verwirrtheit. Ausser der acuten hallucinatorischen Paranoia beschreibt er noch eine Form, die Dementia acuta, und zwar eine agitirte und stuporöse Abart. Diese dürfte wohl besser zur Gruppe der acuten Verwirrtheit zu zählen sein, indem hierbei die Ausfallserscheinungen, die Bewusstseinsstörung und -Trübung bis zur völligen vorübergehenden Aufhebung der Denkfähigkeit (functionelle Demenz) sich steigern kann, ohne dass Reizerscheinungen (Hallucinationen, maniakalische Erregung etc.) auftreten. Bei jungen Kindern wird die Unterscheidung der acuten Verwirrtheit von der acuten Paranoia besonders schwer sein, insofern als bei ihnen der Inhalt der Hallucinationen nicht leicht zu deuten sein wird, und Wahnideen mit der Fähigkeit zur Systematisirung und Fixirung vor dem Pubertätsalter kaum auftreten dürften²⁾; es fehlt den Kindern auch die ausgesprochene Neigung und die Fähigkeit ihre inneren Vorgänge und Empfindungen durch äussere Erscheinungen zu erklären, sowie überhaupt stets ein Causalitätsverhältniss zwischen beiden zu suchen. Nichts desto weniger werden wir Hallucinationen angenehmen und feindlichen Inhalts, angstregende Vorstellungen, Verfolgungsiden u. s. w. deuten und erkennen durch den verklärten oder ängstlich erregten Gesichtsausdruck,

1) Sandberg, Beiträge zur Charakteristik der Wahnideen der chronischen Verrückten. Inaug.-Dissertation. Breslau 1887.

2) Häufiger sehen wir, namentlich bei erblich belasteten Kindern allerlei Zwangsvorstellungen schon vor dem Pubertätsalter auftreten und mitunter hartnäckig beharren.

durch unmotivirtes Umwenden des Kopfes, unmotivirtes Schreien, Weinen und Aufkreischen, durch ängstliches Anklammern an Andere, Sichverkriechen in die Ecken oder unter die Bettdecken, plötzliche Fluchtversuche, Hinstarren auf einen Punkt, Widerstand gegen jede Veränderung, Abwehrbewegungen ohne jeden Grund, Greifbewegungen in das Leere, Angriffe auf herannahende Personen, unmotivirtes Lachen u. s. w.¹⁾. — Im Allgemeinen werden überhaupt, je jünger die erkrankten Kinder sind, um so mehr die affectiven Störungen und Veränderungen des Willens und Begehrens in den Vordergrund treten, da ausgeprägte Anomalien des Denkprocesses bei einer nur geringen Summe von angesammelten Vorstellungen Erinnerungsbildern und Lebenserfahrungen und bei noch mangelnder Ausdrucksweise kaum in Betracht kommen werden. Auch dürften bei den erkrankten Kindern, wie Friedmann²⁾ mit Recht hervorhebt, die Zeichen geistiger Schwäche und Hemmung überwiegen und eine Constanz der Krankheitserscheinungen nur selten zu Stande kommen, indem die Reizerscheinungen in dem Kinderhirn bald zur Erschöpfung führen werden.

In unserem Falle nahm der Verlauf der Erkrankung bis zur Heilung ca. 3 Monate in Anspruch, eine Dauer, die für die acute Verirrtheit als mittelgrosse anzusehen ist; denn es sind sowohl Fälle in wenigen Tagen, wie noch nach 9—12 Monaten (und darüber) währender Dauer zur Heilung gelangt. — Die Prognose war von Anfang an als eine gute zu bezeichnen. Wohl ist es richtig, wenn Griesinger hervorhebt, dass jede geistige Störung im Kindesalter einen gewissen Stillstand der intellectuellen Entwicklung bedeute, und zwar um so mehr, je länger sie dauert. Jeder Fortschritt, jedes Ansammeln von neuen Eindrücken und Erinnerungsbildern, jedes Erwerben von Lebenserfahrungen hört nicht nur während der Erkrankung auf, sondern es liegt noch die Gefahr vor, dass ein Rückschritt eintritt, indem das Kind das bisher Erworrene und Gelernte vergisst und verliert oder gar durch die Erkrankung die Fähigkeit einbüsst, später überhaupt noch geistig sich weiter zu entwickeln. — Allein dieser Stillstand und Aufenthalt der Entwicklung, dieser scheinbare Rückschritt ist namentlich bei den

1) Einen Theil dieser Erscheinungen kann man gut bei Kindern beobachten, die an Pavor nocturnus leiden, der ja einer transitorischen hallucinatorischen Psychose nahe steht.

2) Friedmann, Ueber Nervosität und Psychosen. Münchener medic. Wochenschrift 1892. No. 21. F. sah unter 115 Fällen von Nervenleiden bei Kindern 4 Psychosen, während bei 200 Fällen von Nervenerkrankungen Erwachsener 38 Psychosen zur Beobachtung kamen.

Psychosen nach Infectionskrankheiten nur ein vorübergehender. Sehen wir doch sogar bei jungen Kindern (nach West, Weisse und Anderen) in der Reconvalescenz fiebigerhafter Erkrankungen ohne vorausgegangene Psychose mitunter eine Vergesslichkeit, geistige Trägheit und Erinnerungsschwäche oder einen Verlust der Sprachvorstellungen eintreten, der zu einer funktionellen Geistesschwäche und Aphasia führt. Trotzdem diese Kinder imbecill und idiotisch erscheinen, tritt in den meisten Fällen bald völlige Genesung ein.

In unserem Falle dürfte die dreimonatliche Erkrankung allerdings in obigem Sinne einen geringen Aufenthalt in der geistigen Entwicklung und ihrem regulären Fortschritt bedingen. Doch lässt es sich nicht annehmen, dass das Kind in Anbetracht der schnellen Genesung in kurzem hinter seinen Altersgenossen zurückstehen wird; wir sehen in kurzer Zeit die alten Erinnerungsvorstellungen, Sprachbilder, Gewohnheiten wiederkehren und mit ihnen die Aufmerksamkeit, das Interesse und die Fähigkeit zur Erwerbung neuer Eindrücke und Vorstellungen, sowie zu deren Verschmelzung mit dem früheren Besitz; auf diesem Wege wird das Kind bald das Versäumte nachholen. Um möglichst zu verhüten, dass in späteren Jahren bei anderen Gelegenheitsursachen, Pubertät, Puerperium, Klimakterium etc. ein Recidiv resp. der Ausbruch einer Psychose auf diesem prädisponirten Boden stattfindet, sind körperliche und geistige Schonung anzurathen, wie später Schulbesuch, Vermeidung von Aufregung und körperlichen und geistigen Ueberanstrengungen, gute Pflege und Stärkung der körperlichen Widerstandsfähigkeit.

Was die Therapie überhaupt anbetrifft, so wird man nicht nur in den Inanitionszuständen nach den febrilen Erkrankungen, sondern schon während der acuten Affection prophylactisch durch Ruhe, häufige und kräftige Nahrungszufuhr, Tonica, Roborantia aller Art, den allgemeinen Ernährungszustand zu heben suchen. Namentlich wenn nach Influenza oder anderen Infectionskrankheiten Zeichen gestörter Nachtruhe, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche, Depressions- oder Erregungszustände, körperliche Prostration, Apathie, Unlust zur Thätigkeit, kurz Abweichungen von dem sonstigen geistigen Verhalten oder Schwindelerscheinungen, Ohnmachtsanfälle, Benommenheit, Schlafsucht auftreten, wird durch sorgfältige Pflege, Bettruhe, Schonung vor Aufregungen und Anstrengungen, reichliche Nahrungszufuhr, Roborantia, Analeptica, Excitantia der Kräftezustand zu heben, für guten Schlaf zu sorgen sein, um dem eventuellen Ausbruch einer Erschöpfungspsychose vorzubeugen. Zur Beruhigung bei schon vorhandenen Erregungszuständen sind protrahierte lauwarme Bäder von ca. 27 Grad und 20—30 Minuten Dauer sehr zu empfehlen; bei Kindern genügt dies Mittel oder

auch laue und halbkalte Einwicklungen häufig, um Beruhigung und Schlaf zu erzielen. Von Alcoholica, Wein, schwerem Biere, wie sie bei derartigen Psychosen von Erwachsenen gute Dienste leisten, dürfte im kindlichen Alter abzusehen sein; ebenso sind Narcotica zu vermeiden. Als Schlafmittel wirkt oft schon Bromnatrium in kleinen Dosen 0,4 bis 1,5 Grm.; zu vorübergehendem Gebrauch eignet sich Chloralhydrat in kleinen Dosen, auch Sulfonal und Trional; doch dürfte auch das letztere nicht zu längerem Gebrauche zu empfehlen sein, da nach Trional bereits ähnliche Stoffwechselschädigungen und Vergiftungsscheinungen beobachtet sind, wie nach Sulfonal. — Eine schnelle Unterbringung in eine Kranken- oder Irrenanstalt dürfte bei Erwachsenen nur da am Platze sein, wo der Aufregungs- oder Depressionszustand ein hochgradiger ist oder im Haushalt hinreichende Schonung, Ruhe, Ordnung, Beaufsichtigung und Pflege nicht zu erreichen sind. Denn die genannten Psychosen haben nicht selten nur einen leichten Charakter und können mitunter in wenigen Tagen oder Wochen zur Heilung übergehen.

Wenn wir noch mit einigen Worten auf die Aetiologie unseres Falles eingehen, so scheint die vorausgegangene Influenza nicht zweifelhaft. Das Kind erkrankte zur Zeit der Epidemie acut an den Erscheinungen dieser Krankheit, die dann mehr die gastro-intestinale Form annahm; und letztere ist vielleicht noch mehr, wie jede andere geeignet, eine schnelle und hochgradige Schwächung des Organismus herbeizuführen. Die gleichzeitige Erkrankung von Mutter und Bruder bestätigen die Diagnose. Wie bei allen Psychosen nach fieberhaften Infectionskrankheiten, wird auch bei Influenza der Einfluss der hereditären Belastung oder Prädisposition auf die Entstehung derselben besonders hervorgehoben. Nach Althaus¹⁾ haben 72,2 pCt. der an Influenzapsychosen Erkrankten eine hereditäre oder erworbene Prädisposition zu psychischen oder nervösen Erkrankungen; und dies scheint für die febrilen Delirien, wie für die postfebrilen Psychosen in annähernd gleichem Masse zu gelten. Dürfen wir in unserem Falle von einer Prädisposition sprechen, so kommt vielleicht die bei der Mutter bestehende Migräne in Betracht. Dass diese scheinbar harmlose Affection häufig und vielleicht gerade in den geistig nicht überanstrengten Volksschichten nicht ohne Gefahr für die Descendenz besteht, ist bekannt. Wir finden mitunter Epilepsie, Imbecillität, Idiotie, wo kein anderes ätiologisches Moment festzustellen ist, wie die Hemicranie der Ascendenz, abgesehen davon, dass bei gleichartiger Vererbung derselben eine ausgesprochene

1) Althaus, Ueber Psychosen nach Influenza. Dieses Archiv Bd. XXV. Heft 1.

Migräne oder larvirte Formen schon in frühen Lebensjahren auftreten und der Entwicklung des Individuum hinderlich sein können.

Die Psychosen nach Influenza sind schon lange bekannt. Nach Ladame und Anderen berichten schon Rush 1790, Bonnet 1837, Crichton-Browne 1874 über geistige Störungen nach Influenza. Nach keiner Infectionskrankheit, Typhus vielleicht ausgenommen, sind Psychosen so häufig beobachtet, wie nach Influenza; und dies dürfte sich nicht nur auf die absolute Zahl beziehen, die ja in Anbetracht der Häufigkeit der Influenzaerkrankung eine sehr grosse ist, sondern auch auf die relative Zahl der Psychosen nach Influenza. Nach Rothaupt zeigen 50 pCt. der an Influenza Erkrankten überhaupt Neigung zu nervösen Erkrankungen. Die Influenzapsychosen treten ebenso, wie die psychischen Störungen nach anderen Infectionskrankheiten bald im Beginn als initiale Fieberdelirien auf, bald auf der Acme und in der Defervescenz der Erkrankung als toxische und infectiöse Störungen (durch das Gripotoxin), bald einige Tage und Wochen nach dem Fieber in dem afebrilen Stadium als Erschöpfungs- oder asthenische oder Inanitionspsychosen. Bei Kindern, die sowohl im Säuglingsalter, wie später häufig an Influenza erkranken und auch gegen die nervösen und psychischen Nacherkrankungen durchaus nicht immun sind, sehen wir häufig selbst bis zum Pubertätsalter im Initialstadium Delirien, Convulsionen, schlafsuchtähnliche und comatóse Zustände auftreten, während im Greisenalter epileptoide und apoplectiforme Anfälle im Beginn zur Beobachtung kommen. Auch diese initialen Störungen scheinen bei Influenza häufiger wie bei allen anderen Infectionskrankheiten zu sein; die Fieberdelirien finden sich sowohl bei uncomplicirter Influenza wie bei Complicationen mit Bronchopneumonie u. s. w. und hier vielleicht noch häufiger¹⁾.

Die meisten Fälle wirklicher Psychosen bei Influenza setzen erst im Reconvaleszenzstadium ein, einige Tage bis Wochen nach Ablauf der somatischen Erscheinungen und dem Schwinden des Fiebers, wie Kraepelin²⁾ und die meisten anderen Autoren angeben. Die Schwere und

1) Ich selbst sah bei einem sechsjährigen Knaben neben einer Influenza-Bronchopneumonie 14 Tage lang ca. Delirien und comatóse Zustände abwechseln; bei einem fünfjährigen Knaben ohne Complication äusserte sich die Influenza durch epileptische Anfälle und comatóse Zustände, die 3 Tage anhielten; beide Fälle gingen in dauernde Heilung über und waren auch vor dieser Erkrankung frei von ähnlichen Störungen.

2) Kraepelin, Ueber Psychosen nach Influenza. Deutsche medic. Wochenschr. 1890. No. 11.

die Dauer der Psychose entsprechen meist durchaus nicht der Intensität des vorausgegangenen Fiebers oder der somatischen Störungen von Seiten des Respirations- und des gastro-intestinalen Tractus. Der Grad der Inanition und der hereditären Prädisposition scheinen für den Ausbruch der Psychose und ihre Schwere mehr ausschlaggebend zu sein, als der Grad der Infection mit dem toxischen und infectiösen Agens (Grippotoxin). Die somatischen Störungen der Influenza können dabei sogar so gering gewesen sein, dass sie übersehen werden; nach Althaus¹⁾ giebt es auch eine chronische, ohne vorausgegangene Fiebererscheinungen eintretende Infection des Nervensystems mit dem Grippotoxin, die wohl gelegentlich auch zu Psychosen führen kann. — Was die Form der Psychosen nach Influenza anbelangt, so handelt es sich in der Mehrzahl der Fälle um acute functionelle und heilbare Formen und vielleicht vorwiegend um eine acute hallucinatorische Verwirrtheit, die so mannigfache Bilder darbieten kann, dass eine nicht genügende, flüchtige und seltene Beobachtung des Erkrankten häufig zu Irrthümern in der Diagnose führen kann. Und in der That geht aus den zahlreichen Krankengeschichten der Psychosen nach Influenza hervor, dass viele als Paranoia acuta, acute Demenz, maniakalische Verwirrtheit, stuporöse Manie, agitirte oder stuporöse Melancholie u. s. w. beschriebene Formen in das Gebiet der acuten (hallucinatorischen) Verwirrtheit fallen, mit ihrem häufig recht kurzen Verlauf, mit einem schnellen Uebergang in Heilung, mit der Incohärenz, der Bewusstseinstrübung, den Erinnerungsdefecten, den manischen Zuständen, dem Wechsel zwischen Stupor, Verwirrtheit und maniakalischer Exaltation und mit den häufigen und zahlreichen Sinnestäuschungen (Hallucinationen), wie sie bei der reinen Manie und Melancholie kaum vorkommen.

Im Allgemeinen stellt das mittlere Lebensalter das Hauptcontingent der Erkrankten. Allein mehrfach sind auch die Influenzapsychosen bei Kindern beschrieben, unter Anderem beobachtete H. Neumann Delirien schon bei einem dreijährigen Kinde und Auerbach berichtet über eine Verwirrtheit (Delirien, maniakalische Aufregung, Stupor, Amnesie etc.) bei einem 15jährigen Knaben.

Die häufigste Form der Psychosen nach Influenza ist nach Jastrowitz²⁾ resp. den Zählkarten die Melancholie, nach Althaus die acute hypochondrische Melancholie mit Lethargie in 41 pCt. der Fälle, wäh-

1) Althaus, Influenza. Its pathology, symptoms etc. London 1892.

2) Jastrowitz, Die Psychosen in „Die Influenza-Epidemie 1889/90“. Sammel-Forschung des Vereins für Innere Medicin von E. Leyden und S. Guttmann.

rend nur 27 pCt. in das Gebiet der Inanitionspsychosen¹⁾ fallen. Auch nach Jutrosinski²⁾, der über 104 Psychosen nach Influenza (zum Theil aus der Strassburger Klinik — Jolly) berichtet, überwiegt der melancholisch-hypochondrische Charakter. Auct bezeichnet die acute Verwirrtheit mit hypochondrischer und agitirter Melancholie als die häufigste Form, während Reill und Andere die Manie und Erregungszustände als dominirend ansehen.

Ausser den genannten Formen werden Delirium tremens, Hypochondrien, Neurasthenien mit Angstzuständen und Zwangsvorstellungen häufig beobachtet. In den Fällen, in denen andere Formen von psychischen Störungen, wie Paranoia chronica simplex, Epilepsie, Dementia paralytica, periodisches und circuläres Irresein nach Influenza mitgetheilt werden, handelt es sich vielfach um „Pseudo-Influenza-Psychosen“ (Kirn³⁾), indem eine vorher bereits in der Entwicklung begriffene Erkrankung durch die Influenza aus ihrer Latenz heraustritt, für die Laien sichtbare Form annimmt und vielleicht auch eine Verschlimmerung und Beschleunigung des Verlaufs erfährt. Nach Althaus gehören 25 pCt. der Influenzapsychosen in diese Kategorie; doch will er auch nicht selten Paralyse nach Influenza haben entstehen sehen, was Andere, Jastrowitz u. s. w. nie bemerkten. — Was den Verlauf der Psychosen nach Influenza anbetrifft, so wird die kurze Dauer, der schnelle Uebergang in Genesung wie überhaupt die Gutartigkeit allgemein hervorgehoben, so auch in der Zusammenstellung von Ruhemann⁴⁾. Die Angaben von Althaus, dass 56,6 pCt. geheilt seien (bei Typhus 71,8 pCt. der psychisch Erkrankten) scheint mir noch zu ungünstig zu sein. 12 pCt. heilten nach etwa einer Woche, 32 pCt. nach einem Monat und 55 pCt. dauerten länger als einen Monat. Todesfälle bei den Influenzapsychosen treten nach Althaus in 7,6 pCt. der Fälle ein (bei Typhus in 7,7 pCt.).

Ob die Influenza auch auf bestehende Psychosen einen Einfluss ausübt und modificirend einwirkt, ist nicht sichergestellt. Ueber einen günstigen Einfluss berichtet Helweg mit anderen. Metz will eine Psychose (Paranoia?) durch Influenza haben heilen sehen, was ja auch

1) Es ist wohl zweifellos, dass Inanitionspsychosen nur eine Bezeichnung ist, die auf die Aetiologie allein, nie auf die Form der Erkrankung hinweist. Denn wir sehen z. B. eine Melancholie ebenso bei einem Inanitionszustand entstehen, wie eine acute (halluc.) Verwirrtheit und andere Psychosen.

2) Jutrosinski, Influenza-Psychosen. Inaug.-Dissert. 1890. Berlin.

3) Kirn, Die nervösen u. psychischen Störungen der Influenza. Samml. klin. Vorträge 1890.

4) J. Ruhemann, Die Influenza in dem Winter 1889/90.

bei anderen fieberhaften Erkrankungen (Pneumonie, Erysipel etc.) zuweilen erwähnt wird. In einzelnen Fällen sind intercurrente Psychosen (Erschöpfungsdelirien), transitorische Verwirrtheit und dergleichen bei schon bestehenden Psychosen (Epilepsie, Paranoia u. s. w.) durch die Influenza entstanden. Einen ungünstigen Einfluss auf bestehende Psychosen haben Snell und Jutrosinski hervor, während Althaus, Sander, Richter, Moeli gar keinen Einfluss auf bestehende Geistesstörungen feststellen konnten.

In vereinzelten Fällen werden Sectionsbefunde bei Geisteskranken, die an Influenza sterben, berichtet; so sah Reill Hyperämie der Gehirnhäute, Stauungsödem u. s. w. Eine Ausnahme scheint ein Fall von Jolly-Jutrosinski zu bilden, in dem bei einem plötzlich an Influenza gestorbenen Paralytiker eine eitrige Meningitis gefunden wurde.

Es sind zwar auch Hirnabscesse nach Influenza (Bristowe) beschrieben, allein im grossen Ganzen tragen die cerebralen Veränderungen nach Influenza und speciell die Meningitiden, Encephalitiden und die Polienccephalitis wie die Myelitis einen hämorrhagisch-entzündlichen, nichteitrigen Charakter; auch sind sie durch die nicht ungünstige Prognose ausgezeichnet.

In letzter Zeit sind mehrfach Fälle von Influenza zur Beobachtung gekommen, die eine Mischinfection mit Eiterkokken aufwiesen und neben den typischen, allein durch den Influenza-Bacillus erzeugten Veränderungen im Gehirn (hämorragische Entzündungs- und Erweichungsherde) eitrige Prozesse (Encephalitis, Meningitis, Abscesse) zeigten (Nauwerck, Pfuhl). Auch besteht kein Zweifel über das Vorhandensein einer primären Cerebral-Influenza, einer primären Influenza-Encephalitis, ohne Krankheitsscheinungen an der Eingangspforte der Infection, dem Respirationstractus. Pfuhl und Walther berichten über 12 Influenzaerkrankungen mit vorwiegender Beteiligung des Centralnervensystems, bei denen der Krankheitserreger selbst im letzteren sicher festgestellt wurde. In einem Falle bestand eine primäre auf Influenza-infection beruhende Gehirnkrankheit, die in Folge späterer Einwanderung virulenter Streptokokken zur tödtlichen eitrigen Meningitis führte.