

I.

Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Kiel
(Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling).

Ueber Psychosen bei Grippe.

Ein Beitrag zur Frage der Pathogenese und nosologischen
Stellung der Infektionspsychosen.

Von

Prof. Dr. **W. Runge**,
Oberarzt der Klinik.



Die erste Phase der letztjährigen Grippeepidemie im Sommer 1918 mit ihren durchweg leichteren Krankheitserscheinungen und ihrer geringeren Mortalität verlief, ohne dass mit ihr in ursächlichem Zusammenhang stehende Psychosen bzw. sonstige psychische Störungen oder andere Erkrankungen des Nervensystems in der Kieler Klinik zur Beobachtung kamen, bis auf einen einzigen Fall, bei dem es sich aber nicht um eine mit der Grippe in enger Beziehung stehende Infektionspsychose, sondern um eine durch sie ausgelöste idiopathische endogene Psychose handelte. Ganz im Gegensatz hierzu traten solche infektiösen Geistesstörungen während der im Herbst 1918 einsetzenden, durchweg mit erheblich schwereren Krankheitserscheinungen und einer hohen Mortalität einhergehenden 2. Phase der Grippeepidemie in solcher Häufung in Erscheinung, wie das bisher bei keiner andersartigen Epidemie, insbesondere bei keiner Typhusepidemie, in deren Gefolge es bekanntlich sonst am häufigsten zu Psychosen kommen kann, beobachtet wurde. Diese Häufung psychischer und auch nervöser Störungen im Gefolge der Grippe wurde bereits bei der Epidemie im Jahre 1890/91 festgestellt, infolgedessen eine „nervöse“ Form der Grippe aufgestellt und mit erheblicher Uebertreibung sogar von der Grippe, als in erster Linie „epidemischer Nervenkrankheit“ gesprochen. Dass eigenartige Beziehungen zwischen der Grippe bzw. ihrer Erreger oder ihres Toxins und dem Zentralnervensystem bestehen, zeigen ausserdem beobachtete Fälle von Enzephalitis, Myelitis, Polyneuritis, isolierten Augenmuskel-

lähmungen nach Grippe, die auch bei der früheren Epidemie bereits aufgetreten waren. In der vorliegenden Arbeit soll ausschliesslich über die bei Grippekranken vorgekommenen psychischen Störungen berichtet werden¹⁾).

Häufigkeit.

Durch das wie bei keiner anderen Infektionskrankheit gehäufte Auftreten solcher psychischen Störungen könnte man sich, wie das bereits 1890/91 geschehen ist, verleiten lassen, überhaupt die Grippe für diejenige Infektionskrankheit zu halten, die am meisten psychotische Störungen zu erzeugen im Stande ist. Man darf aber nicht vergessen, dass andere Infektionskrankheiten nur selten in der Ausdehnung aufzutreten und so viele Menschen gleichzeitig zu befallen pflegen, wie die Grippe bei der letzten und den früheren Pandemien. Ein Vergleich der Häufigkeit psychischer Störungen bei der Grippe mit der anderer Infektionspsychosen ist daher ohne genauere Zählung nur schwer möglich. So lassen sich mit Rücksicht hierauf auch aus der gewiss interessanten Feststellung Kleist's, dass in Rostock während der letzten Grippeepidemie weit mehr mit dieser in Zusammenhang stehende psychische Erkrankungen zur Beobachtung kamen, als während früherer Typhusepidemien, ebensowenig sichere Schlüsse ziehen, wie aus der gleichen Beobachtung in Kiel. Althaus hatte bei der alten Epidemie 1890 die Masern zum Vergleich herangezogen, weil diese auch eine die meisten Menschen befallende Infektionskrankheit sei, und darauf hingewiesen, dass bei diesen psychische Störungen gegenüber der Grippe verschwindend wenig vorkommen. Aber auch dieser Vergleich kann nur zu falschen Schlussfolgerungen führen, da die Verhältnisse bei den Masern doch ganz anders liegen, weil sie einmal überwiegend Kinder befallen, und auch kaum jemals gleichzeitig so viele Menschen an ihr erkranken, wie bei Grippeepidemien. Wenn man überhaupt solche Vergleiche anstellen will, so könnte man höchstens die ja zuweilen wenigstens eine annähernd ähnliche Ausdehnung erlangende Cholera heranziehen. So sah Wassiljew 1882 während einer sehr starken Choleraepidemie in Samara nur einen Fall von Psychose nach Cholera. Will man gegen einen solchen Vergleich anführen, dass die slawischen Volksstämme vielleicht weniger oder in anderer Weise für solche Psychosen disponiert sind, dass vielleicht auch schnell vorüber-

1) Anmerkung: Da die Arbeit bereits im August 1919 abgeschlossen wurde, konnten später erschienene Arbeiten über das gleiche Thema keine Berücksichtigung mehr finden.

gehende Delirien in jenen Gegenden garnicht in ärztliche Beobachtung gelangen, so wäre darauf hinzuweisen, dass während der grossen Hamburger Choleraepidemie 1892 über keinen Fall von psychischen Störungen bei Cholera berichtet worden ist. Erst 1916 sah Herschmann unter 53 Cholerafällen 3 mal symptomatische Psychosen. Jedenfalls also sind die Grippeepidemien weit häufiger mit psychischen Störungen verbunden als viele Choleraepidemien und wahrscheinlich auch die meisten anderen Infektionskrankheiten. Da Psychosen bei akutem Gelenkrheumatismus, bei dem solche nächst dem Typhus am häufigsten vorkommen sollen, an der hiesigen Klinik nur äusserst selten beobachtet worden sind, während doch die Krankheit selber durchweg nicht selten ist, möchte ich annehmen, dass sie bei dieser Krankheit auch erheblich seltener als bei Grippe auftreten. Die Frage aber, ob sie bei der Grippe auch häufiger als beim Typhus vorkommen, lässt sich bis jetzt nicht entscheiden, da es mir nicht gelungen ist, ausreichendes und genaues zahlenmässiges Material aus der letzten Grippeepidemie beizubringen. Dagegen liegen über die frühere Epidemie wenigstens einige Zahlen vor. Nach der Sammelforschung des Berliner Vereins für innere Medizin fanden sich unter 6000 Influenzakranken der Epidemie 1889/91 90 Fälle von Geisteskrankheit, also 1,5 pCt. Dagegen fand Aust, der ein grosses Influenzamaterial selbst zur Verfügung hatte und daher wohl leichtere psychische Störungen öfter feststellen konnte, unter 316 Influenzafällen sogar in 5 pCt. psychische Störungen. Leichtenstern will damals unter 439 Influenzafällen weit mehr Psychosen, als unter 1500 Abdominaltyphen und 3000 kroupösen Pneumonien gesehen haben. Damit wäre es allerdings für die frühere Grippeepidemie wahrscheinlich gemacht, dass Psychosen bei ihr häufiger, als bei Typhus vorkamen. Die Aufstellung Leichtenstern's spricht auch gegen die Auffassung Bonhoeffer's, dass Kirn 1892 wohl nur unter dem Eindruck der vorangegangenen grossen Grippeepidemie die Influenzapsychose für die absolut häufigste von allen Psychosen im Gefolge akuter febriler Erkrankungen gehalten habe. Wenn spätere Epidemien, die ja erheblich kleinere waren, keine besondere Inklination zu psychotischen Begleiterscheinungen ergeben haben, wie Bonhoeffer meint, so mag das richtig sein, kann aber wohl darauf beruhen, dass das Grippetoxin offenbar auch Wandlungen durchmacht, durch die seine Affinität zum Zentralnervensystem verstärkt oder abgeschwächt wird. Die auffällige Differenz in dem Auftreten psychischer Störungen während der ersten und zweiten Phase der letztjährigen Grippeepidemie, das Auftreten von Enzephalitiden besonders während und nach der 2. Phase spricht dafür.

Während der Epidemie der 90er Jahre sind im ganzen erheblich mehr Fälle von Psychosen bei Grippe beschrieben worden, als während der jetzigen Epidemie. Während aus dem Jahre 1918 bisher Mitteilungen von Riese über 5 Fälle, von Weber über 7 Fälle, von Kleist über 11 Fälle, kurze Notizen von E. Meyer und Boettiger vorliegen, zu denen meine 24 Fälle kämen, haben früher Kirn 72, Jutrosinski 101, Emminghaus 116 Fälle aus der Epidemie von 1889/91 zusammengestellt. Ich selbst konnte aus der alten Literatur 112 Fälle sammeln (Fälle von Althaus, Klemm, Lehn, Kraepelin, Leledy, Ahrens, Solbrig, Ladame, Aust, Kalischer, Pick, Jutrosinski, Munter, Mispelbaum, v. Holst, Mairet, Becker, Krause), jedoch liegen noch mehr mir nicht zugängliche Berichte vor. Um möglichst nur Fälle der Grippeepidemie von 1889/91 und ihre Ausläufer zu berücksichtigen, die die grösste Aehnlichkeit mit der letzten Epidemie hatte, wurden neuere Fälle aus der Zwischenzeit zwischen beiden Epidemien nicht berücksichtigt.

Während der alten Epidemie scheinen also erheblich mehr Fälle beobachtet worden zu sein, als während der jetzigen, jedoch sind wohl noch weitere Mitteilungen über psychische Störungen bei dieser zu erwarten, zum Teil mag der Krieg der genaueren Beobachtung und Veröffentlichung hinderlich gewesen sein, auch ist es sicher, dass früher alle möglichen Fälle als Grippepsychosen mitgezählt sind, wie Delirium tremens, Paralyse, Dementia praecox usw., die nur in recht losem oder gar keinem Zusammenhang mit der Grippe gestanden haben. Unter 112 aus der Literatur gesammelten Fällen fanden sich allein 27 der geschilderten Art, die bei der Bearbeitung auch nicht verwertet wurden. Wenn wir weiter z. B. darauf hinweisen, dass von den 48 Fällen sogenannter Grippepsychosen Harrington's nur 16 sind, die einen günstigen Ausgang nahmen, so ist ohne weiteres klar, dass alles Mögliche mitgezählt worden ist, was nichts mit der Grippe zu tun hat. Vorläufig also lässt sich nur sagen, dass sich in beiden Epidemien eine besondere Eigenschaft der Grippe, psychische Störungen zu erzeugen, gezeigt hat. Dass daneben auch in beiden Epidemien nicht selten nervöse Störungen im Gefolge der Grippe und auch organische Erkrankungen des peripherischen und zentralen Nervensystems beobachtet sind, sei kurz erwähnt (Kleist, Hoppe-Seyler, Kirn, Leichtenstern usw.). Ich selber beobachtete mehrere Fälle von Polyneuritis und Querschnittsmyelitis nach Grippe, ausser einer erst später nach Abklingen der Grippeepidemie auftretenden Enzephalitis-epidemie, deren Zusammenhang mit der Grippe noch nicht geklärt ist. (s. Runge, Siemerling).

Aetiologie.

Alter: Von meinen Fällen erkrankten

6 = 25 pCt. im Alter von 8—18 Jahren		4 = 17 pCt. im Alter von 35—40 Jahren
4 = 17 " " " " 20—25 "		2 = 8,5 " " " " 40—50 "
2 = 8,5 " " " " 25—30 "		1 = 4 " " " " 61 "
5 = 21 " " " " 30—35 "		

Unter den Erkrankten sind also die Jugendlichen unter 20 Jahren ziemlich stark vertreten.

Die Verteilung auf die verschiedenen Altersstufen war bei den 85 aus der Literatur zusammengestellten Fällen, welche nach Abzug der 27 unsicheren von der Gesamtzahl übrig bleiben, folgende:

Es erkrankten

15 = 18 pCt. im Alter von 2—20 Jahren		11 = 13 pCt. im Alter von 30—35 Jahren
12 = 14 " " " " 20—25 "		10 = 12 " " " " 35—40 "
13 = 15 " " " " 25—30 "		23 = 26,5 " " " " über 40 "

In einem Fall war das Alter unbekannt.

Auch hier sind also die Jugendlichen bis zu 20 Jahren ziemlich zahlreich vertreten, im übrigen ist die Verteilung auf die Dezennien bis zum 40. Jahr eine ziemlich gleichmässige. Unter meinen Fällen befanden sich 50,5 pCt. im Alter bis zu 30 Jahren, unter dem alten Material 47 pCt. Diese Verteilung wäre also beim alten und neuen Material eine ziemlich gleiche. Fälle im Alter von über 40 Jahren fanden sich aber beim alten Material doppelt so häufig, wie beim neuen Material, nämlich in 26 pCt. gegenüber 13 pCt. Bei der alten Epidemie wurden also ältere Personen häufiger von Psychosen befallen, wie bei der letzten Epidemie. Nach der alten Zusammenstellung von Emminghaus über 116 Fälle fanden sich die meisten Psychosen im Alter von 30—50 Jahren, während die Grippe an sich damals nach Aust am häufigsten zwischen dem 15. und 28. Jahre, nach Leichtenstern zwischen dem 20. und 25. Jahre zum Ausbruch kam. Andere Autoren der damaligen Zeit fanden die Psychosen nach Grippe am häufigsten im Alter von 20—30 Jahren (Jutrosinski, Krypiakiewics). Nach einer Zusammenstellung Hoppe-Seyler's über 577 Grippefälle der letzten Epidemie, die er in den städtischen Krankenanstalten in Kiel beobachtete, befanden sich

18 = 3 pCt. im Alter von 0—9 Jahren
102 = 18 " " " " 10—19 "
253 = 45 " " " " 20—29 "
126 = 22 " " " " 30—39 "
<hr/>
Sa. 481 = 88 pCt. im Alter von 10—39 Jahren

42—50 pCt. der Fälle des alten und neuen Psychosenmaterials befanden sich also im Alter von über 30 Jahren, dagegen in derselben Altersstufe nur 34 pCt. der Fälle von Grippe überhaupt. Daraus muss gefolgert werden, dass die Gefahr, im Verlauf einer Grippe psychisch zu erkranken, im Alter von über 30 Jahren etwas grösser ist, als in jüngerem Alter.

Bemerkenswert ist nun weiter folgendes: Unter den jugendlichen Personen im Alter bis zu 18 Jahren meines Materials sind ganz überwiegend männliche Individuen, nämlich 5 gegen ein weibliches; in den höheren Lebensabschnitten überwiegt das weibliche Geschlecht mit 15 Fällen (bzw. bei Fortlassung der Dementia praecox-Fälle mit 13) gegenüber den männlichen mit 3 Fällen erheblich. Zwei von diesen männlichen Individuen befanden sich im Alter von 30 bis 35 Jahren und erkrankten im Verlauf einer sehr schweren Infektion mit Pneumonie an Delirien, der dritte war 61 Jahre alt und zeigte während der Fieberperiode leicht delirante Symptome, später eine Depression. Auch bei der früheren Epidemie überwogen unter den psychisch Erkrankten unter 18 Jahren die männlichen Individuen. Es scheint also wenigstens nach meinem Material, als wenn Männer in der Hauptsache nur dann von psychischen Störungen nach Grippe befallen werden, wenn sie sich in ganz jugendlichem Alter befinden, oder eine besonders schwere Infektion vorliegt. Hinzu kommt, dass die sämtlichen männlichen Individuen schwer belastet waren oder eine psychopathische Konstitution aufwiesen, während sich unter den Frauen auch Individuen ohne solche Belastung oder psychopathische Konstitution fanden. Natürlich können aus meinem kleinen Material nur mit Vorbehalt Schlüsse gezogen werden, jedoch sind die erwähnten Tatsachen immerhin bemerkenswert.

Vergleichsweise kann angeführt werden, dass Kraepelin bei Typhus, Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Variola psychische Erkrankungen in der Mehrzahl der Fälle im Alter bis zu 30 Jahren feststellte. Nur beim Erysipel waren sie vor und nach dem 30. Lebensjahr gleichmässig verteilt. Meine Feststellungen bei der Influenza würden also von den Beobachtungen bei vielen anderen Infektionskrankheiten abweichen und mit jenen bei Erysipel übereinstimmen. Allerdings ist auch bei diesen Feststellungen ein Vorbehalt wieder insofern nötig, als zur Zeit der Arbeit Kraepelin's keineswegs immer nur mit der betr. Infektionskrankheit in engem Zusammenhang stehende Fälle als Infektionspsychosen mitgezählt sind, so dass also der Vergleich nur bedingt richtig ist.

Geschlecht: Das weibliche Geschlecht überwog unter meinem Material mit 16 Fällen das männliche mit 8 Fällen erheblich (auch bei

Fortlassung der beiden Dementia praecox-Fälle). Es wäre fehlerhaft, das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts unter den bei Grippe psychisch erkrankten Fällen etwa darauf zurückzuführen, dass ein grosser Teil der männlichen Bevölkerung zum Kriegsdienst eingezogen war und psychische Erkrankungen unter diesem Teil nicht in Beobachtung der Klinik kamen, denn nach einer persönlichen Mitteilung der leitenden Aerzte der psychiatrischen Abteilung des Festungslazarets Kiel-Wik sind ausgesprochenere und länger anhaltende Psychosen infolge von Grippe unter der sehr grossen Kriegsgarnison Kiels nicht zur Beobachtung gekommen. Bei der Epidemie 1890/91 waren die psychischen Störungen auf beide Geschlechter gleichmässiger verteilt, das weibliche Geschlecht prävalierte nur wenig; unter den 85 Fällen aus der Literatur waren 40 männlichen und 45 weiblichen Geschlechts. Wenn andere Autoren, wie Althaus, Jutrosinski, Krypiakiewicz, Emminghaus, früher Psychosen bei Grippe häufiger bei Männern gesehen haben, entgegen meinen und Rorie's, Aust's, Eberling's, Sander's Feststellungen, so ist das sicherlich darauf zurückzuführen, dass sie bei den Männern mehrfach Delirium tremens- und Paralysefälle mitgezählt haben. Ueber die Verteilung der Grippe selbst bei den beiden Geschlechtern wird aus der früheren Epidemie von Leichtenstern ein Ueberwiegen der Erkrankungen bei Frauen, von anderen (Strümpell) ein gleichmässiges Befallenwerden beider Geschlechter berichtet. Mit dieser Beobachtung würde also wenigstens bei der alten Epidemie die Verteilung der Psychosen auf die beiden Geschlechter ungefähr übereinstimmen. Bei Psychosen im Gefolge von Intermittens, Rheumatismus, Pneumonie fand Kraepelin früher ein Ueberwiegen des männlichen Geschlechts, was einem Ueberwiegen der Erkrankungsziffer des männlichen Geschlechts bei den betreffenden Infektionskrankheiten selber entspricht. Nur bei den psychotischen Störungen des Typhus konnte er eine geringe Prävalenz des weiblichen Geschlechts konstatieren, was also unseren Beobachtungen bei der Grippe entspräche.

Belastung, angeborene Disposition¹⁾: In der alten Literatur über Psychosen bei Influenza wird ziemlich übereinstimmend berichtet, dass Belastung und angeborene Disposition eine grosse Rolle bei der Entstehung der Grippepsychosen spielen (Kirn, Kraepelin, Adler, Jutrosinski, Krypiakiewicz, Klemm, Hellweg). Einige Autoren waren sogar der Ansicht, dass die Grippe offenbar bei normal konstituierten Menschen überhaupt keine Psychose hervorrufen könne (Kraepelin,

1) Unter „Disposition“ sind solche Fälle verstanden, die nur Zeichen einer abnormen Konstitution, keine Belastung aufwiesen, mit Belastung ist nur schwere direkte Belastung gemeint.

Klemm, Krypiakiewicz). Hereditär belastet oder von Haus aus neuropathisch waren in der Zusammenstellung Kirn's 54 pCt., in derjenigen Emminghaus' 78 pCt. und derjenigen Jutrosinski's sogar 82 pCt.

Unter den 85 von mir zusammengestellten Fällen waren

schwer belastet	11
zeigten ausserdem eine angeborene Disposition	26
beides zusammen ausserdem	7
waren früher bereits nervös oder psychisch erkrankt	8
Summa	<u>52 = 61 pCt.</u>

Unter meinen 22 reinen Fällen der letzten Epidemie waren

schwer belastet	3
zeigten angeborene Disposition	8
beides zusammen	6
Summa	<u>17 = 77 pCt.</u>

Berücksichtigt man, dass hier nur schwere direkte Belastung und ausgesprochene neuropathische bzw. psychopathische Disposition mitgezählt worden sind, so muss zugegeben werden, dass in der Hauptsache ausgesprochen disponierte Persönlichkeiten von psychischen Störungen während und nach der Grippe befallen werden.

Der Ansicht Kraepelin's, Fehr's, Hellweg's, Eberling's u. a. aber, nach der die Influenza nicht ohne Disposition und Anlage eine Psychose erzeugen könne, ist, wenn auch die Anlage sehr häufig vorhanden ist, nach den Erfahrungen bei der letzten Epidemie nicht beizupflichten, da besonders schwere Infektionen offenbar auch Psychosen bei nicht Disponierten erzeugen können. — Unter den Belasteten und Disponierten meines Materials sind 6, die in ihrer intellektuellen Entwicklung mehr oder minder leicht zurückgeblieben waren, das Ziel der Schule nicht erreicht hatten, im späteren Leben zum Teil aber noch Ausreichendes zu leisten imstande waren. Unter den 85 Fällen aus der Literatur fand ich nur 5 Imbezille, jedoch sind oft wohl nicht die erforderlichen diesbezüglichen Feststellungen gemacht worden. Aus meinen Erfahrungen muss gefolgert werden, dass solche in der intellektuellen Entwicklung etwas zurückgebliebenen Persönlichkeiten eine besondere Disposition für die psychischen Erkrankungen bei Grippe besitzen. — Einer meiner Kranken berichtete ferner, dass er schon gelegentlich einer früheren unklaren fieberhaften Erkrankung einen Verwirrheitszustand gehabt habe. Solche Fälle finden sich auch in der alten Literatur mehrfach erwähnt, was ebenfalls für die Wirksamkeit einer Disposition bei dem Zustandekommen der Psychosen spricht. Besonders

deutet auch der von Kleist beobachtete Fall, dass 2 Schwestern an Psychosen infolge Grippe erkrankten, auf etwas Derartiges hin. — Auffallend ist es weiter, dass unter meinem Material 4 Frauen sind, von denen 2 nach Akquisition einer Grippe in der Gravidität im Puerperium, 2 in der Laktation psychisch erkrankten. Unter den 85 alten Fällen finden sich keine Graviden, dagegen tritt die Beteiligung der Wöchnerinnen und Stillenden an den Grippepsychosen deutlicher hervor, es erkrankten 4 Stillende und 2 Wöchnerinnen. Bemerkenswert ist nun, dass nach den Beobachtungen an der hiesigen Frauenklinik und medizinischen Klinik die Grippe bei Graviden sehr schwer verlief, eine sehr hohe Mortalität zeigte. Nach Frey starben bei Kombination von Gravidität mit Grippe und Pneumonie 72 pCt. der Fälle, nach Ottow bei Kombination von Gravidität und Grippe fast 30 pCt. Auch Strauss fand bei Graviden eine Mortalität von 53 pCt. Dabei machten Strauss und Ottow die Erfahrung, dass die Grippe besonders in den letzten Monaten der Gravidität gefährlich wurde; es ist auffallend, dass auch in den erwähnten 2 Fällen meines Materials die Grippe kurz vor der Geburt begann; die psychischen Störungen setzten dann erst nach der Geburt ein. Diese Kongruenz zwischen der Schwere der Grippeerkrankung und der Häufigkeit des Auftretens psychischer Störungen während der Grippe bei Frauen in der Gravidität ist besonders bemerkenswert. Man muss eine Herabsetzung sowohl der allgemeinen Widerstandsfähigkeit wie auch speziell der des Nervensystems der Frauen in dieser Zeit, und zwar nicht nur in den letzten Monaten der Gravidität, sondern auch im Puerperium und in der Laktation, gegenüber der Grippeinfektion annehmen. Von den 2 Puerperalen des alten Materials waren auch nur Eine, von meinen Fällen nur die in der Laktation erkrankten schwer belastet, die anderen zeigten keine nachweisbare Disposition. Völlig gesunde, nicht disponierte Gravide und Wöchnerinnen scheinen also der Gefahr der psychischen Erkrankung bei einer Infektion mit Grippe mehr ausgesetzt, wie sonst völlig gesunde Individuen ohne neuropathische Anlage. Hier sei gleich erwähnt, dass ich, ähnlich wie früher Kraepelin, auch einen Fall, bei dem die während der Grippe im Puerperium entstandene Amentia einen sehr protrahierten Verlauf nahm, beobachtete.

Belastung und Disposition sind also bei meinem Material in ziemlich hohem Prozentsatz vorhanden. Vergleichsweise sei erwähnt, dass nach der Zusammenstellung Siemerling's einzelne Autoren bei etwa $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ der Fälle von Infektionspsychosen eine ererbte oder erworbene Disposition gefunden haben wollen, er selber konnte nur in 20 pCt. Heredität konstatieren. Auch diesen Zahlen gegenüber ist der Prozent-

satz an Individuen mit angeborener Anlage bei den Psychosen im Gefolge von Grippe ein ziemlich hoher.

Schwere der Infektion: Man war bisher der Ansicht, dass der Ausbruch psychischer Störungen bei der Grippe wie auch bei den Infektionskrankheiten im allgemeinen nicht von der Schwere der Infektion abhängig sei (Müller, bei der Grippe Althaus, neuerdings Weber). Offenbar spricht aber die Feststellung, dass wir bei der ersten Phase der vorjährigen Grippeepidemie im Sommer 1918 fast gar keine Fälle mit psychischen Störungen bei Grippe sahen, dass diese aber in der zweiten mit sehr viel schwereren Krankheitserscheinungen und einer höheren Mortalität einhergehenden Phase gehäuft zur Beobachtung kamen, gegen diese Ansicht. Ob die schwerere Infektionsform hier jedoch die alleinige Ursache für das gehäufte Auftreten von Psychosen gewesen ist, ist sehr zweifelhaft. Man könnte auch daran denken, dass eine Umwandlung des Grippetoxins oder der Bakterien stattgefunden hat, die dadurch eine grössere Affinität zum Nervensystem als vorher bekamen. Andererseits aber liess sich doch auch wieder feststellen, dass die Form der Psychose um so schwerer erschien, je schwerer die Grippeinfektion im einzelnen Fall war. Von den 6 mit schweren Delirien oder amentiaartigen Psychosen mit tiefer Bewusstseinsstrübung und hochgradigster motorischer Erregung verlaufenden Fällen endeten nämlich 5 tödlich. Einer konnte nur mittelst tagelanger Sauerstoffeinatmung am Leben erhalten werden. Alle Fälle überstanden eine Pneumonie und in allen Fällen begann die Psychose auf der Höhe des Fieberstadiums, nur in einem Fall kurz darauf. In den übrigen Fällen mit psychischen Störungen hatte das Krankheitsbild keineswegs so bedrohliche Formen angenommen. Natürlich ist die Feststellung von Wichtigkeit, ob die psychischen Störungen in diesen Fällen allein als Folge der schweren Infektion anzusehen sind oder ob auch hier eine Disposition eine Rolle spielte, zumal behauptet worden ist, dass, je schwerer die Infektion, um so weniger eine Disposition vorhanden zu sein braucht, um Psychosen zu erzeugen und umgekehrt (Adler). Von den 6 Fällen zeigten 3 schwere Belastung und angeborene neuropathische Disposition. Ein 4. Fall hatte sich vielleicht dadurch eine gewisse Disposition erworben, dass er im Kriege eine Granatkontusion des Schädels erlitten hatte. Ein 5. Fall, eine Frau, hatte einen Tag vor einem Partus Grippe akquiriert und hatte sich einige Tage später über die Schiessereien während der Revolutionstage sehr erschreckt und geängstigt. In den beiden letzten Fällen lag also möglicherweise eine erworbene Disposition vor. Wenn wir den modernen Erblichkeitsforschungen recht geben, nach deren Ergebnissen auch eine besondere

Berücksichtigung der Seitenlinien bei der Erblichkeitsfeststellung verlangt wird, wäre auch der 6. Fall als schwer belastet zu erachten, da dessen Vatersbruder geisteskrank gewesen war. Man sieht also, dass auch in den schweren Fällen eine schwere Belastung und Disposition in etwa 50 pCt. vorhanden war (bei Fortlassung des letzten Falles) und bemerkenswerter Weise auch in einem mit schwerer Enzephalitis verlaufenden Fall.

Von den weiteren 17 Fällen mit symptomatischen Psychosen, von denen keiner zum Exitus kam, waren 14 neuropathisch oder schwer belastet, also 82 pCt. Von diesen hatten nur 2 eine Pneumonie überstanden, jedoch hatte das Krankheitsbild, soweit sich feststellen liess, kein so bedrohliches Aussehen gewonnen, wie in der ersten Gruppe von Fällen.

Ein Vergleich mit den Verhältnissen bei den 85 Literaturfällen ist nur beschränkt möglich, da vielfach über die Schwere der Influenzaerkrankung in den Krankengeschichten nichts gesagt ist. Greifen wir aber die Fälle heraus, die Pneumonie überstanden haben oder die im Verlauf der Influenza starben, so kann man diese, die ja offenbar eine besonders schwere Grippeinfektion überstanden haben, mit den übrigen überwiegend leichten Influenzaerkrankungen vergleichen. Von den fünf Fällen, die im Verlauf der Grippe starben, und denjenigen 5, die ausser diesen eine Pneumonie überstanden haben, waren im ganzen 4 = 40 pCt. belastet oder disponiert, ausserdem noch 2 in den Nebenlinien. Von den übrigen 75 Fällen waren 48 = 64 pCt. belastet oder disponiert. Aus diesen Feststellungen ist also zu schliessen, dass, je schwerer die Infektion ist, desto schwerer auch das psychische Krankheitsbild, insbesondere die Bewusstseinsstrübung war, dass eine sehr schwere Infektion auch bei nicht psychopathisch Disponierten eine Psychose hervorzurufen vermag, eine leichtere Grippeerkrankung dagegen eher, aber nicht ausschliesslich bei Belasteten und Disponierten. Dass dagegen die Entstehung der Psychosen überhaupt nur von der Schwere der Infektion abhängig ist, lässt sich ganz allgemein nicht sagen. Die Ansicht von Kraepelin, Krypiakiewicz, Klemm, dass die Influenza allein nicht ausreiche, bei psychisch normalen Menschen eine Psychose hervorzurufen, kann also für die gegenwärtige Grippeepidemie, wie schon erwähnt, nicht als richtig anerkannt werden.

Die psychischen Krankheitsbilder in den einzelnen Phasen der Grippe.

Zum besseren Vergleich mit andern, besonders den ältern Arbeiten, wäre es zweckmässig, die Psychosen bei Influenza in Initial-, Fieber-, Deferveszenz- und Rekonvaleszenzpsychosen einzuteilen, aber eine ge-

naue Durchführung dieser Einteilung ist an meinem Material nicht ausführbar und zwar deshalb, weil die Kranken vielfach erst nach Abklingen des Fiebers in die klinische Beobachtung kamen und sich, zumal oft recht ungenaue Angaben gemacht wurden, dann nicht immer genauer feststellen liess, wann die psychischen Störungen begonnen hatten. Wir sind deshalb genötigt die Psychosen einzuteilen in: 1. während des Fiebers beginnende Psychosen (febrile) und 2. solche, die erst nach Fieberabfall begannen (postfebrile). Die erste Gruppe lässt sich in 2 Unterabteilungen zerlegen: a) Psychosen, die den Fieberabfall garnicht oder nur kurz überdauerten, b) Psychosen, die den Fieberabfall längere Zeit überdauerten und auch nach Abklingen des Fiebers ausgesprochene psychische Krankheitssymptome zeigten.

Ueber Psychosen im Initialstadium der Grippe wird äusserst wenig berichtet, schon Kirn weist auf ihre Seltenheit hin. Unter den 85 aus der Literatur zusammengestellten Fällen fand ich nur einen von Pick veröffentlicht, bei dem eine delirante Psychose schon einen Tag vor Fieberbeginn einsetzte. Unter meinem Material war kein sicherer Fall von Initialpsychose festzustellen. Nur bei einem

17jährigen Mädchen setzte schon vor Fieberbeginn eine schwere amentia-artige Psychose ein, die mit zahlreichen katatonen Symptomen einherging und nach 5 Monaten ablief. Lange Zeit bestand hohes Fieber, für das sich ausser einem kleinen pleuritischen Herde und später auftretenden Hautabzessen keine Ursache finden liess. Nach etwa $4\frac{1}{2}$ Monaten entwickelte sich ein Scharlach, nach dessen Ablauf die Patientin erheblich gebessert entlassen werden konnte. Wie der Vater berichtete, hat die Besserung zu Hause gute Fortschritte gemacht. Da auch aus den Angaben der Angehörigen kein klares Bild über den Beginn des Fiebers und die ersten körperlichen Krankheitserscheinungen zu gewinnen war, blieb die Diagnose „Influenza“ zweifelhaft, weshalb der Fall nicht mitgezählt wurde.

Als febrile Psychosen sind 17 = 71 pCt. der Fälle aufzufassen, darunter 2 durch die Grippe ausgelöste Dementia praecox-Fälle. Unter dem alten Material waren 32 = 30 pCt. febrile Psychosen; auf die Ursache für dieses Ueberwiegen der postfebrilen Psychosen wird später einzugehen sein.

Unter den febrilen Fällen meines Materials waren 9 = 60 pCt. schwer belastet oder disponiert (die 2 Dementia praecox-Fälle abgerechnet). In 2 weiteren Fällen begann die Psychose während einer Grippe im Puerperium. Ein weiterer Fall hat vielleicht, wie erwähnt, durch eine Granatkontusion im Kriege eine Disposition erworben. Das weibliche Geschlecht überwog mit 53 pCt. das männliche etwas, jedoch ist der

Prozentsatz an Jugendlichen unter den Männern ziemlich stark. Das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts unter den febrilen Psychosen des alten Materials tritt noch stärker hervor.

Zur ersten Untergruppe der febrilen Psychosen gehören 6 Fälle = 25 pCt. der symptomatischen Psychosen. Unter den 85 aus der Literatur gesammelten Fällen konnte ich 14 = 16 pCt. solche Fälle feststellen. Trotz dem wegen der Kleinheit unseres Materials gebotenen Vorbehalt scheint es doch, als wenn die febrilen Psychosen jetzt häufiger als während der früheren Epidemie vorgekommen sind.

Von meinen Fällen waren 3 = 50 pCt. belastet oder neuropathisch, von den alten Fällen 5 = 36 pCt. In einem weiteren unserer Fälle brach die Psychose im Puerperium aus, nach Einwirkung seelisch erregender Momente, ebenso in einem der alten Fälle, hier auch einmal während der Laktation. Ein 4. Fall meines Materials hatte vielleicht, wie bereits erwähnt, eine Disposition erworben. Der Prozentsatz an Männern ist unter meinen Fällen dieser Gruppe ziemlich hoch, 3 unter 6, er übertrifft denjenigen an männlichen Individuen bei den übrigen Gruppen, wobei noch zu betonen ist, dass es sich in den anderen Gruppen fast ausschliesslich um jugendliche männliche Individuen handelt, hier aber um 2 Männer im 3. Lebensjahrzehnt, um einen im 18. Jahr. Bei den alten Fällen tritt etwas derartiges nicht hervor.

In den ersten beiden von mir beobachteten Fällen handelt es sich um Fieberpsychosen mit ausgesprochen deliranten Symptomen:

I. Heinrich H., Feuerwehrmann, 33 Jahre. Vorgeschichte: Früher gesund. Seit $9\frac{1}{2}$ Jahren verheiratet. Seit etwa 13. 10. 1918 krank an Grippe und doppelseitiger Lungenentzündung. Temperatur anfangs sehr hoch, in den letzten Tagen niedriger; wurde tagelang mit Sauerstoffinhalation behandelt. Klagte über Schmerzen auf der Brust und Angstgefühl. Seit dem 22. 10. unruhig, verwirrt, erkannte die Frau nicht mehr, stand oft auf, wusste nicht, wo er sich befand, schlief sehr wenig. Sprach dauernd vor sich hin, tat, als wenn er ein Auto lenkte (ist Autofahrer bei der Feuerwehr), zischte dabei taktmässig. Redete davon, er habe sehr viel Geld, könne alles kaufen, habe 275000 M. Soll sich immer viel mit Gelderwerb befasst haben, war sehr strebsam, arbeitete nebenamtlich noch als Klempner. Erkannte Frau und Kinder bis zum Tag vor der Aufnahme noch zeitweise, aber meist nicht. Als er am 27. 10. in die Klinik gebracht werden sollte, erkannte er die Sanitätsleute, traf noch Anordnungen für die Zeit seiner Abwesenheit. — Drängte viel aus dem Bett, griff mit den Händen auf der Decke, an seinem Körper herum, tat, als wenn er Läuse suche, sagte, „ich hab ihn nu“ und kniff die Finger zusammen, als wenn er Läuse tötete.

Vom 25. 10. bis 4. 11. 1918 in der Klinik. Körperlicher Befund: Wangen stark gerötet, Temperatur 37,6. Augenlider hängen etwas. Seitwärts-

bewegung der Bulbi sichtlich erschwert und beschränkt, Zunge braun belegt, Lippen borkig, trocken. Schmerzempfindung herabgesetzt, Tremor der Beine. Puls 100, regelmässig, weich. Herztöne dumpf. Grosse Nervenstämme nicht wesentlich druckempfindlich. Doppelseitige Pneumonie im Unterlappen. Die Temperatur stieg hier am 2. Tage von 38 auf 39,3, um dann langsam abzufallen. Am 2. 11. stieg sie nochmals unter Entwicklung eines Gelenkergusses im linken Knie auf 38,1.

Bei der Aufnahme völlig verwirrt, unruhig, kommt aus dem Bett, kriecht unter die anderen Betten, sucht ein Fahrrad und ein Pferd.

26. 10. Spricht murmelnd vor sich hin, antwortet nur auf vieles Fragen, befolgt Aufforderungen nur auf Zureden. Zeitlich und örtlich nicht orientiert, meint 4 Tage hier zu sein, gibt Personalien, Geburtsort und Datum an, weiss, wer ihn herbrachte. Habe sich vor 8 Tagen ein Gut angesehen, das habe er als alleiniger Besitzer geschenkt bekommen. Bestreitet Sinnes-täuschungen. Sagt plötzlich: „Das Feuer, das grosse Feuer!“ Es sei dicht bei ihnen ein grosses Feuer gewesen. Er habe so viel Angst, dass ihm das, was er habe, wieder weggenommen werde. — Sehr schläfrig, schläft bei der Exploration ein, muss wachgerüttelt werden, produziert einzelne inkohärente Sätze. Bestreitet, Läuse gesehen, viel Geld zu haben. Auf die Frage, was jetzt in der Welt los sei, meint Pat., Krieg und vieles, was anders sein könnte, die Welt sei garnicht gut genug, so „schweinigmässig“. Alle seien schlecht, er auch mit. Berichtet auf Befragen kurz über seine Vorgeschichte. Bestreitet dann Angst zu haben. Sagt aber: „Im Wasser haben se was mit mir gemacht.“ „Schweinigel hat so ein ungebildeter Mensch gesagt. Schweinigel, wie kommst du denn hier her?“ Auf Befragen, wer das gesagt habe, meint Pat.: „Ich kenne ihn nicht wieder. So ein ganz schnöseliger Mensch mit wenig Zähnen.“ Der habe ihn wahrscheinlich führen sollen, damit er in die richtige Abteilung hereinkomme. — Zeigt im ganzen wenig Angsteffekt, zuweilen deutlich heiterer, humoristischer Einschlag. Fragt schliesslich noch: „Sind Sie Herr Professor A.“

27. 10. Heute unruhig, sehr ängstlich. Zeitweilig stärker erregt. Sagte: „Schwester, nehmen Sie mir die Kette ab.“ Wiederholte das immer wieder. Puls zeitweise sehr klein. Erhält Digalen. Schläft nachts mit Unterbrechung, meinte öfter, er dürfe nicht so viele Menschen um sich haben. Örtlich orientiert, zeitlich nicht, weiss nur das Jahr. Ueber Umgegend orientiert. Reisst, wenn er angeredet wird, in auffälliger Weise fortwährend den Mund weit auf, sagt A. B., er tue es, weil er keine Luft bekomme.

28. 10. Erkennt heute den Arzt als solchen. Im übrigen immer noch verwirrt, kann den Monat nicht angeben, meint er sei 11 Tage hier. Lässt Urin unter sich. Stöhnt viel.

29. 10. Fühlt sich heute sichtlich besser. Öffnet und schliesst auch heute in auffälliger Weise den Mund, wenn mit ihm gesprochen wird.

30. 10. Völlig klar und geordnet. Schmerzen im linken Kniegelenk, das geschwollen ist. Lungenbefund bessert sich. Noch sehr matt.

31. 10. Es gehe gut. Örtlich und zeitlich orientiert. Kann sich erinnern, dass er Anfangs sagte, er sei in der Klinik von Dr. K., er wisse aber nicht, wie er darauf gekommen sei. Glaubt, seit dem 15. 10. hier zu sein, weiss, dass

er im Automobiltransportwagen herkam. Habe Angst, Luftbeklemmung gehabt. Bestreitet Gesichtstäuschungen gehabt zu haben. Er habe sich eingebildet, immer Auto zu fahren. Wisse, dass er hier unter die Betten gekrochen sei, aber nicht, warum er es getan. Er habe geglaubt, viel Geld zu besitzen. Wie er darauf gekommen sei, könne er nicht sagen. Habe aber von jeher den Wunsch gehabt, viel Geld zu haben. Habe geglaubt, in Amerika viel Rinderherden zu besitzen und eine grosse Farm gekauft zu haben. Er wisse, dass er annahm, auf einem Gut zu sein, das er besichtigen wollte. Dass und warum er mit dem Mund geschnappt habe, wisse er nicht. — Noch sehr matt, isst gut. — Bleibt weiterhin psychisch vollkommen frei. Zeigt keinerlei Stimmungsschwankungen. Schwellung des linken Kniegelenks hält an. Dämpfung über den Lungen zuletzt noch nicht ganz geschwunden.

4. 11. Auf Wunsch entlassen.

Nachuntersuchung am 6. 3. 1919. Wohlfinden, sehr an Gewicht zugenommen. Will in der ersten Zeit nach der Entlassung noch viel geträumt haben. Klagt noch über Kribbeln in den Fingern, Arbeitsunlust, Vergesslichkeit: Merkfähigkeit noch herabgesetzt. Im übrigen klar, geordnet. —

Die psychischen Störungen setzten hier kurz nach Beginn des Fieberabfalles im Stadium decrementi ein und bestanden in einer Desorientierung über Ort, Zeit und Umgebung, sowie mit lebhafter Situationstäuschung einhergehender Bewusstseinstörung von gelegentlich stark schwankender Intensität, flüchtigen Gesichtstäuschungen, die aber offenbar nicht vorherrschten, vielleicht auch Gefühlstäuschungen. Die Unruhe war zeitweilig hochgradig und äusserte sich vorübergehend in einer Art Beschäftigungsdelir, das lebhaft an ein Alkoholdelir erinnerte. Gelegentlich scheinen auch mussitierende Bewegungen aufgetreten zu sein, jedoch wurden solche in der Klinik nicht beobachtet. Während des Aufklärungsstadiums fiel zeitweilig ein eigentümliches Mundaufreissen auf. Bonhoeffer beobachtete dieses auch bei andern symptomatischen Psychosen und fasst es als psychomotorisches Reizsymptom im Faziolingualgebiet auf. Diese Deutung erscheint mir im vorliegenden Fall nicht zutreffend, da dieses Symptom durchaus nicht im Stadium der höchsten Erregung und tiefsten Verworrenheit, sondern erst nach äusserer Beruhigung und wie erwähnt nach Beginn der Aufklärung zu bemerken war. Ich glaube eher, dass es sich um eine automatische Fortsetzung von Bewegungen handelt, die der Kranke während der Pneumonie infolge hochgradigster Dyspnoe und tagelang fortgesetzter Sauerstoffinhalationen lange Zeit hindurch ausgeführt hatte. Die Stimmungslage schien zuweilen eine ängstliche, die Angst wurde von dem Kranken selber mit der starken Dyspnoe in Verbindung gebracht. Im allgemeinen überwog aber eine deutlich gehobene Stimmungslage, dementsprechend wurden auch ausgesprochene Grössenideen geäussert und eine in

diesem Sinne gefärbte Situationstäuschung beherrschte das Krankheitsbild häufig. Bemerkenswert ist hier, dass die seitlichen Bulbibewegungen deutlich beschränkt waren, dass zeitweilig eine ausgesprochene Schlafsucht bestand. Es sind das neben den plastischen Gesichtstäuschungen Symptome, die wir auch bei einer kürzlich aufgetretenen nichteitrigen Enzephalitisepidemie (Encephalitis „lethargica“), deren ätiologischer Zusammenhang mit der Grippe bisher nicht sicher bewiesen, aber wahrscheinlich ist, beobachtet haben, bei der vielfach die enzephalitischen Herde im zentralen Höhlengrau, in dem Pons und Umgebung lokalisiert waren. Es sind wohl auch in vorliegendem Fall entzündliche, vielleicht hämorrhagische Prozesse in der Augenmuskelngegend anzunehmen. Es ist weiter die manische Färbung des Krankheitsbildes bemerkenswert, die sich besonders durch gehobene Stimmung verbunden mit motorischer Unruhe und lebhaften Grössenideen, in die allerdings auch konfabulatorische Erlebnisse hineingemischt waren, gekennzeichnet war. Eine typische Ideenflucht war jedoch, da der Kranke meist undeutlich und unverständlich sprach, nicht nachzuweisen. Infolge der ausgesprochenen Bewusstseinstörung und traumhaften Benommenheit bei nicht besonders hochgradiger äusserer Unruhe zeigte das Krankheitsbild aber naturgemäss typische Abweichungen von der echten Manie. Auf die Seltenheit solcher manisch gefärbter Krankheitsbilder gerade bei der Grippe werde ich später noch zu sprechen kommen. Es ist hier bemerkenswert, dass die Grössenideen, viel Geld zu besitzen, ein Gut geschenkt bekommen zu haben usw., anscheinend mit den Wünschen und Gedankenkreisen des Patienten, der stets auf viel Gelderwerb bedacht war, dessen Wünsche sich also in dieser Richtung bewegten, in gesunden Tagen in gewissen Beziehungen standen und vielleicht nach Art des psychischen Geschehens in Träumen aus solchen gedanklichen Vorgängen des wachen Bewusstseins hervorgegangen sind. Es soll damit nicht gesagt sein, dass ich die manische Färbung des Krankheitsbildes auf eine besondere Anlage zurückführe, wie das Bonhoeffer zu tun geneigt ist, vielmehr war bei diesem Kranken eine besondere Anlage keineswegs nachzuweisen, er hat sich in gesunden Tagen stets normal verhalten und machte auch bei einer 4 Monate nach Ablauf der psychischen Störungen vorgenommenen Nachuntersuchung bis auf eine wohl noch mit der früheren infektiösen Gehirnschädigung in Zusammenhang stehende Merkfähigkeitsschwäche einen durchaus ruhigen, normalen Eindruck ohne Anzeichen besonderer Stimmungs labilität. Auch aus der Vorgeschichte liessen sich keinerlei Anhaltspunkte für eine besondere Anlage finden, wenn man nicht die Tatsache in Rechnung setzen will, dass ein Onkel des Patienten geistes-

krank gewesen ist. Der Patient war aber einer der wenigen unter den hier mitgeteilten Fällen, die keinerlei Anzeichen einer schweren Belastung oder Anlage aufwiesen.

Ein weiterer unter die Kategorie der deliranten Fieberpsychosen zu rechnender Fall ist der folgende, der sich auf der Fieberhöhe entwickelte.

2. Martin W., Klempner, 31 Jahre. Vorgeschichte: Näheres über die Vorgeschichte nicht festzustellen. Soll mit seiner einzigen Schwester nicht verkehren. Im Feld Granatschussverletzung der rechten Backe, an Arm und Bein, rechtes Trommelfell platzte. Damals viel Klagen über Kopfschmerzen. Vor $\frac{1}{2}$ Jahr vom Militär entlassen, erhält Rente. Arbeitete zuletzt auf den Licht- und Wasserwerken zu N. Klagte am 6. 11. 1918 über Lungenschmerzen, Schüttelfrost, Husten, Erbrechen. In der Nacht vom 10. auf 11. 11. unruhig, liess sich nicht halten, kam aus dem Bett, zitterte am ganzen Körper. Temperatur 40. Vom 11. bis 13. 11. in der medizinischen Klinik. Dort wurde eine Grippe und Bronchopneumonie mässigen Grades festgestellt. Gesamtzustand im Vergleich mit der wenig ausgebreiteten Lungenveränderung auffallend schwer. Pat. war zunächst klar, wurde am 13. 11. wieder erregt, verwirrt, warf mit Gegenständen, deshalb in die psychiatrische Klinik.

13. 11. Aufnahme in die Klinik: Starke Dyspnoe und Zyanose. Zunge trocken, belegt. Doppelseitige Pneumonie im Unterlappen, rechts auch im Mittellappen. Puls 124, klein, weich. Spricht bei der Aufnahme vor sich hin. Sagt, er gehöre einer Künstlertruppe an. Völlig verwirrt. Greift auf der Bettdecke herum. Gibt verkehrte Antworten, er sei hierher geschickt, solle alles zerhacken. Stöhnt. Oertlich und zeitlich nicht orientiert. Hält den Arzt für einen Marinestabsarzt, dessen Rangabzeichen er nicht erkennen könne, da er nicht bei der Marine gedient habe. Krankheitsbewusstsein vorhanden. Sagt: „Mich haben sie am Sonntag wieder böse angeschmiert, so ne Rumtreibergeschichte“. Schilt. „Ach, dieser verfluchte Lausejunge, der Kerl da, die hat da für die Marine so ne Vorstellung gegeben. 220 Volt, ich kann ja so nicht sprechen. Oeffentliche Beleidigung. Oberbürgermeister. Wenn ich ihn kriege, schiess ich ihn tot. Er ist ein Holzkaufmann aus N., alles, was nicht niet und nagelfest ist, klauen sie wie die Raben.“ Fasst Fragen oft nicht auf, gibt aber hin und wieder eine richtige Antwort, nennt sein Alter, seinen Beruf, den Arbeitsort. Sagt spontan plötzlich: „Die Lunge ist kaputt, da ist nichts gegen zu machen.“ Spricht sonst gänzlich inkohärent und verworren. Auf Befragen, was er in Kiel wolle, antwortet W.: „Weil ich auf Verfügung von Kriminal von N. nach Kiel geschickt bin. Man hat mir den Arm mit Volt behandelt.“ Fasst die Frage, ob er Stimmen höre, nicht auf. Etwas weinerliche Stimmung. Hohe Temperaturen, von 39,8—40,6.

Am 14. 11. dauerndes Fortdrängen. Ihm habe keiner was zu sagen, er sei nicht Soldat. Er wolle sein Messer ziehen, komme dann schon fort. Sein Blut sei vergiftet, er könne hier nicht bleiben! — Mittags unter Herzschwäche Exit. letal. — Es wurden einige Stunden nach dem Tode aus dem Frontal-, Parietal-, Okzipital- und Temporalhirn Stückchen entnommen und im hiesigen

hygienischen Institut von Herrn Prof. Bitter Aussaaten mit diesen gemacht. Dieselben blieben steril.

Sektionsbefund: Beiderseitige hämorrhagische Unterlappenpneumonie mit Nekrosen und eitrigen Einschmelzungen. Pleuritis purulenta beiderseits. Trübe Schwellung der Leber, Hyperämie der Nieren. — Hirngewicht 1430 g. Pia getrübt. Gefäße sehr stark gefüllt. Sonst makroskopisch ohne Befund. Mikroskopisch finden sich in der Rinde vereinzelte thrombosierte Kapillaren.

Es handelt sich hier um eine deliriöse Verwirrtheit, die offenbar in ihren Anfängen schon auf den Beginn der somatischen Erkrankung zurückzudatieren ist, bei einem Mann, der früher schon im Anschluss an eine Granatexplosion mit Trommelfellzerreißung über nervöse Beschwerden mit Kopfschmerzen geklagt hatte. Es ist möglich, dass durch dieses Trauma, über das nichts Näheres eruiert werden konnte, eine gewisse Disposition gesetzt wurde. Die psychische Erkrankung ist durch tiefe Bewusstseinsstrübung mit schweren Orientierungsstörungen, Situationtäuschungen und Inkohärenz, lebhaft, sich zeitweilig steigernde Unruhe mit Erregung charakterisiert. Der Kranke wurde offenbar von schreckhaften Vorstellungen beherrscht, wie sich aus seinen abgerissenen Aeusserungen und seinem Schelten entnehmen liess, auch schienen deliriöse Erlebnisse eine Rolle zu spielen. Auffassung, Aufmerksamkeit, Gedankengang waren schwer gestört, nur durch intensives und wiederholtes Fragen gelang es gelegentlich eine richtige Antwort zu erzielen. Die Stimmungslage war eine schreckhaft-ängstliche. Die psychischen Störungen sind als Delirien im Verlauf einer im Vergleich zu der Lungenerkrankung auffallend schweren Grippeinfektion zu bezeichnen und sind, wie andere Delirien auch durch Verworrenheit, Schwanken der Tiefe der Bewusstseinsstrübung, besonderes Hervortreten der Krankheitserscheinungen in der Nacht, gelegentliches Mussetieren charakterisiert. Der Fall bietet gegenüber derartigen Zuständen bei anderen Infektionskrankheiten keine Besonderheiten, nur traten Sinnestäuschungen eigentlich auffallend wenig hervor.

Revilliod behauptete seiner Zeit, dass die Delirien fast immer die Influenzapneumonie begleiten, was sicher unrichtig ist. Er wollte sogar festgestellt haben, dass die Grippedelirien von denen der einfachen kroupösen Pneumonie genau zu unterscheiden wären, da sie bei der Influenza oft Vorboten einer Pneumonie seien oder erst im Stadium decrementi aufträten, während sie bei der kroupösen Pneumonie im Stadium acmes begönnen, auch sollen die Delirien bei der Grippe das Ende der Pneumonie überdauern. Nach den Beobachtungen an meinen Fällen ist das nicht richtig. Im zweiten Fall gingen die Delirien jedenfalls der Pneumonie nicht voraus, sondern entwickelten sich erst nach Beginn

derselben. Die Beobachtung Kirn's, dass Fieberdelirien besonders bei gleichzeitiger Pneumonie auftreten, kann ich selbst nach den Feststellungen an dem alten Material nicht bestätigen. — Unter dem Material Kleist's, Weber's, Riese's, unter meinen Fällen und auch unter dem alten Material sind die als Fieberdelirien zu bezeichnenden Störungen ziemlich selten, was mit der älteren Beobachtung Klemm's übereinstimmt. Aber es scheint doch, als wenn die Delirien oft nicht in die Beobachtung des Psychiaters gelangen, da nach einer persönlichen Mitteilung Hoppe-Seyler's unter seinen 577 Fällen von Grippe aus der letzten Epidemie Delirien öfter beobachtet wurden.

Auch der folgende Fall kann, wenn die Psychose hier auch von erheblich längerer Dauer war, zu den deliranten Psychosen gerechnet werden.

3. E. R., Landmann, 18 Jahre. Vorgeschichte: Grossmutter väterlicherseits gemütsleidend. Pat. bisher gesund. Normale Entwicklung, lernte auf der Schule mittelmässig. Rauchte stark. Anfang Mai 1919 mit Kopfschmerzen, Schmerzen in der linken Brustseite, Lungenentzündung, Fieber erkrankt. Seit dem 3. Tage bereits verwirrt. Kam am 15. 5. ins Krankenhaus zu O. Dort weiter verwirrt, unruhig. Wurde wegen zunehmender hochgradiger Erregung mit Tüchern ans Bett gebunden.

Aufnahme hier am 22. 5. 1919. Körperlicher Befund: Temperatur 37,5 bis 38,9°. Kopf frei beweglich, keine Nackensteifigkeit, Augen weit aufgerissen. Zyanose. Lippen borkig, Zähne werden fest aufeinandergebissen, Zunge stark belegt. An den Händen Striemen und eitrige Wunden von der Fesselung. Dämpfung und Bronchialatmen über dem rechten Unterlappen, auf beiden Lungen überall grossblasige feuchte Rasselgeräusche, besonders auf dem rechten Oberlappen. Puls klein, sehr weich, T2. Rumpfhaut mit zahlreichen frischen und alten Wunden bedeckt. In Kreuzbeingegend beginnender Dekubitus 1. und 2. Grades. Beine meist in Beugstellung, dauernd in mässiger Bewegung. Wehrt Nadelstiche nur wenig ab. — Bei der Untersuchung zeitweilig sinnlos widerstrebend. Spricht zunächst nichts, sieht mit ratlosem Gesichtsausdruck um sich. Nennt später auf Befragen seinen Namen richtig. Spricht dann völlig unverständlich und verwirrt vor sich hin, produziert dabei Wortneubildungen und wiederholt einzelne Silben. Flechtet einzelne gehörte Worte ein. Nimmt flüssige Nahrung zu sich. — Zeitweise rhythmische Bewegungen der Arme und Beine, indem die Hand zur Faust geschlossen und wieder geöffnet wird, Drehbewegungen im Handgelenk ausgeführt oder mit der Hand auf die Bettdecke geschlagen wird. Bäumt sich während der Untersuchung mehrfach nach der Art des Arc de cercle auf. Sucht an seinem Körper herum. Antwortet auf Befragen mit unverständlichem Murmeln. Befolgt Aufforderungen meist nicht.

16. 5. Temperatur 38,5/38,5°. Beiderseits starke Schwellung der Parotiden. Spricht unverständlich vor sich hin. Wühlt im Bett herum. Ver-

weigert die Nahrungsaufnahme völlig. Bei jeder Einwirkung von aussen sinnloses Widerstreben. Sondenfütterung, erbricht danach. Erhält Kampfer und Koffein.

17. 5. Nachts Erregung. Temperatur 37,3/37,9°. Puls 104. Völlig absent. -Leerer Gesichtsausdruck. Macht Greifbewegungen mit den Fingern, nickt mit dem Kopf. Antwortet nicht. Widerstrebend. Nahrungsverweigerung. Erhält Sondenfütterung, Kochsalzinfusionen.

18. 5. Nachts Zähneknirschen. Sprach vor sich hin. Temperatur 37,8/38,7°. Puls 112. Heute ausgesprochene Nackensteifigkeit, Opisthotonus, Nacken druckschmerzhaft, desgleichen Wadenmuskulatur. Beine angezogen. Weiter völlig absent. Nickt auf Befragen nur mit dem Kopf.

19. 5. Schlieft in der Nacht nicht. Sprach vor sich hin. 2 Uhr früh epileptischer Anfall von 3 Minuten Dauer mit starken allgemeinen klonischen Zuckungen, die rechts stärker als links waren. Déviation conjuguée nach rechts, Verziehung des Mundes nach rechts. Beine dabei in starker Beugstellung. Nach Pflegerbericht Pupillenreaktion auf Licht angeblich erhalten. Um 8 und 10 Uhr 5 Min. früh die gleichen Anfälle. Temperatur 38,3/38,7°. Puls 120. Nackensteifigkeit hält an. Lumbalpunktion: Druck 310, nach Ablassen von 10 ccm Liquor 170 mm. Im Liquor: Nonne Ph. I +, Pandý +, Parant 0, 6 Zellen pro 1 cmm. (Einzelne Plasmazellen, vereinzelt zerfallene Lymphozyten, Leukozyten).

Bakteriologische Untersuchung des Liquors im hygienischen Institut ergibt völlige Sterilität desselben. - Nach der Lumbalpunktion ruhiger. Nässt viel ein. Um 2 Uhr 30 Min. mittags starker epileptischer Anfall mit klonischen Zuckungen, die etwa 30 Minuten anhalten.

20. 5. Nachts schlaflos, sprach, stöhnte. Temperatur morgens 36,4°. Puls 58! - Beine stark angezogen, lassen sich kaum strecken. Kniephänomene infolge starker Spannung rechts 0, links +. Beine fallen - passiv erhoben - besonders rechts, widerstandslos herab. Linker Arm in starker Beugstellung, kann passiv kaum gestreckt werden. Leichte zuckende Bewegungen des linken Arms. Die passiv erhobenen Arme fallen nicht herab. Parotitis unverändert, jedoch ist jetzt Andeutung von Fluktuation zu fühlen. Muskulatur des Ober- und Unterkiefers in trismusartiger Spannung. Nackensteifigkeit. Völlig absent. Spricht dauernd unverständlich vor sich hin. Lässt Urin und Stuhl unter sich. Um 3 Uhr 30 Min. erneuter epileptischer Anfall mit besonders starken klonischen Zuckungen des Kopfes. 3 Uhr 35 Min. Exit. letal.

Sektionsbefund: Abszess im rechten Lungenunterlappen. Ausgedehnte bronchopneumoische Herde in der linken Lunge mit verstreuten kleinen Bronchiektasien. Embolie in einem Ast der rechten Pulmonalarterie. (Befund entspricht den sonstigen autoptischen Befunden bei Grippe.)

Hirngewicht 1255 g. Schädeldach, Dura mater o. B. Leptomeningen über der Konvexität ausserordentlich blutreich. Grössere meningeale Blutungen bestehen nicht. Die Gefässe an der Basis sind zartwandig, weniger injiziert. Grosshirnrinde ziemlich stark dunkelgraurot, enthält einige kleine flobstichartige subkortikale Blutungen, ausserdem einen grösseren dunkelroten

Zerfallsherd (rote Erweichung) im Fuss der rechten 1. Stirnwindung, hauptsächlich im subkortikalen Mark und ziemlich tief in das Mark hineingehend. — Die Gefässe an der Pia sind, wenigstens die am strotzendsten gefüllten, zum Teil etwas umscheidet (gelbe Säume). Viel blasser als die Rinde sind die Querschnitte durch die Brücke, die Medulla oblongata, den Thalamus und das Höhlengrau am Grunde des III. Ventrikels.

Histologisch findet sich eine starke Hyperämie in den Meningen über dem Erweichungsherd, mehrere Gefässe sind total thrombosiert, die Thromben zum Teil in Organisation, starke perivaskuläre, leukozytäre und lymphozytäre Infiltrate, auch um nicht thrombosierte Gefässe, Hirnsubstanz im Herd zum Teil nekrotisch. Leukozytenherde in der Erweichung. Im übrigen Hirn meningitische perivaskuläre Infiltrate (Dr. Stern). — Die Aussaat von Gehirnschubstanz ergibt Diplostreptokokken (wahrscheinliche pleomorph. Prof. Bitter).

Auch hier lag eine erbliche Belastung vor; die Grippe war ausserdem eine ausserordentlich schwere und ging mit Pneumonie und Parotitis, die gleichzeitig mit einer Psychose bei Grippe noch in einem weiteren Fall beobachtet wurde, einher. Schon sehr frühzeitig, drei Tage nach Beginn der Grippe, entwickelte sich ein Zustand schwerster Verworrenheit und Bewusstseinsstrübung mit zeitweiliger tobsüchtiger Erregung, völligem Assoziationszerfall. Die motorische Erregung war durch zeitweilige rhythmische oder mussitierende Bewegungen, Pseudospontanbewegungen gekennzeichnet. Die sprachlichen Aeusserungen waren meist völlig unverständlich, zeitweilig zeigte sich Verbigerieren und Echolalie. Irgendwelche Sinnestäuschungen, irgendeine besondere affektive Färbung liessen sich bei der hochgradigen Verworrenheit nicht feststellen; der Kranke war meist völlig absent. Machten bereits die motorischen Aeusserungen den Eindruck nicht einer Reaktion auf psychische Vorgänge, sondern den direkter Folgewirkungen der organischen Gehirnschädigung, so wurde das Bild etwa am 15. Tage noch durch das Auftreten ausgesprochener meningitischer Symptome, die anfangs gefehlt hatten, und schliesslich durch den Ausbruch epileptischer Krämpfe noch „organischer“. Anders als der vorhergehende zeigte der vorliegende Fall dann auch bei der Autopsie eine ausgesprochene Enzephalitis haemorrhagica, als deren Ursache bakteriologisch die Anwesenheit von Diplostreptokokken im Gehirn nachgewiesen werden konnte.

Das Ergebnis der genaueren anatomischen Untersuchung ist von Stern in einer Arbeit über Enzephalitis veröffentlicht.

Die etwa 14 Tage währende Psychose unterscheidet sich von den vorangehenden dadurch, dass die Dauer derselben erheblich länger (in den zwei ersten Fällen nur 8 bzw. 3 Tage), dass die Verworrenheit eine noch tiefergehende war und zu völligem Assoziationszerfall führte, so dass überhaupt während des klinischen Aufenthaltes nur einmal eine

sinngemässe Aeusserung erzielt wurde, die sonstigen Aeusserungen aber gänzlich zusammenhangslos blieben. Die Psychose leitet zu den folgenden drei Fällen über, mit denen sie die längere Dauer, die schwerere Erregung gemeinsam hatte. Aber auch in diesen drei Fällen war die Verworrenheit nicht so hochgradig, wie in dem vorliegenden, auch liessen sich in allen drei Fällen, obwohl sie ebenfalls zum Exitus kamen, *in vivo* keine meningisch-enzephalitischen Symptome nachweisen. Ob etwa trotzdem nur anatomisch nachweisbare enzephalitische Veränderungen vorhanden waren, was mindestens in einem Fall anzunehmen war, liess sich, da die Autopsien nicht gemacht werden konnten, nicht nachweisen. — Die Psychose kann im vorliegenden Fall trotz der langen Dauer und der anderen Unterschiede gegenüber den typischen Delirien der ersten beiden Fälle noch als delirante Verwirrtheit bezeichnet werden und ist den Fällen der folgenden Amentia-Gruppe wegen der Schwere der Verwirrtheit und Benommenheit nicht mehr zuzuzählen. Auf die schweren Gehirnschädigungen wies hier die von vornherein sehr ausgesprochene Tiefe und Schwere der Bewusstseinsstrübung hin, wie sie in keinem anderen Falle erreicht wurde.

Bemerkenswert ist, dass solche Fälle in Schleswig-Holstein öfter bei der Grippeepidemie beobachtet zu sein scheinen, da der einweisende Arzt in der letzten Zeit zwei weitere derartige Fälle sah und Hoppe-Seyler ausdrücklich auf einige solche hinweist. Markus berichtete ferner aus Schweden kurz über 10 derartige Fälle, die im Anfang der Grippeepidemie aufgetreten sind.

4. M. W., Dienstmädchen, 28 Jahre. Vorgeschichte: Vater starker Trinker, Eltern leben deswegen getrennt. Als Kind sehr schwächlich, englische Krankheit. Auf der Schule schlecht gelernt, erreichte nur die 3. Klasse. Von Kind auf leicht gereizt, sprach viel im Schlaf, schlief nachts oft in sitzender Stellung. Leistete als Dienstmädchen Ausreichendes. In letzter Zeit viel Aufregungen: Der im Feld stehende Bräutigam verlangte von ihr ein Attest, dass sie schwanger sei, was nicht der Fall war, um für die Kriegstrauung Urlaub zu bekommen. Pat. weigerte sich, war deprimiert über dies Ansinnen. — Am 9. 10. 1918 wurde ihr beim Einholen schlecht. Am 13. 10. 1918 Menses. Am Abend des 13. 10. und nachts unruhig, sprach verwirrt, verlangte nach der Mutter, wollte Abbitte tun. Lachte viel, biss sich auf die Finger. Schief schon in den Nächten vorher schlecht. Am 14. 10., vormittags, erneute Unruhe, sang, gab verkehrte Antworten. Der einweisende Arzt stellte Fieber fest.

Aufnahme am 14. 10. 1918: Hochgradige Erregung, Schreien, Singen, Umbertanzen. Dann etwas Beruhigung. Temperatur 39,4⁰. Blasser Gesichtsfarbe. Zunge belegt, auf den Lungen diffuse bronchitische Geräusche. Leichte Schwellung und Rötung der Tonsillen. Puls 116, gut gefüllt. Am

linken Oberschenkel grosse Sugillation. Sonstiger Befund o. B. Zurzeit Menses. Oertlich und zeitlich desorientiert, glaubt, bei ihrer Dienstherrschaft zu sein. Sagt spontan: „In der Nacht vom Sonntag auf Montag fing ich doch an zu toben. Ich hatte die Grippe, hatte immer einen so trockenen Gaumen und meine Schwester Anna brachte mir nichts zu trinken. Ich habe einen Verlobten, der ist in Flandern.“ „Die Mutter sagt immer, der heiratet mir doch nicht, ich konnte doch nicht selbst herunter gehen in die Küche.“ Seit April 1918 sei sie in ihrer jetzigen Stellung, wo es ihr gut gefalle. Macht einige richtige Angaben über ihre Vorgeschichte, antwortet dann nicht mehr.

15. 10. Nachts motorische Unruhe, lachte, weinte abwechselnd. Schlieft erst auf Morph.-Duboisin. Morgens wieder hochgradige motorische Unruhe, tanzte im Saal herum, riss den hydropathischen Umschlag ab, spuckte das Aspirin aus, verkennt ihre Umgebung, glaubt ihren Bruder und Verlobten zu sehen. Genügende Nahrungsaufnahme. Mittags teilnahmslos, mutistisch, unzugänglich, unbesinnlich. Zurzeit kein besonderer Affekt. Temperatur 40°.

16. 10. Weiter hochgradigste motorische Unruhe, tanzt herum, schlägt die Pflegerinnen, zerreisst ihnen Kleid und Schürze.—Völlig verwirrt. Selbstgespräche. Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung. Temperatur fällt abends auf 37,4°.

17. 10. Hochgradige motorische Unruhe hält an; nachts besonders unruhig, kroch auf dem Fussboden herum, klammerte sich überall fest, schrie laut, beschmierte sich mit Menstrualblut. Schrie in der Packung unausgesetzt „Kuckuk!“. Temperatur abends 40°.

18. 10. Anhaltende Erregung. Schrie dauernd verbigerierend: „Ich will nach der Nervenlinik, Frau D. (Dienstherrin) soll mich hinbringen“. Nach der Fütterung Erbrechen. Temperatur morgens 38,5°, abends 37,4°.

19. 10. Etwas ruhiger. Körper mit Kontusionen bedeckt. Temperatur morgens 37,4°, abends 38,6°. Erbrechen. Nahrungsverweigerung hält an. Völlig verwirrt. Selbstgespräche.

20. 10. Erkennt Mutter und Schwester, die sie besuchen, nicht. Herzschwäche. Erregung hat nachgelassen.

21. 10. Erkannte die Mutter gestern, sprach unverständlich mit ihr. Schläft wenig, aber ruhig. Herzschwäche. Nahrungsverweigerung.

22. 10. Ruhig. Nachmittags plötzlich klarer. Verlangt zu trinken, isst allein. Bittet die Schwester, ihrer Mutter zu sagen, dass es besser gehe. „Das war eine Kur, die ich durchmachte, ich dachte, ich muss sterben, ich werde wieder gesund, ich war doch die Treppe heruntergefallen, da habe ich mich wohl im Gesicht gestossen“ (dort Hautabschürfung). Meint, in K. bei ihrer Schwester zu sein, sie sei aber auch in der Nervenlinik gewesen. Temperatur seit gestern 40,2°. Doppelseitige Pneumonie und Pleuritis. Puls 122, weich. Zyanose, Borken an den Lippen. Abends 10¹/₂ Uhr: Exit. let.

-Sektion aus äusseren Gründen nicht ausgeführt.

Es handelt sich bei der Kranken um eine Grippe mit Pneumonie, die das Bild der schweren Allgemeininfektion bot. Nach einem kurzen,

offenbar schon im Beginn der Grippe einsetzenden, durch zeitweilig besonders nachts hervortretende Unruhe und leichte Verwirrtheit charakterisierten Initialstadium entwickelte sich akut bei der leicht debilen Patientin ein schwerer, bis zum Tode anhaltender Verwirrheitszustand mit hochgradigster psychomotorischer Unruhe, Rededrang mit Verbigerieren und zeitweilig deutlicher Ideenflucht, lautem Schreien, schwerer Bewusstseinstrübung mit tiefer Auffassungs- und Aufmerksamkeitsstörung und Inkohärenz. Der Affekt wechselte lebhaft oder war völlig indifferent. Sinnestäuschungen und illusionäre Verfälschungen des Wahrgenommenen liessen sich nicht mit Sicherheit feststellen, gewisse Aeusserungen liessen aber an Gesichtstäuschungen denken. Reminiszenzen aus der jüngsten Vergangenheit spielten in den verworrenen Gedankengängen der Kranken eine gewisse Rolle. Die Bewusstseinstrübung zeigte anfangs leichte Schwankungen, blieb dann aber bis zum Tode ziemlich gleichmässig tief, um erst wenige Stunden vor dem Tode weitgehender Aufklärung Platz zu machen; hierbei war auch ein fast völliges Schwinden der primären Inkohärenz zu bemerken, nachdem schon einige Tage vorher die motorische Erregung geschwunden war. Auffallend war das zuweilen auftauchende Krankheitsbewusstsein, das selbst bei schwerer Bewusstseinstrübung in der verbigeratorisch vorgebrachten Aeusserung: „Ich will nach der Nervenklinik“ zum Ausdruck kam. Man kann das Krankheitsbild als schwere amentiaartige akute Verwirrtheit, die in einen Delirium acutum-ähnlichen Krankheitszustand überging, bezeichnen. Von den 3 mitgeteilten Fällen von Delirien unterscheidet es sich durch den stärker ausgesprochenen Rededrang, durch das Fehlen der dort zeitweilig hervortretenden Somnolenz, durch den etwas geringen Grad von Benommenheit. Eine ganz scharfe Grenze lässt sich jedoch zwischen diesem und den vorangehenden Fällen nicht ziehen. Die Psychose hielt im ganzen 9 Tage bis zum Tode an. Bemerkenswert ist, dass sie wie auch im folgenden Fall zur Zeit der Menses zum Ausbruch kam.

Ein nach Symptomatologie und Verlauf ähnlicher Fall ist der folgende:

5. G. B., Feuerwehrmannsfrau, 23 Jahre. Vorgeschichte: Mutter vor Jahren Anfall von Erregung gehabt, sehr nervös. Pat. zeigte eine normale Entwicklung. Seit 5 Jahren verheiratet, 3 Kinder, 2 davon klein gestorben. Menses regelmässig. Wurde von jeher vom Mann schlecht behandelt, angeblich auch geschlagen und mit Erschiessen bedroht; derselbe wollte sich, die Pat. und das Kind kurz vor der Aufnahme hier angeblich erschiessen. — Pat. seit der Verheiratung leicht gereizt und empfindlich. 16. 10. 1918 Grippe, seit etwa 22. 10. Pneumonie. 25. 10. Verwirrt, erregt, Rededrang, ver-

kannte Umgebung seit dem 26. 10. Schief seit Beginn der Grippe schlecht, zuletzt gar nicht, klagte viel über Kopfschmerzen.

27. 10. Aufnahme hier: Völlig verwirrt, redet unausgesetzt in inkohärenter Weise, lässt sich nicht fixieren, gibt auf Orientierungsfragen keine Auskunft. Körperlicher Befund: Zunge trocken, Pneumonie im linken Unterlappen. Puls 112, mässig kräftig. Menses. Temperatur 38,5°. Sonst Befund o. B. Redet unausgesetzt: „Nun weiss ich mein Kind. Anständig im Totenbett, dat wess ich mein Kind. Dadrauf warte ich ja nur. Ich bin heimatlos. So ein Engel bin ich, Vater, ich bin treu und was treu ist, ist treu. Du bist eine Heimatsuhr, Vater. In der Heimat, Vater, hab ich sagt, drei Schwestern, die sind anständig, Totenuhren sind das. Ik kenn aber mien Uhr. Ik kenn mien Lutscher. Ik kenn mein Heimatlutscher. Ik kenn meine Kinder, beschreibe meine Heimat. Die Heimatskinder sind wir, das ist eine Polizeistunde, ein Brett ja, ja siehste Soubretten. Totenklage ist gewesen, darum liebste Du mich, Totenkinder waren das jeden Tag. Ja, das war meine Uhr, meine goldene Uhr. Du kratzt wie ein Teufel. Entsetzlich, darum soll er kratzen, darum lauert der Tod“ usw. Worte, wie Zigeunermädchen, Krankenwagen, Hexenkind, Totenkind, Doktor, Stabsarzt kehren häufig wieder. U. a. kommen auch folgende Sätze vor: „Und mit einmal war dat Wiew weg, dat Wiew ohne Kopp“, „In der Todesgefahr war ich ein König“, „Wie hett ja gor keen Kopp, wat seggt de Engel, de hett keenen Kopp!“, „Und wer das versteht an meinem Totentag“, „Ja, sie tüttert, hat mein Vater gesagt“, „Hundert Jahre bin ich schon tot und nun wache ich wieder auf“. „Nervenkrank, wo man tütelig ist“. Spricht auch offenbar von ihren Eltern und ihrem Kinde.

28. 10. Schreit fortwährend durcheinander. Schlägt mit Händen und Füßen um sich, muss gehalten werden. Auf Duboisin nur kurze Zeit ruhiger.

29. 10. Weiter völlig verwirrt, Rededrang, verworrene Sprechweise. Wangen gerötet, glänzende, weit aufgerissene Augen, blickt lebhaft um sich. Redet in energischem, bald scheltendem, bald singendem Ton, bisweilen alliterierend und reimend, gehörte Worte wiederholend und daran anknüpfend. Lässt sich für kurze Momente fixieren und zeigt gelegentlich eine gewisse Aufmerksamkeit für ihre Umgebung. Motorische Unruhe der ersten Tage etwas nachgelassen. Nimmt ausreichend flüssige Nahrung zu sich. Weiter hohes Fieber.

31. 10. Seit 2 Tagen Nahrungsverweigerung. Temperatur 40,8°. Puls 152, klein, Kampfer. Ununterbrochenes, unzusammenhängendes Reden, spricht von Teufel, Totenbett und ähnlichem, schlägt mit Händen und Füßen um sich, macht rhythmische Bewegungen. Nicht zu fixieren. Sagt nur einmal auf die Frage des Arztes, wer er sei: „Totenbuttel“. Reagiert auf Reizworte nicht. Singt, schreit, redet durcheinander, gebraucht Wortneubildungen, z. B. Ewigkeitslutscher, starrt dabei mit weit aufgerissenen Augen an die Decke. Leerer Gesichtsausdruck. Befolgt einzelne Aufforderungen nach mehrfachen Wiederholungen, zum Teil aber falsch. Liegt vorübergehend ganz still, um dann weiter zu reden.

1. 11. Parotitis links. Temperatur abends 40,8°. Weiter verwirrt.

3. 11. Pneumonie in beiden Unterlappen, wahrscheinlich auch im linken Oberlappen. Parotitis nimmt zu. Dauernd Fieber zwischen $38,5^{\circ}$ und $39,5^{\circ}$. Zeitweilig heftige motorische Unruhe, besonders nachts. Völlig verworrene Reden, Singen, Schreien.

6. 11. Dauernd hochgradige Unruhe, versucht sich aus dem Bett zu stürzen, greift an. Klagte, dass sie keine Luft bekomme, der Kopf schon halb abgebrannt sei. Reisst ihren Parotitisverband ab. Völlige Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung.

8. 11. Etwas ruhiger. Noch völlig verwirrt. Dauernd hohe Temperaturen.

9. 11. Eröffnung des Parotisabszesses, der nach dem Gehörgang durchgebrochen ist, und Parazentese, Otitis media. Weiter verwirrt und unruhig. Herzschwäche.

10. 11. Morgens 1 Uhr Exit. let.

Sektion von den Angehörigen verweigert.

Bei der ebenfalls belasteten und neuropathischen 23jährigen Frau setzte möglicherweise nach einer durch den gewalttätigen Mann hervorgerufenen Emotion 9 Tage nach Beginn einer schweren, mit Pneumonie einhergehenden, später durch Otitis media und Parotitis komplizierten Grippe nach einem nervösen Prodromalstadium ein akuter Verwirrheitszustand mit tiefer Bewusstseinstrübung, schwerer Inkohärenz, dauernder Desorientierung, starker und hier noch mehr wie im vorigen Fall, besonders auf sprachlichem Gebiet hervortretender motorischer Erregung, Nahrungsverweigerung ein, der unter weiterer Zunahme der Bewusstseinstrübung bis zu dem nach 18 Tagen erfolgenden Tode bestehen blieb. In den Reden der Kranken kehrten häufig gewisse Aeusserungen wie „Totenbett“, „Totenöhren“, „Totenkinder“, „Totenklage“, „Du kratzt wie der Teufel“, „darum lauert der Tod“, „Krankenwagen“, „Hexenkind“ wieder, die auf flüchtig auftauchende unzusammenhängende, schreckhafte Vorstellungen, auch wohl illusionäre Verfälschungen des Wahrgenommenen hinweisen, vielleicht aber auch auf Sinnestäuschungen, die aber sonst noch weniger wie im vorhergehenden Fall hervortreten. Andere Aeusserungen, wie „100 Jahre bin ich schon tot“, „wir sind überhaupt nicht geboren“, „wi hebt jo gor keen Kopp“, lassen die Vermutung zu, dass eine schwere Beeinträchtigung des Persönlichkeitsbewusstseins vorhanden war. In den inkohärenten Reden der Kranken fielen ferner Wortneubildungen (Heimatlutscher, rosalang usw.), stereotype Wiederkehr gewisser sonderbarer Ausdrücke, Reimereien, Klangassoziationen auf. Auch hier scheint ein gewisses unklares Krankheitsgefühl bestanden zu haben, wenigstens deuten Worte, wie „nervenkrank“, „tütelig“, darauf hin. Vereinzelt katatone Erscheinungen waren dem Krankheitsbild beigemischt. Wie im vorigen Fall kann das

Krankheitsbild als schwere amentiaartige Verwirrtheit bezeichnet werden, die zeitweise dem Bilde des Delirium acutum ähnelte. Das dort zur Abgrenzung von den 3 ersten deliranten Fällen Gesagte gilt auch für diesen Fall. Beide Fälle haben die hochgradige psychomotorische Erregung, den Rededrang, die Bewusstseinstrübung und Inkohärenz, die wechselnde, teils ängstliche, teils indifferente Stimmungslage, den Mangel oder das Zurücktreten von Sinnestäuschungen gegenüber den übrigen Symptomen gemeinsam.

Um eine schwere akute Verwirrtheit handelte es sich auch im folgenden Falle:

6. J. K., geb. F., 23 Jahre, Bureauangestelltefrau. Vorgeschichte: Keine Belastung. Normale Entwicklung. Seit 2 Jahren verheiratet, 2 Geburten, letzte am 3. 11. 1918. Am 2. 11. Grippe, zunächst kein Fieber, fühlte sich sehr elend, hatte Kopfschmerzen. Am 4. 11. (Revolutionstag) durch Schiessen vor dem Hause sehr erschreckt, aufgeregt. Am 9. 11. verwirrt gesprochen. Am 13. 11. sehr unruhig, bettflüchtig, ängstlich, sprach durcheinander. Bis zum 14. 11. gestillt. Etwas Ausfluss.

Aufnahme am 15. 11. 1918: Völlig verwirrt, motorische Unruhe. Eigenartige choreiforme Abwehrbewegungen in den Armen. Bewegt dauernd die Lippen, bringt einige Worte hervor, aber unverständlich. Nicht zu fixieren. Körperlicher Befund: Blasser Gesichtsfarbe, borkig belegte Lippen, Zunge belegt, rissig. Mammae prall gefüllt, keine Infiltrationen fühlbar. Leib weich, nicht druckempfindlich, Uterus derb, 2 Querfinger oberhalb der Symphyse. Reichliches, noch blutiges Lochialsekret. Puls 80, regelmässig. Dermographie. An Knien und Ellenbogen Sugillationen. Leichte Herabsetzung der Schmerzempfindung. Temperatur 38,4°, sonst ohne Besonderheit. Unsauber, schmiert mit Lochialsekret, fasst sich in die Vagina, widerstrebend.

16. 11. Nachts unruhig, spricht vor sich hin. Wirft sich im Bett herum. Gibt auf Fragen nur selten Antwort. Anscheinend unorientiert über Ort und Zeit. Schwer zu fixieren. Gibt nur Geburtstag an, Geburtsjahr nicht. Führt aufgetragene Bewegungen unter einigem Widerstreben aus. Temperatur abends 37,5°.

17. 11. Zustand unverändert, völlig verwirrt. Temperatur abends 38,0°.

18. 11. Temperaturanstieg auf 40,8°. Mammae ohne Entzündungserscheinungen, Lochien reichlich. Unruhe und Verwirrtheit halten an. Greift sich dauernd an die Genitalien. Puls 120. Erhält Dispargeninjektionen.

20. 11. Im ganzen ruhiger, völlig verwirrt. Reagiert nicht auf Fragen, teilnahmslos. Verlegenheits- und Abwehrbewegungen, die choreiformen Eindruck machen, wühlt im Bett. Fieber 39,2 bis 40,5°.

21. 11. Spricht dauernd vor sich hin, Pneumonie im rechten Unterlappen, Temperatur unverändert hoch. Puls 130. Lässt Urin, Stuhl unter sich. Völlig inkohärent, sagt u. a. folgendes: „Eben kommt ein Trauerzug, ich bin verrückt geworden. Anna war in einer Irrenanstalt, es ist alles ver-

kehrt, die Marie war in der Küche, ich hab alles aushalten müssen, mein Schwager ist gefallen, der Schornsteinfeger ist nicht dagewesen und das andere, da hatte ich Pellkartoffeln auf dem Herd stehen, an die Heilanstalten hat ich nicht gedacht, an die Kinderklinik. Ja, das ist auch im Irrtum, dem Stammbaum und von wegen mit dem Tintenstift und der König, als ob sie und das andere da war, da war das Mädchenzimmer mit gemeint, nee, der Schornsteinfeger ist nicht von unten hereingekommen, mein Schwager, der hat mit der Schmutzschaufel, der Aschkasten war gemeint, er sollte sich nur die Klappe über den Kopf ziehen, von wegen Schwanz war nicht gemeint, Pferdezunge, Kirchhof und Krabbelvisite, das war es und da waren sie in der Waschküche, Gott der Mann musste sterben. Ja, ich bin auch verkehrt und das Gedicht haben sie selbst ausgedacht, da kam der Schwager und der lange Mensch mit den roten Hosen und Babywäsche und Kinderwagen, das ist verkehrt. Die Gänse waren herausgehängt, Mimi hat 3 Kinder, Hertha war mal scheinot... sternklar oder Nervenleiden oder Tod, nee und von der Küche, nee scheinot. Ernst und Wille Krankenhaus oder Nervenklinik“ usw.

24. 11. Dauernd sehr hohes Fieber, Puls 146, weich. Völlig verwirrt und inkohärent.

25. 11. Morgens Schüttelfrost, Puls sehr weich, erhält Kampfer und Koffein. Erkennt die Mutter beim Besuch, antwortet zögernd auf Fragen, gibt Vornamen zögernd an, fragt nach Kind und Mann. Im übrigen völlig verwirrt. Sucht mit den Händen auf der Decke herum. Sieht sich ängstlich um. Fast völlige Nahrungsverweigerung.

26. 11. Sieht sich ängstlich um, sucht mit den Händen auf der Decke herum. Herzschwäche. Exitus.

Sektion wird verweigert.

Bei der 23jährigen, bis dahin gesunden, nicht neuropathischen Frau kam der Verwirrtheitszustand im Fieberstadium einer offenbar sehr schweren Grippe, die 1 Tag vor einer Geburt begann, 6 Tage nach dieser Geburt zum Ausbruch, nachdem die Kranke einige Tage vorher schreckhafte Erlebnisse durchgemacht hatte. Dass es sich hier um eine echte Grippe, nicht etwa um eine puerperale Sepsis gehandelt hat, erscheint nach frühzeitigem Krankheitsbeginn und dem Krankheitsverlauf erwiesen, da das Fieber nicht den Charakter des septischen Fiebers zeigte, keine auf puerperale Infektion hinweisenden Lokalsymptome vorhanden waren und auch eine Pneumonie auftrat. Das Krankheitsbild war auch hier wieder durch lebhaft psychomotorische Erregung, besonders auch auf sprachlichem Gebiet gekennzeichnet, die zuletzt einen deutlich deliriösen Charakter trug. Gemeinsam mit den übrigen Fällen hat auch der der Frau K. das Zurücktreten der Sinnes-täuschungen gegenüber den übrigen Symptomen. Aus den Äußerungen der Kranken war aber zu entnehmen, dass neben schreckhaften Vorstellungen offenbar auch Gesichtstäuschungen zuweilen eine Rolle

spielten. So sprach die Kranke von einem Trauerzug, Kirchhof, einem Mann, der sterben müsse, von einer Hertha, die mal scheinot war, auch illusionäre Verfälschungen des Wahrgenommenen scheinen in ausgesprochenem Masse aufgetreten zu sein. Auf ein gewisses Krankheitsbewusstsein weisen auch hier gewisse Aeusserungen von Nervenlinik, Heilanstalten, Kinderlinik hin. Die Bewusstseinstrübung war im Anfang, besonders aber, ähnlich wie im 3. Fall, wenige Tage vor dem Tode weniger schwer, als in der übrigen Zeit. Der Affekt war ein vorwiegend ängstlicher, zuweilen auch indifferent. Sehr auffallend waren die choreiformen Bewegungen, die die Kranke im Anfang des Aufenthaltes hier zeigte und die bis auf die meningitischen Zeichen in Fall 3 und die Lähmungserscheinungen der Augenmuskeln in Fall 1 das einzige bei den Psychosen und psychischen Störungen der Grippe zur Beobachtung gelangte neurologische, auf lokalisierte Hirnprozesse hinweisende Symptom sind. Ganz im Gegensatz hierzu ging die erwähnte später beobachtete Enzephalitisepidemie stets mit psychischen und ausgesprochenen Reiz- oder Lähmungserscheinungen einher, und in einem Fall auch mit lebhafter choreatischer Unruhe, die nach einiger Zeit schwand und mit ausgesprochenen Pupillenreflex- und Augenmuskelerstörungen vereinigt war, als deren Ursache enzephalitische Herde im zentralen Höhlengrau, dem Pons, den Stammganglien anzunehmen waren, die Stern in analogen Fällen auch anatomisch nachweisen könnte. Die im vorliegenden Grippefall aufgetretenen choreiformen Bewegungen müssen ebenfalls als Ausdruck einer lokalen Affektion in jenen Gegenden bzw. den Bindearmen aufgefasst werden. Es ist auch bemerkenswert, dass solche organischen Begleiterscheinungen nur in 3 sehr schweren Fällen von Grippe mit Psychosen nachzuweisen gewesen sind. — In dem besprochenen Fall handelte es sich also ebenfalls um eine akute amentiaartige Verwirrtheit mit nicht ganz so stark, wie in den übrigen Fällen, hervortretender motorischer Erregung und ausgesprochen deliranten Zügen, die bis zum Tode 17 Tage lang anhielt. Der Fall nähert sich noch mehr den 3 ersten deliranten Fällen, als die beiden vorhergehenden. Eine strenge Abgrenzung gegen sie ist ebenso wenig, wie gegenüber der echten Amentia möglich, delirante Züge traten, wie erwähnt, mehrfach deutlich hervor. Da er mit den 2 letzten Fällen den ausgesprochenen Rededrang, die oft geringere Tiefe der Bewusstseinstrübung gemeinsam hat, ist er ebenfalls der Gruppe der amentiaartigen Krankheitsbilder zugerechnet.

Gemeinsam hatten die 3 letzten Fälle die Bewusstseinstrübung mit weitgehenden Orientierungsstörungen und schwerer primärer Inkohärenz, deren Intensität im Anfang und vor dem Tode eine schwankende, sonst

aber ziemlich gleichmässige war, eine wechselnd starke, aber doch meist sehr auffällig hervortretende motorische Unruhe mit gelegentlichen katatonen, einmal auch choreiformen Symptomen, verworrenen und flüchtigen schreckhaften Vorstellungen, wenig in den Vordergrund tretenden Sinnestäuschungen, illusionären Verfälschungen des Wahrgenommenen, Resten von Krankheitsgefühl eine teils ängstliche, teils indifferente Stimmungslage, die Entstehung der psychotischen Störungen auf dem Boden einer sehr schweren in allen Fällen den tödlichen Ausgang herbeiführenden Grippeinfektion. Als besonders charakteristisch möchte ich das Vorherrschen der psychomotorischen Erregung und das Zurücktreten der Sinnestäuschungen bezeichnen, so dass man hier noch am ehesten von einer katatonen bzw. psychomotorischen Form der Amentia sprechen könnte, obwohl sich die motorische Erregung gegen andere Symptome, z. B. gegen die Inkohärenz, nicht so sehr abhob, dass man diesen Beinamen besonders geeignet finden könnte. Eine besondere Abhängigkeit der Intensität der Krankheitssymptome, wie etwa der Verworrenheit, Bewusstseinstörung oder psychomotorischen Unruhe vom Fieber, wie es Bonhoeffer zuweilen beobachtete, ist hier nicht nachzuweisen. Die Psychose fand in allen Fällen erst mit dem am 9. bis 18. Tage nach ihrem Beginn erfolgenden Tode den Abschluss.

Unter den 14 aus der Literatur zusammengestellten Fällen, die der besprochenen Untergruppe von Fieberpsychosen entsprechen würden, finden sich 8 Amentiafälle, unter diesen ebenfalls am häufigsten, nämlich 5 mal, erregte Formen (nur je 1 mal eine stuporöse Form, eine epileptiforme Erregung und ein Delirium acutum-artiges Krankheitsbild), 3 mal Fieber-, 2 mal Defervesenzdelirien, 1 mal ein Depressionszustand. Es sind also bis auf den Depressionszustand dieselben Krankheitsbilder, die ich beobachten konnte. In der überwiegenden Mehrzahl, nämlich 8 mal, zeigten diese Psychosen eine ängstlich depressive, in 3 Fällen vorübergehend eine expansive Färbung, in 3 Fällen herrschte eine indifferente, apathische Affektlage vor. Die Dauer der Psychose betrug in 6 Fällen wenige Tage bis zu einer Woche, in 1 Fall zwei, in 4 Fällen bis zu drei Wochen (die Dauer war in 3 Fällen nicht angegeben), was im ganzen mit der Krankheitsdauer bei unseren Fällen übereinstimmt.

Bei der 2. Untergruppe der Fieberpsychosen überdauerte die psychische Erkrankung das Fieber kürzere oder längere Zeit. Sie besteht aus 12 Fällen, davon sind aber 2 durch die Influenza ausgelöste Dementia praecox-Fälle. Die beiden letzteren sind schwer belastet und neuropathisch gewesen; unter den übrigen fand sich eine schwere Belastung in 2 Fällen, eine neuropathische Disposition in einem Fall, beides

zusammen in 4 Fällen. Also zeigten eine ausgesprochene Anlage 7=59 pCt. Eine solche ist also jedenfalls bei dieser Kategorie von Fällen in erheblich höherem Prozentsatz als bei der 1. Gruppe vorhanden gewesen (dort nur 40 pCt.). In einem Fall dieser 2. Untergruppe handelte es sich weiter um ein Frau, die wieder im Puerperium psychisch erkrankt war, nachdem sie 3 Tage vor der Geburt die Grippe akquiriert hatte. Von den neuropathischen Fällen war einer leicht imbezill, einer stets sehr leicht erregt gewesen, hatte schon vor der Erkrankung gelegentlich leichte hysteriforme Störungen gehabt, ein 3. schwer belasteter Fall war ebenfalls stets sehr leicht erregt und „nervös“ gewesen.

Unter den 18 alten Fällen waren 2 schwer belastet

$$\frac{7 \text{ neuropathisch}}{9} = 50 \text{ pCt.}$$

Auch hier also besteht in einem wesentlich grösseren Prozentsatz von Fällen eine ausgesprochene Anlage, als bei den reinen Fieberpsychosen der 1. Gruppe (36 pCt.).

Das weibliche Geschlecht überwog auch in dieser Gruppe, jedoch war hier immerhin ein erheblicher Prozentsatz an männlichen Individuen vorhanden, (5 = 56 pCt. weibliche, 4 = 44 pCt. männliche Individuen, ausser den 2 Dementia praecox-Fällen, die beide weiblich waren). Bei den alten Fällen tritt das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts stärker hervor (73 pCt. weiblich, 27 pCt. männlich). Unter meinem Material finden sich ganz überwiegend unter den männlichen Individuen Jugendliche (3:1) im Alter bis zu 17 Jahren, nur einer stand im Alter von 61 Jahren. Aehnliches lässt sich an dem alten Material konstatieren, wo das Verhältnis der Jugendlichen unter 17 Jahren zu den Aeltern 3:2 ist. Bemerkenswert ist ausserdem, dass sowohl der 60 jährige Mann meines Materials wie auch ein 55 jähriger des alten Materials bereits während früherer Infektionskrankheiten psychotische Störungen gezeigt hatten, also wohl zu solchen Erkrankungen disponiert waren, ebenso eine 42 jährige Frau, die bei pathologischer Konstitution bereits einige Jahre vor der jetzigen Erkrankung eine amentiaartige Erkrankung nach Einwirkung exogener Faktoren überstanden hatte.

7. J. B., Auktionatorstochter, 21 Jahre. Vorgeschichte: 1 Schwester nach einer Geburt „nervenkrank“ gewesen, 1 Schwester macht psychopathischen Eindruck. Normale Entwicklung. Zuweilen etwas „störrisches Wesen“, leicht empfindlich. Oktober 1918 Grippe mit Lungenentzündung. Sehr hohes Fieber. „Phantasierte“ stark. Wurde sehr unruhig, wollte aus dem Fenster. Glaubte beim Schlagen der Uhr, die spräche zu ihr, glaubte jemand im Zimmer zu sehen. Grosse Angst, glaubte, sterben zu müssen. Beschäftigte sich in ihrem Reden

viel mit einem religiösen Vortrag, den sie besucht hatte, wollte ein Christusbild am Bett haben, Weinte oft. Schlieft wenig.

7. 11. 1918 ins Krankenkenhaus zu H. Körperlicher Befund dort o. B. Rededrang, andeutungsweise Ideenflucht, Singen. Sprach viel von religiösen Dingen. Oertliche und zeitliche Orientierung nur mangelhaft. Stark infantilistisches Gebahren. Mitte November wurde festgestellt, dass Merkfähigkeit, Gedächtnis, Orientierung ungestört waren. Verkannte aber ihre Umgebung; optische Halluzinationen. Lebhafter Stimmungswechsel. Häufig unruhig, besonders gegen Abend. Anfang Dezember heiterer Stimmung, etwas läppisches Gebahren, noch motorische Unruhe. Beschäftigte sich aber. Nach einer im Januar gegen ärztlichen Rat erfolgten vorübergehenden Entlassung von 2 Tagen wieder unruhiger. Heiter, läppisch. Wird vom Vater bereits am 29. 1. 1919 wieder abgeholt.

Am 29. 1. 19 Aufnahme hier. Körperlicher Befund: Atemgeräusch über der rechten Lunge hinten unten abgeschwächt. Kniephänomene lebhaft. Rachenreflex fehlt. Sonst o. B. Normale Temperaturen. Ruhig, geordnet, klar. Klagt über Kopfschmerzen, Haarausfall. Keine Sinnestäuschungen, keine Träume. Geistige Leistungsfähigkeit angeblich gut. Berichtet über die Grippeerkrankung im Oktober 1918. Will sich schon 2—3 Monate vorher körperlich krank gefühlt haben, habe nicht recht arbeiten mögen, die Kräfte hätten nachgelassen. Wisse, dass sie hohes Fieber hatte, phantasiert, gesungen habe. Es sei ihr vorgekommen, als ob der Fussboden, das Bett elektrisch erwärmt würde, sei deshalb aus dem Bett gesprungen. Habe ihre Freunde und Freundinnen am Bett sitzen sehen. Es sei ihr gewesen, als wenn sie in der Mitte durchgesägt und die Hälfte mit einem Freund wieder zusammengesetzt sei, habe immer an ihrem Körper nachgeföhlt, ob die Teile zusammen passten. Es sei alles wie ein Traum gewesen. Habe Aerzte im Nebenzimmer sprechen hören. Habe geglaubt, einen neuen Stern vom Himmel heruntergenommen zu haben. Sei ans Fenster gegangen und habe gefragt, wo denn die Sonne geblieben sei. Habe englische und amerikanische Truppen in Berlin einziehen sehen (war kurz vorher in Berlin). Sei unruhig gewesen, aus dem Bett gekommen. Habe die Eltern aus dem Zimmer gedrängt. Hörte immer eine Menge Menschen, meinte, die spielten im Nebenzimmer Theater, was ihr nicht gepasst habe. — Nach der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus H. habe sie sich sehr geängstigt und aufgeregt, weil die Mutter krank war, sei besonders nachts ängstlich gewesen, deshalb unruhig geschlafen. Regte sich auf, weil der Vater sie abends nicht aus dem Haus lassen wollte. — Oertlich und zeitlich völlig orientiert. Während der weiteren Beobachtung ruhig, äusserlich geordnet. Zuweilen aber noch etwas schwer besinnlich, schweift bei Unterhaltungen etwas ab.

Bei einer Exploration am 5. 2. 1919 gibt Patient an, dass sie während ihres Krankseins viel gesungen und geschrien habe, zeitweilig lustig gewesen sei. Im Krankenhaus habe sie auch Angstzustände gehabt. Habe sich nicht krank geföhlt. Zu Haus will sie über Ort und Umgebung orientiert gewesen sein. Ueber die Halluzinationen gibt sie an, dass sie Männerstimmen gehört habe, die aussprachen, was sie dachte. Die Uhr habe immer gesagt, was sie

dachte und sprach. Auch sei es ihr gewesen, als wenn die Uhr Takt schlug und sie danach sprechen und dichten müsste. Habe auch Verse gesprochen, habe viel Glockenläuten gehört. Keine Gesichtstäuschungen. Habe auch in H. gewusst, wo sie war, habe sich geängstigt, geglaubt, sterben zu müssen. Während des kurzen Aufenthaltes zu Haus habe sie noch im Herzen sprechen gehört, in den letzten Wochen nicht mehr! — Jetzt keine Angst mehr. Sei zuweilen deprimiert, das habe aber seinen Grund darin, dass ihre Eltern ihr nicht erlauben wollten, ausserhalb in Stellung zu gehen. Oertlich und zeitlich orientiert. Merkfähigkeit noch leicht herabgesetzt (Ziehen's Retentionsprüfung, Ziehen's Paarworte). Im übrigen keine intellektuellen Störungen. Ermüdet beim Rechnen etwas leicht. — Weiterhin klar, geordnet, auch die Merkfähigkeitsstörung ist schliesslich nicht mehr nachzuweisen. Vom 5.—7. 3. Menses.

5. 4. 1919 entlassen.

Bei der ziemlich schwer belasteten und offenbar neuropathischen 21 jährigen Patientin begann die Psychose im Fieberstadium einer mit Pneumonie einhergehenden Grippe, überdauerte den Fieberabfall aber lange Zeit, etwa 3 Monate. Soweit sich das nachträglich feststellen liess (die Kranke kam erst in der Rekonvaleszenz hierher), ging die Psychose mit einer anfangs schwereren, später leichteren Bewusstseinstörung, mit Orientierungsstörungen, zuweilen auch Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins, motorischer Unruhe mässigen Grades und ideenflüchtigem Rededrang einher. Die Kranke selbst bezeichnete später ihre Bewusstseinslage als traumhaft. Im Gegensatz zu den bisher mitgeteilten Amentiafällen des Fieberstadiums beherrschten hier Trugwahrnehmungen und illusionäre Verfälschungen, wahnhafte Umdeutungen des Wahrgenommenen stark und deutlich erkennbar das Krankheitsbild. Gesichtstäuschungen, aber auch Gehörstäuschungen, teilweise etwas ängstlichen Charakters spielten eine Rolle. Auffallend waren die bizarren Gefühlstäuschungen (Gefühl, als wenn der Fussboden, das Bett elektrisch erwärmt würde), die zuweilen einen abenteuerlichen Charakter annahmen und offenbar mit Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und erotischen Empfindungen vermischt waren (Gefühl, als wenn sie in der Mitte durchgesägt und mit der unteren Hälfte eines Freundes zusammengesetzt werde). Die Sinnestäuschungen waren äusserst mannigfaltig, teilweise an die Geräusche der Aussenwelt gebunden (Stimmen aus dem Schlägen der Uhr), teilweise wurden sie in den eigenen Körper lokalisiert, waren gelegentlich auch in Form von Gedankenlautwerden aufgetreten und erfuhren nachts eine Steigerung. Die Stimmung scheint eine vorwiegend heiter-läppische, seltner eine ängstliche gewesen zu sein. Erotische Züge waren im Krankheitsbild sehr ausgesprochen. Der vorliegende Fall ist einer der sehr wenigen unter den Influenzapsychosen mit vorwiegend heiterer Stimmungslage, während sonst eine ängstlich-depressive Ver-

stimmung durchweg vorherrschte. Erst nach Ablauf von 3 Monaten trat bei der Kranken eine endgültige Besserung ein. In die Klinik kam sie erst im letzten Stadium der erschwerten Denkleistungen, der Merkfähigkeitsschwäche und Stimmungs labilität. Die Erinnerung an die Krankheitsvorgänge war ziemlich weitgehend erhalten. — Der Unterschied des geschilderten Krankheitsbildes gegenüber den vorhergehenden Fällen war hauptsächlich der, dass die psychomotorische Unruhe erheblich weniger ausgesprochen war, auch die Benommenheit weniger tief, dass dagegen die Sinnestäuschungen erheblich mehr in den Vordergrund traten. Man hat hier den Eindruck, dass das Zurücktreten der psychomotorischen Unruhe, die geringere Tiefe der Benommenheit und Verworrenheit das Hervortreten der Sinnestäuschungen begünstigte, dass dagegen in den früheren Fällen die Verworrenheit und Unruhe zu gross waren und die Produktion irgendwie fixierter klar wahrnehmbarer Sinnestäuschungen verhinderten. — Das Endstadium der Psychose entspricht ungefähr dem hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustand Bonhoeffer's, wenn auch nicht alle Symptome, die dieser als charakteristisch für diesen auführt, vorhanden waren.

Der folgende Fall ist durch einen stark protrahierten Verlauf ausgezeichnet.

S. M. B., Schraubendreherfrau, 25 Jahre. Vorgeschichte: Keine Belastung. Lernte etwas schwer. Mit 18 Jahren Heirat. 3 gesunde Kinder. Immer leicht erregt und verstimmt. Letzte Geburt 29. September 1918. Im letzten halben Jahr der Gravidität „schwermütig“, weinte viel, wurde mit der Arbeit nicht fertig. Schreckhafte Träume. Angst vor Partus. 26. 9. Grippe mit hohem Fieber, z. Zt. der Geburt 39°. Seit 6. 10. kein Fieber mehr. Am 11. 10. wegen „Lungenkatarrh“ ins Krankenhaus Hadersleben, am 13. 10. verwirrt. Verwirrtheit nahm allmählich zu.

21. 10. 1918 Aufnahme hier: Hochgradige Erregung, heftiges Widerstreben, motorische Unruhe, Schreien. Verbigeriert öfter, spricht durcheinander, zeitweilig ängstlich. Zeitlich und örtlich desorientiert. Sagt, sie habe nichts Böses getan. Nicht zu fixieren. Am Aufnahmetag zunächst etwas Fieber, dann nicht mehr. Puls klein, beschleunigt. — Weiterhin ruhiger, aber sehr widerstrebend. Verwirrtheit hält an.

Am 25. 10. Menses, 25. 10.—1. 11. hohes remittierendes Fieber, für das keine sichere Ursache gefunden wird.

Am 31. 10. früh Temperatur 41°. Dann ziemlich rascher lytischer Abfall bis zum 4. 11. — Bei einer erneuten Exploration am 31. 10. völlig verwirrt, kaum zu fixieren, antwortet nur auf mehrfache eindringliche Fragen, meist völlig sinnlos. Gibt Alter mit 3 Jahren an. Habe Magenschmerzen.

Verweigert vom 5. 11. ab die Nahrungsaufnahme. Dauerndes Fortdrängen, sonst ruhig.

Isst vom 10. 11. ab wieder selber. Spricht fast garnicht.

Vom 12. 11. ab auf der ruhigen Station, isst allein, wird dann aber jede Nacht unruhig. Im übrigen erheblicher Mangel an Spontaneität, isst auch schliesslich nicht mehr allein. Spricht kaum.

Antwortet am 22. 11. sehr zögernd und leise auf Fragen, muss aufgerüttelt werden. Macht ratlosen Eindruck. Gibt Namen des Mannes an, weiss, dass sie in Kiel ist. Oertlich im übrigen mangelhaft orientiert, zeitlich besser. Verkennt die Umgebung, weiss nicht genau, wie lange sie hier ist. Bestreitet Halluzinationen. Gewisse Krankheitseinsicht. Glaubt, in einem Keller gewesen zu sein. Gibt ihr Alter falsch an. Weiss angeblich von der Geburt und ihrem Kinde nichts; widerspricht sich in ihren Angaben. Löst einige Rechenaufgaben richtig, etwas kompliziertere falsch. Weiss vom Krieg. Antwortet aber sehr zögernd. — Weiterhin sinnloses Widerstreben. Apathisch und teilnahmslos. In den folgenden Tagen wechselt die örtliche und zeitliche Orientierung oft mit Desorientierung. Erstere ist meist erhalten. Hält den Arzt für ihren Schwager, Mann oder andere Personen. Macht bei den Orientierungsfragen häufig kurz hintereinander ganz widersprechende und wechselnde Angaben. Verneint die Fragen nach Stimmen meist, bejaht die nach Gestaltensehn, will Frauen oder Männer sehen, äussert sich aber nicht näher darüber. Ueber die eigene Person, Alter meist orientiert, gibt aber auch einmal am 2. 12. einen falschen Namen an. Drängt weiterhin weniger aus dem Bett. Das sinnlose Widerstreben lässt etwas nach. Sehr still, apathisch. Schreibt auf einer Karte an ihre Eltern statt des Datums ihr Geburtsjahr und falschen Monat (21. 9. 1893). Die Karte ist völlig zerfahren, inhaltslos. Schreibt am 15. 12. geordneter, fragt immer wieder, warum sie nicht nach Hause komme. Wenn ihr Mann sie nicht habe wolle, gehe sie als Dienstmädchen. Sie wolle hier nicht mehr als Sklave behandelt werden. Auf einem Zettel mit der Ueberschrift „Aufsatz“ hat Patientin einige ziemlich sinnlose Sätze zusammenhanglos aneinandergereiht, die sich teilweise reimen: „Auf dem Baume sitzt ein Spatz, unter dem Baume sitzt ne Pflaume. Faulheit mach los, denn Sie wollen bloss usw.“ —

27. 12. Antwortet auf viele Fragen nur ganz kurz mit Kopfschütteln oder antwortet nur kurz mit 1 oder 2 Worten. Oertlich und zeitlich, über eigene Person und Umgebung leidlich orientiert. Sie wolle nach Hause, gehöre hier nicht her. Behauptet, Frauenstimmen zu hören und Männergestalten zu sehen, habe Angst davor. Gibt keine nähere Auskunft darüber.

Weiss am 28. 12., dass sie am Tag vorher exploriert wurde. Oertlich und zeitlich orientiert. A. B. nach ihrem Namen gibt sie erst ihren Mädchennamen an, dann erst den richtigen. Als Grund dafür, dass sie sich immer in die Ecken stellt, gibt sie an, es seien so viele Leute drin. Soll ihr Bett oft nicht finden. Löst einfache Rechenaufgaben richtig, etwas kompliziertere falsch. Antwortet auf Reizworte, jedoch nicht immer und wiederholt dieselben Worte beim Repetieren. — Leerer Gesichtsausdruck. Ratlos. Keine deutliche Affektäusserung. Errötet oft. Gehemmt. Auf Aufforderung, aus dem Zimmer zu gehen, fragt sie „wo soll ich hin?“ Geht erst auf mehrfache Aufforderung. Arbeitet weiterhin etwas, wenn sie dazu angehalten wird. Lacht vor sich hin. Tänzelt und singt vor sich hin, zieht sich an und aus.

Am 3. 1. zeitlich orientiert, örtlich nicht. Hält die Anwesenden für Bekannte. Keine Krankheitseinsicht. Hört angeblich Frauenstimmen, die ihr Angenehmes sagten, Lieder sängen, Geschichten erzählten und ganz in der Nähe seien. Macht über Gestaltensehen verschiedene widersprechende Angaben.

4. 1. Gibt keine Auskunft darüber, warum sie tänzelte, macht einige Taktschläge mit dem Finger, lächelt unmotiviert. Bestreitet, Musik zu hören. Die Stimmen sagten immer Gutes. Will den Arzt nicht kennen. Völlig affektlos, gehemmt. — In den nächsten Tagen zuweilen gereizt, schilt, weil sie ihre Sachen nicht bekommt. Wechselnder Stimmung. Beim Besuch des Mannes ausgesprochene Affektäußerung, weint, will mit. Oefter depressiv, ängstlich, es werde doch nicht besser mit ihr. Schreibt an einen Schuster, er solle ihr Schuhe machen. Blättert in einem Buch, ohne angeben zu können, was sie liest.

Schrieb am 31. 12. einen leidlich geordneten Brief an die Schwester: sie möchte wissen, warum sie hergekommen sei, sie esse immer zu viel, könne deshalb nicht länger bleiben, es komme ihr alles so ein bisschen komisch vor. Ihr Mann wolle sie nicht mithaben, der habe wohl was anderes vor, was sie nicht wissen dürfe. Es komme ihr vor, als ob sie die Schwester im Krankenhaus gesehen habe.

10. 1. Drängt nach Haus. Oft depressiv, ängstlich, äussert, es werde doch nicht besser mit ihr. Vorübergehend grundlos gereizt und erregt. Will nicht aufstehen, weil sie nicht ihre eigenen Sachen bekommt. Weint beim Besuch des Mannes. Blättert in Büchern, kann aber nicht angeben, was sie gelesen hat.

15. 1. Weiter leicht inkohärent. Wechselnder Affekt. Häufiges Fortdrängen. Steht bis zum Dunkeln an den Türen herum und versucht herauszukommen. Ratlos.

31. 1. Ist bei einer heutigen Exploration schwer zu fixieren. Versinkt immer, sieht verträumt, ratlos, leicht depressiv vor sich hin. Antwortet erst nach mehrmaligem Fragen. Fasst schwer auf, unaufmerksam. Befolgt Anforderungen sehr langsam. (Wer bin ich?) schüttelt den Kopf „weiss nicht“. Sie sehe nachts Gestalten, Männer. (Was wollen die hier?) — — — versinkt, sieht verträumt aus, antwortet nicht (Was wollen die hier?) „die Kranken besuchen“. (nachts?) „ne, nachts nicht,“ lächelt. (Wie sehen die Gestalten nachts aus?) „kann mich nicht erinnern“. (Was machen die?) „weiss nicht“. Sie höre schimpfende Stimmen. Gibt darüber keine nähere Auskunft. Sie sei traurig, weil sie nicht nach Haus komme. A. V., dass sie doch zu Haus schon traurig gewesen sei, antwortet Patientin nicht. Ueber eigene Person, Ort, Zeit und Umgebung orientiert. Glaubt, 3 Monate hier zu sein. Ihr Mann habe sie hergebracht. Krank sei sie nicht. Angeblich keine Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Warum der Arzt sie dies alles fragt, vermag sie nicht anzugeben.

2. 2. Weint jetzt öfter. Sehr still. Beschäftigte sich einmal mit Schreiben, sonst wenig Initiative.

8. 2. Kommt heftig weinend ins Zimmer (Warum weinen Sie?) „wollte nach Hause“. (Krank) „nein“ (Wer bin ich?) „weiss ich nicht“ (mich schon

mal gesehen?) „ja“. (Für was halten Sie mich?) — — — (Landwirt, Lehrer, Doktor) „Doktor“. — Oertlich und zeitlich orientiert. — Sie träume viel schreckhafte Dinge, sei leicht schreckhaft. Zuweilen komme es ihr vor, als sprächen die Kranken über sie. Nachts sehe sie ab und zu etwas Schreckhaftes, habe aber vergessen, was es sei. Es sei wohl Täuschung. Sei noch ängstlich. Weint auf Befragen nach ihrem verstorbenem Kind. — Geringe Merkfähigkeitsschwäche. Spricht 6 Zahlen richtig nach, liest die Uhr richtig ab.

12. 2. Drängt in letzter Zeit dauernd fort. Weinte viel. Oft deprimiert. Einsilbig. Mangel an Spontaneität. Heute vom Mann abgeholt.

13. 2. Heute bereits wieder gebracht, bevor der Mann mit ihr nach Haus reisen konnte. War mit diesem bis jetzt bei Bekannten. Wurde sehr unruhig, sprang aus dem Fenster, lief fort. Bei der Aufnahme hier sehr widerstrebend, gehemmt, reaktiv kaum zugänglich, starrt traurig ins Leere. Später mehr affektlos, akinetisch. Lächelt bei Anrede, antwortet nicht, versinkt. Erst auf mehrfachen Fragen sprachliche Aeusserungen. Oertlich orientiert. Auf Befragen, warum sie aus dem Fenster gegangen sei: „Ich will nach Hause“. Bejaht Phoneme wie sonst. Kennt den Arzt mit Namen, trotzdem dieser erst wenige Tage auf der Abteilung ist.

14. 2. Heute plötzlich erregt, nachdem sie Besuch gehabt hatte. Sprang plötzlich aus dem Bett, warf die von den Angehörigen erhaltenen Esswaren fort, rief laut: man gönne ihr das doch nicht. Frau B. wolle sie nicht mehr heissen. Drängte dann weiter aus dem Bett, weinte heftig, verlangte ihre Kleider, verweigerte das Schlafmittel, man wolle sie vergiften. Warf das Bettzeug in den Saal. Beruhigt sich dann allmählich.

18. 2. Wechselnder Affekt. Lacht gelegentlich vor sich hin, weint dann wieder. Berichtet heute über den misslungenen Entlassungsversuch. Sie sei fortgelaufen, weil sie nicht im „richtigen Hause“ gewesen sei, gleich nach Haus wollte. Sehr gehemmt. Hält die Klinik für ein „Zigeunerhaus“, den Arzt für ihren Mann! Zeitlich ungenau orientiert. Leichte Merkfähigkeitsschwäche. Reihenaufsagen (Monate rückwärts) gelingt nicht. Zeigt weiterhin meist ein etwas gehemmttes Wesen, oft deprimiert. Zuweilen auch gereizt, ärgerlich. Wirft dann die Kleider in den Saal, will nicht aufstehen, weil sie ihre eigenen Kleider nicht erhält. Einsilbig. Mangel an Spontaneität.

Gegen Ende März freier und besserer Stimmung. Spricht mehr. Zum ersten mal wieder Menses.

Anfang April wieder deprimierter. Weint am 1. 4. zeitweise heftig. Gereizt. Schlägt eine alte Frau, die sich bei ihr am Bett zu schaffen macht, weint, schilt, wird erregt, wirft das Essen auf den Fussboden, glaubt, die Alte habe sie behext. Nachts dauerndes Fortdrängen, schreit, schilt, greift die Pflegerin an: „Wenn ihr mich nicht nach Hause lasst, hau ich“. Gibt Stimmenhören zu, spricht sich aber nicht näher darüber aus. Hält einige Tage an der Idee des Behextseins fest. Auch in den nächsten Tagen recht gereizt.

Wirft am 3. 4. plötzlich den Teller mit Essen in den Saal. „Ich will nach Hause, gebt mir was Anständiges zu essen, den schwarzen Kaffee und Marmelade habe ich $\frac{1}{2}$ Jahr lang genug gefressen“. Weint dann. — Lacht zuweilen

laut vor sich hin. Oft verstimmt, mürrisch, ärgerlich, wenn der Mann nicht kommt.

10. 4. Noch häufig etwas abweisend, wie gesperrt. Liest aber eifrig und scheinbar mit Verständnis ihre dänische Zeitung. Gibt a. B. zu, dass sie wirr im Kopf gewesen sei. Höre jetzt noch Stimmen, kümmere sich aber nicht darum, weiss nicht, woher die Stimmen kommen. „Das ist gewiss nur Einbildung.“ Wiederholt auf Befragen, dass sie nach Haus wolle, Sehnsucht nach ihren Kindern habe. A. B. warum sie so stille sei: „weils mir so fremd ist, die Leute!“ Alles komme ihr verändert vor. Hält an der Idee des Behextsein durch die alte Frau fest. Erkennt Vorgänge auf einem Münchener Bilderbogen richtig. Merkfähigkeit leicht herabgesetzt. Löst einige Rechenaufgaben im Kopf richtig. Weiss trotz Zeitungslesens nichts von den aktuellen Ereignissen.

13. 4. Nachsprechen von 6 Zahlen gelingt heute gut. Merkfähigkeit gut. Rechenaufgaben (Monate rückwärts) fehlerhaft. Oertlich und zeitlich orientiert. Kann sich an die Geburt erinnern, weiss auch, dass ihr Kind gestorben ist, wann, weiss sie nicht. Kann sich erinnern dass sie Ref. für ihren Mann, dem er ähnlich sehe, hielt, dass sie heruntänzelte, lachte. Vermag einen Grund für dies Verhalten nicht anzugeben. Weiss, dass sie erst auf die unruhige Station kam, die Pflegerinnen trat, laut schrie. Habe nicht auf die Abteilung wollen, hatte Angst. Hatte angenommen, aus dem Krankenhaus H., in dem sie gewesen war, nach Haus zu kommen. Dass sie „Meta“ schrie, verbigerierte, ihr Alter mit 3 Jahren angab, wisse sie nicht. Meta habe eine Frau im Krankenhaus H. geheissen. — Auf Reizworte erfolgen sehr einförmige Antworten, zum Teil erst nach 5—18 Sekunden, offenbar infolge von gedanklicher Sperrung. Jedoch kein Negativismus. Leichte Bewegungsarmut. Etwas verträumter und trauriger Gesichtsausdruck. Weigerte sich verschiedentlich, sich anzuziehen, gehe nicht gern in solchen Lumpen, wolle nach Hause. Weint: „Ich mag nicht hier sein, ich habe Heimweh“. Sie werde hier von allen schlecht behandelt; sie merke das am Essen, der Kleidung, alles sei schlecht. Es sei ihr, als wenn sie schlechtere Kleidung und schlechteres Essen bekomme als andere. „Ich mag das nicht essen, es ist zu unappetitlich“. Man gebe ihr das Schlechteste, weil man sie weg haben wolle. Wer sie eigentlich weg haben wolle, wisse sie nicht. Wiederholt immer wieder: „Ich will nach Haus!“ „Hier wird man nicht gesund“. Die alte Frau F. habe sie mit der Hand angerührt und behext. Die Schweinerei da drin mache auch Frau F. Das Essen da sei doch nicht für Menschen. Gibt zu, noch leicht gereizt und misstrauisch zu sein. — Spricht weiter leise, in Pausen. Lächelt über einen Scherz. Sie höre immer noch ein Flüstern, aber nur am Tage, vermag Näheres nicht darüber anzugeben. — Weiterhin mürrisch, verdrüsslich.

17. 4. Entlassen.

Aus einem geordneten Brief der Patientin vom 25. 6. 19 ist zu entnehmen, dass die subjektiv empfundenen Denkstörungen allmählich geschwunden sind, dass die anfangs noch labile Stimmung in den letzten 4 Wochen eine gute, gleichmässige geworden ist, dass die Patientin den Haushalt selbständig besorgen kann.

Bei der ausgesprochen neuropathischen Frau, die bereits in der Gravidität eine labile Stimmung mit allerhand Befürchtungen zeigte und drei Tage vor dem Partus an Grippe mit hohem Fieber erkrankte, entwickelte sich im Puerperium etwa 17 Tage nach Beginn der Grippe, während noch eine fieberhafte Bronchitis bestand, eine schwere akute Verwirrtheit mit Bewusstseinstörung, Inkohärenz, Orientierungsstörungen, lebhafter psychomotorischer Unruhe, Rededrang, ängstlich-depressivem Affekt, Nahrungsverweigerung, flüchtigen Versündigungsideen. Die anfängliche Erregung machte sehr bald einer ausgesprochenen Hemmung mit anhaltender Ratlosigkeit, wechselnd tiefen Orientierungsstörungen, die aber zuweilen einen hohen Grad erreichten und sich auch auf die eigene Person erstreckten, mit Merkfähigkeitsschwäche, wenig intensiven Gesichts- und Gehörstäuschungen Platz. Die Stimmungslage war wechselnd ängstlich oder indifferent. gelegentlich zeigte die Kranke auch ein etwas läppisches Verhalten mit oberflächlich-heiterem Affekt: tänzelte, schlug Takt, was offenbar mit Sinnestäuschungen zusammenhing. Wie erwähnt, zeigte die Psychose einen ausgesprochen protrahierten Verlauf. Die Inkohärenz besserte sich nach etwa 2 Monaten etwas, so dass die Kranke leidlich geordnete Briefe schreiben konnte, jedoch ergab sich schon aus dem Inhalt derselben das Fortbestehen der Ratlosigkeit, die auch nach Besserung der Orientierung nicht ganz schwand. Die Sinnestäuschungen, und zwar Gehörstäuschungen spielten äusserlich auch hier nur eine untergeordnete Rolle. Im letzten Stadium zeigte sich immer noch eine ausgesprochenen Denkerschwerung, die besonders bei Rechenaufgaben hervortrat, verbunden mit einer gewissen Sperrung, eine recht labile Stimmung, eine erhebliche Reizbarkeit, ausgesprochene Beeinträchtigungsideen (Angst, behext zu sein, die Empfindung schlechter, als andere behandelt zu werden). Auch die Sinnestäuschungen, gelegentliche Gehörstäuschungen waren noch nicht ganz geschwunden, als die Kranke nach 6monatlicher Krankheitsdauer entlassen wurde. — Bei der öfter hervortretenden, rein gedanklichen Sperrung gegen die Aussenwelt, der scheinbar zuweilen etwas indifferenten Affektlage, dem zeitweise läppi-schen Gebaren, wurde bei der Kranken vorübergehend an eine Schizophrenie gedacht, zumal auch schon in der Gravidität eine gewisse Depression bestanden hatte. Da diese jedoch nicht erheblich war, und sie sowohl wie die spätere Psychose auf disponiertem Boden unabhängig von einander entstanden sein können, da ferner die Ratlosigkeit, die ausgesprochene Erschwerung der Denkleistungen, Merkfähigkeitsstörungen vorherrschten und doch bei Besuchen und in dem Fortdrängen der Kranken eine ausgesprochene affektive Erregbarkeit hervortrat, dagegen keine dauernde gemüthliche Verblödung nachzuweisen war, da schliess-

lich auch eine weitgehende Besserung und schliessliche Heilung eintreten, muss doch eine protrahiert verlaufende Amentia angenommen werden.

Im folgenden Fall handelt es sich um eine Amentia mit Beteiligung stark endogener Momente an der Entwicklung der Psychose.

9. T., Verkäufersfrau, 43 Jahre. Vorgeschichte: Eine Schwester 1910 hier wegen Melancholie behandelt. Pat. als Kind viel krank, mit 20 Jahren Gelenkrheumatismus. Lernte gut. Mit 25 Jahren Heirat, mit 26 und 29 Jahren schwere Zangengeburt. Nach der ersten Geburt etwa 1903 drei Tage lang „merkwürdig“, verwirrt, schrie laut; kein Fieber. Von jeher leicht erregbar, reizbar, leicht verletzt, launenhaft. Dem Mann gegenüber tagelang trotzig und schweigsam. Zur Zeit der Menses Steigerung aller dieser Anomalien. Schrie dann gelegentlich auch abends im Bett laut und war unruhig. Vom 15. 12. 1913 ab nach Streit mit dem Mann 6 Tage lang nicht mit diesem gesprochen, arbeitete aber im Haushalt. Dann plötzlich akute Erregung mit Ratlosigkeit, griff den Mann mit der Hutnadel an, schrie, schlug um sich, tobte, sprach wirr durcheinander, äusserte dabei, ihr Mann habe sie im Garten aufhängen wollen, ihre Mutter sei gestorben.

1. Aufnahme am 21. 12. 1913 bis 5. 1. 1914: Heftigste Erregung mit lebhaftem Widerstreben, Aggressivität, wütend-zorniger Affekt. Wiederholt die an sie gerichteten Aufforderungen in drohendem Ton. Aufmerksamkeit rege. In Packung ruhiger. Oertlich und über Umgebung orientiert. Berichtet über ihre Vorgeschichte und über Differenzen mit dem Mann und der Schwiegermutter. Der Mann habe ihr so scharf ins Auge gesehen, habe das nicht vertragen können; weil er sagte, sie mache ihm alles schwer, habe sie geglaubt, er könne sich etwas antun. Weiss, dass sie schrie, um sich schlug, als sie ins Krankenhaus sollte. Habe schreien müssen, habe das Herz verloren. Der Mann habe Leute zu Hilfe geholt, sie sei bange gewesen, vor all den Gesichtern. Das Toben sei nur „Herzenskrankheit“ gewesen. Normale Temperaturen. In der Nacht zum 22. 12. erneutes Toben und Schreien. Morgens starke halbängstliche Spannung, gespannter Gesichtsausdruck, Herabsetzung der Aufmerksamkeit. Plötzlich Ausbrüche wilder triebhafter Erregung mit Schreien, Angreifen.

23. 12. Kauert ganz zusammengebogen auf dem Fussboden, berührt taktmässig mit dem Kopf den Boden, lässt die Haare struppig herabhängen.

26. 12. Immer noch zeitweilig hochgradig erregt. Zu anderen Zeiten ruhiger. Spricht aber verwirrt durcheinander. Völlige Nahrungsverweigerung, bei Sondenfütterung heftigstes Widerstreben. Völlig verworren, nicht zu fixieren, antwortet nicht. Spricht spontan unverständlich, unzusammenhängend. Spricht den Arzt richtig mit Herr Dr. an.

29. 12. Katatoniehaltungen, negativistische Sperrungen, triebhaftes Fortdrängen oder sinnloses Widerstreben. Abstiniert weiter.

1. 1. 1914. Mit einem Schlage ruhig geworden, leidlich klar. Steht der Situation, in der sie sich befindet, mit Affekt gegenüber. Klagt über Unruhe

der Umgebung und bittet um Verlegung auf eine andere Abteilung. Sie sei jetzt ganz gesund.

2. 1. Weiter ruhig, klar, besonnen. Während der Zeit der Erregung habe sie immer geträumt, dass Weihnachten sei, dass sie Besuch habe, dass man sie eingeschlossen habe und sie nun nicht heraus könne. Darum habe sie immer mit dem Kopf auf den Fussboden geklopft und gegen die Türen geschlagen. Weiss aber vom Abstinieren nichts, jedoch von Sondenfütterung; kann sich nicht erklären, warum das geschehen.

5. 1. Bleibt ruhig und geordnet. Erinnerung an Höhepunkt der Krankheit lückenhaft. Führt Erkrankung selbst auf die Differenzen mit dem Mann bezw. die Angst, er könne sich was antun, zurück. Keine Halluzinationen, Wahnideen, katatone Erscheinungen mehr. Entlassen. Hier keine Menses. Soll nach Angabe des Mannes gesund geblieben sein.

Am 2. 3. 1919 Grippe mit Kopfschmerzen, Mattigkeit, Fieber.

Am 12. 3. mit doppelseitiger Bronchopneumonie ins städtische Krankenhaus Kiel.

Klagt am 14. 3. über Schlaflosigkeit und „Albdrücken“. Nach Fieberabfall in der Nacht vom 15. auf 16. 3. sehr unruhig, will nachts einen Menschen am Bett vorbeigehen gesehen haben.

Am 18. 3. zeitweilig „unklar“, spricht verwirrt, grosse motorische Unruhe, bettflüchtig.

Am 19. 3. gespannt, sitzt aufrecht im Bett, starrt geradeaus, stösst laute Schreie aus. Zeitweise grosse motorische Unruhe. Jetzt gut. Sagte gestern dem Mann, er solle ihr was erzählen, sonst verliere sie das Gedächtnis, sterbe. Erkannte den Mann heute nicht mehr.

2. Aufnahme in die Klinik am 20. 3. 1919. Körperlicher Befund: Grösse 157 cm. Gewicht 51,5 kg. In den ersten drei Tagen normale Temperaturen, unter 37°. Puls 84. Sonst ohne Besonderheiten.— Vollkommen stuporös, auffallend verblüffter und ratloser Gesichtsausdruck. Lässt Stuhl und Urin unter sich. Sieht den Arzt mit aufgerissenen Augen an. Zeitweilig Echominie. Spricht aber nicht, antwortet nichts. Befolgt Aufforderungen gewöhnlich nicht. Lässt zuweilen die passiv erhobenen Beine stehen; sonst aber keine kataleptischen Erscheinungen. Nachts 3 Uhr plötzlich lautes Singen. Morgens 21. 3. wieder stuporös, unterbrochen von lautem triebartigem Schreien und triebartigen Handlungen, Emporklettern am Fenster, Nahrungsverweigerung. Nachmittags stark gespannt, starrer Gesichtsausdruck, Hände und Finger krampfhaft gestreckt. Mutistisch.

22. 3. Nachts dauernd ausser Bett, erst auf Morphinum-Duboisin ruhiger. Dann sehr erregt, schrie fürchterlich, verzerrte das Gesicht. Legt sich an die Wand und streckt die Beine an der Wand hoch.

23. 3. Heute Temperatur 38,2/38,5°. Weiter sinnlose, triebartige Erregungen mit Schreien. Nicht im Bett zu halten. Weint nach einer Packung. Schreit laut: „Das hätte ich nicht gedacht. Ich bin schon längst tot, wir sind in Amerika, Wasser, Wasser!“ Nachmittags nach der Sondenfütterung klar.

Fragt, wie sie hergekommen sei, was ihr fehle, entschuldigte sich, weil sie eingenässt habe, ass das Abendbrot selbst.

24. 3. Temperatur 37,5/37,7°. Nachts wieder heftige Erregung, dabei starke Anspannung der ganzen Körpermuskulatur, Zähne zusammengebissen. Heute deliranter Zustand, verbigert: „hier ist doch Kiel, hier ist doch Kiel“. Aeusserst ängstlich, ratlos, zittert stark, greift wie suchend nach der Hand des Arztes. Erklärt den Arzt für den Herrn Professor aus Lütjenburg, dann für den aus Kiel. Nennt ihn dann fälschlich Dr. St., den sie von der ersten Aufnahme kennt. Macht plötzlich Bewegungen mit den Händen, die ihr vor einigen Tagen zur Feststellung der Echopraxie vorgemacht waren. Spricht fortwährend durcheinander „das Bild, das ich sehe, ist Kiel, ich suche doch das erste Geschenk, das ist Kiel, ach dann sing doch, sing doch mal“.

25. 3. Temperatur 35,7/38,4°. Nachts unruhig. Verkennt ihre Umgebung, sieht Mutter und Schwester hier. Etwas ruhiger und zugänglicher. Aber noch sehr gespannt, ängstlich, ratlos. Isst allein. Glaubt im Zuchthaus zu sein. Halluziniert offenbar.

26. 3. Temperatur 37,8/38,5. Menses. Wühlt im Bettherum. Sonst ruhiger.

27. 3. Temperatur 37,8/38. Menses. Motorisch erregter; Drehen der Arme, Umwenden der Bettdecke u. a. Automatismen. Ängstlich ratloser Gesichtsausdruck. Will aber keine Angst haben.

28. 3. Temperatur 37,0/39,5°. Angina.

29. 3. Tags über ruhiger, nachts noch unruhig.

30. 3. Spricht beim Besuch des Mannes wenig. Temperatur 38/38,5°.

31. 3. Temperatur 38,2/39,5. Unruhig, ängstlich, weint. Hört offenbar schreckhafte Stimmen, Personenverkenning. Nicht zu fixieren. Im Urin keine abnormen Bestandteile. An der linken Halsseite schmerzhaftes Infiltrat, Punktion ergibt Eiter.

2. 4. Nach 3 tägiger Pause wieder Menses. Fieber hält noch an. Noch völlig verwirrt. Sieht schwarze, grüne Katzenaugen. Abszess am Halse wird eröffnet.

5. 4. Fieber hält an. Personenverkenning. Glaubt hier im Theater, tot zu sein, weil sie nur ein Auge habe.

9. 4. Weiter Fieber zwischen 38 und 39°. Verkennt immer die Personen der Umgebung. Sehr ängstlich. Glaubt, in einem Leichenhaus zu sein, der Blitz habe eingeschlagen. Wimmert vor sich hin, spricht oft die Namen der Verwandten aus. Nur selten zu fixieren.

10. 4. Temperatur 37,9/38,8. Ausgesprochenes Beschäftigungsdelir, kniet im Bett, zupft an der Decke, zieht die Betttücher ab, schlägt die Decke um ihren Körper, kriecht ans andere Bettende, stellt sich aufrecht, streckt die Hände aus, faltet sie zum Gebet, blickt ängstlich nach oben, unter die Betten, in die Ecke. Im Urin Spuren von Eiweiss, 0 Zylinder.

11. 4. Temperatur 37,8/38,2°. Abszess an der Wade, wird gespalten.

15. 4. Temperatur zwischen 37,5 und 38,5°. Verkennt noch die Umgebung, benennt die Aerzte teils richtig, teils falsch. Sprache eigenartig näselnd. Spricht sehr schnell, so dass sie oft kaum zu verstehen ist. Angst

heute geringer. Lebhaftige Gesichtstäuschungen, sieht Wölfe, Hunde, Schlangen. Unruhig. Kommt viel aus dem Bett.

18. 4. Kein Fieber, immer noch Gesichtshalluzinationen, zeitweise besonders nachts sehr unruhig.

19. 4. Kein Fieber. Oertlich desorientiert, glaubt, in Schleswig zu sein. Etwas klarer. Glaubte, durch die Lungenentzündung krank geworden zu sein. Will Angst vor den Verwandten gehabt haben, die sie vor dem Fenster stehen sah.

24. 4. Gestern wieder erregter, lief herum, entkleidete sich, legte sich vor einer anderen Patientin auf den Fussboden. Heute ruhiger, weniger ängstlich. Verkennt die Umgebung, hält die anderen für ihre Verwandten, ihre Bettnachbarin für „ein Schweinchen“. Lässt sich das Essen noch reichen.

28. 4. Will nachts nicht geschlafen haben, da ein schwarzer Pudel in ihrem Bett war. Dieselben Personenverkennungen. Kein Fieber mehr.

29. 4. Heute wesentlich klarer, geordneter, ruhig. Weint, ausgesprochen depressiver Affekt. Traurig, weil sie nicht nach Hause komme. Weiss, dass sie Lungenentzündung hatte, ins Krankenhaus kam. Leidliche Erinnerung für die erste Zeit hier, bezeichnet richtig das Bett, in dem sie zuerst lag, ist sich aber noch nicht ganz klar darüber, ob sie jetzt „in der Nervenklinik“ oder dem „Krankenhaus“ ist, obwohl sie weiss, dass sie früher einmal hier war. Glaubte in der Stadt Schleswig zu sein. Bezeichnet die Schwester noch als ihre Schwägerin, sie sehe ihr so ähnlich. Wie lange sie hier ist, weiss sie nicht. Als eine andere Patientin laut redet, sagt sie: „ist das nicht Elisabeth Schl. von H., die macht doch immer solchen Krach“. Zeitlich nicht orientiert, es sei wohl Herbst. Als sie krank geworden sei, sei doch noch Krieg gewesen. Sie habe immer Angst gehabt vor einem Pudel, der unter ihr Bett kam. In Wirklichkeit sei der Pudel ein ihr bekanntes Mädchen gewesen, das eine Pudelmütze aufhatte, sie habe dasselbe an ihrer Stimme erkannt. Es sei immer sehr neidisch auf sie gewesen. Ihr Schwager und Schwägerin lägen hier im Bett und rissen sie an den Haaren. Redet dann wieder konfus durcheinander. Halluzinationen werden geleugnet, jedoch bestehen noch illusionistische Umdeutungen. Sei jetzt immer müde, sei bange, nicht wieder nach Haus zu kommen. Fasst gut auf, antwortet prompt, noch ängstlich, zittert, klammert sich an den Arzt, weint.

30. 4. Klar, zugänglich, schreibt einen Brief. Deutlich depressiver Affekt, habe Heimweh. Alles sei ihr wie ein schwerer Traum gewesen. Oertlich und zeitlich orientiert, wenig Erinnerung an die Zeit der Erregung, weiss nur, dass sie grosse Angst hatte, sie sei von jeher ängstlich und schreckhaft gewesen. Erkennt die Aerzte richtig; die Pflegerin habe sie für ihre Schwägerin gehalten, weil jene dieser ähnlich sehe, was nach Angabe des Mannes richtig ist. Halluziniert nicht mehr.

2. 5. Vollkommen klar, ruhig, orientiert. Sie sei von klein auf ängstlicher Natur gewesen. Könne sich auf die Aufnahme hier nicht besinnen, weiss nichts von dem Halsabszess, jedoch von sonstigen Einzelheiten. Klagt noch über Schwäche in der rechten Hand. Somatisch keine Störungen.

3. 5. Klar, orientiert. Guter Stimmung.

5. 5. Entlassen.

Nachuntersuchung am 27. 5. 1919: Auffassung, Aufmerksamkeit ungestört. Stimmung gleichmässig, normaler Affekt. Träumt noch viel. Noch deutliche Merkfähigkeitsschwäche. — Klagt noch über Müdigkeit, über Schwäche im rechten Bein und Kribbeln im rechten Arm. Objektiv nihil. Von dem Singen hier, vom Stupor, vom Weinen weiss Pat. nichts. Weiss, dass sie viel träumte, nachts andere Kranke aus den Betten kamen, den Arzt Professor nannte, aber nicht, dass sie glaubte, er sei aus Lütjenburg. Habe die Kranken der Abteilung immer schreien hören und habe die Stimmen für bekannte Stimmen, die der Schwester, Schwägerin gehalten. Erinnerung sich, dass sie glaubte, in einem Leichenhaus zu sein. Das komme daher, dass sie dachte, sie sei in Sonderburg, wo ihr Neffe an Grippe gestorben sei, dass sie hier einmal Feuerwehrleute einen Korb (Tragbahre) tragen sah. Weiss von ihrer Angst nichts, sie sei bei Krankheiten immer etwas ängstlich. Weiss nichts von dem Inzidieren des Hals- und Wadenabszesses, habe nur den Wadenverband gesehen, erinnert sich nicht an die Halluzinationen.

Die schwer belastete offenbar psychopathische 42jährige Patientin machte bereits im 26. und 37. Jahre Psychosen von kurzer Dauer durch. Die erste ist als Verwirrtheitszustand mit Erregung gekennzeichnet, der im Puerperium auftrat und 3 Tage dauerte; die 2. Psychose brach ebenfalls im Anschluss an eine exogene Schädigung, eine heftige Emotion, aus, und ist auch als ein akut ausbrechender Verwirrtheitszustand mit Bewusstseinsstrübung, Ratlosigkeit, tobstüchtiger Erregung, anfänglichen Beeinträchtigungsideen und ängstlichen Befürchtungen, später Wechsel von heftigen triebartigen Erregungen mit stuporösen Phasen ängstlicher Spannung, automatenhaften rhythmischen Bewegungen, eigenartigen Stellungen, negativistischen Sperrungen, also katatonen Symptomen, herabgesetzter Aufmerksamkeit, völlig verworrenem Gedankengang zu bezeichnen. Am Aufnahmetage trat plötzlich und schnell vorübergehend eine fast völlige Aufhellung ein. Die Psychose kam nach 12 Tagen ebenso plötzlich, wie sie aufgetreten war, zum Abschluss. — Gelegentliche, ganz kurze Erregungen zeigten sich sonst auch zuweilen während der Menses.

Bei dieser also mit schwerer Anlage behafteten Kranken brach im Verlauf der Grippe nach nervösen Prodromalsymptomen kurz nach Fieberabfall ein Verwirrtheitszustand aus mit Gesichts- und Gehörstäuschungen, anscheinend ängstlicher Art, eigenartigen hypochondrischen Befürchtungen (verliere das Gedächtnis, sterbe), Bewusstseinsstrübung und Ratlosigkeit, zuweilen besonders hervortretender Störung des Persönlichkeitsbewusstseins, ausgesprochenen Personenverkennungen, örtlicher Desorientierung (glaubt im Theater, Zuchthaus, in Schleswig zu sein), heftiger motorischer Erregung, die mit durch Ratlosigkeit beson-

ders gekennzeichneten stuporösen Phasen wechselte und einige Male den ausgesprochenen Charakter des Beschäftigungsdelirs bekam, sonst einen stark triebartigen Eindruck machte und öfter mit automatenhaften Bewegungen, sinnlosem Schreien verbunden war. Die sprachlichen Aeusserungen wurden sehr schnell und meist unverständlich vorgebracht, Neigung zum Verbigerieren war gelegentlich deutlich. Der Affekt war häufig ängstlich, zeitweilig auch indifferent. Nach etwa 6 wöchigem Bestehen der Psychose wurde die Kranke ruhiger und nach wenigen Tagen klarer, zeigte eine bessere Orientierung und Auffassung, geordneteren Gedankengang, aber noch ausgesprochene Verfälschungen des Wahrgenommenen, Verkennung der Umgebung, ängstlichen Affekt, ermüdete noch bei längeren Unterhaltungen und wurde danach wieder verwirrt. Völlige Aufhellung trat dann sehr schnell ein, so dass die Psychose nach etwa 6 $\frac{1}{2}$ wöchiger Dauer abgeklungen war. Die Erinnerung an die Zeit der Psychose blieb eine lückenhafte, war aber keineswegs ganz aufgehoben. Die Kranke konnte einen Teil ihrer Situations-täuschungen noch mit früheren Erlebnissen in Verbindung bringen und durch diese erklären. Gewisse funktionelle Beschwerden sowie eine Merkfähigkeitsschwäche bestand noch fort. Der Affekt war ein durchaus den Umständen entsprechender. — Naturgemäss muss man hier bei der schweren Belastung und Disposition der Kranken und dem wiederholten Auftreten ausgesprochener Psychosen an rein endogene Formen denken; in Frage kommen katatonische, depressiv-deliriöse bzw. manische Zustände. An letztere wäre deshalb auch zu denken, weil die Schwester eine Psychose aus dem manisch-depressiven Kreise überstand. Im übrigen spricht aber auch alles gegen manische Zustände: ein gehobener Affekt fehlte völlig, der Wechsel zwischen Stupor und Erregung spricht gegen eine Manie. Die Bewusstseinstrübung war nicht nur auf der Höhe der Erregung wie sonst bei manischen, sondern auch in den stuporösen Phasen vorhanden und durch eine ausgesprochene Ratlosigkeit gekennzeichnet. Auch die katatonen Symptomie, die Sperrung passen nicht recht in das Bild der manischen Erregung. Bei einer solchen hätte man erwarten dürfen, dass wenigstens vor und nach der Erregung eine manisch gefärbte Stimmungslage zutage treten würde. Sie fehlte aber völlig. Eine periodisch auftretende Manie kann daher ausgeschlossen werden. In Betracht kommen könnten weiter die von Kraepelin geschilderten deliriösen Depressionszustände, jedoch zeigte die Kranke abweichend von diesen keinen einheitlichen ängstlichen Affekt und äusserst heftige Erregungen, die bei jenen Depressionen nicht aufzutreten pflegen. Der depressive Affekt fehlte auch besonders

in vorübergehenden klareren Momenten. Eher noch käme eine Katatonie in Schüben in Frage, zumal ausgesprochene katatone Symptome und Sperrung nicht selten hervortraten. Aber auch gegen Annahme dieser Psychose lassen sich gewichtige Gründe anführen. Die beiden ersten im 26. und 37. Lebensjahr auftretenden Psychosen waren von so kurzer Dauer (3 und 12 Tage), wie sie eigentlich bei echten Katatonien nicht vorkommt. Ein Mangel an Affekt, besondere Verschrobenheiten oder sonstige Anzeichen eines katatonen Defektzustandes bestanden zwischen und nach den einzelnen Erkrankungen nicht, im Gegenteil war während der Erregung öfter ein ängstlicher, nach Abklingen der Erregung zunächst noch ein depressiver, dann normaler Affekt festzustellen. Gegen die Katatonie spricht der Umstand, dass die schwere Bewusstseinstrübung mit Ratlosigkeit, Personenverkenning, illusionären Verfälschungen des Wahrgenommenen auch während der stuporösen und ruhigeren Phasen bestehen blieb, während andererseits gelegentlich für ganz kurze Zeit eine vorübergehende Aufhellung eintrat. Auch die zeitweilig hervortretende deliriöse Färbung nach Art des Beschäftigungsdelirs wäre für eine Katatonie etwas durchaus Ungewöhnliches. Aus allen diesen Gründen wurde auch eine Dementia praecox hier für vorliegend erachtet. Hinzu kommt, dass als Ursache der 3 psychischen Erkrankungen jedesmal ein exogenes Moment nachgewiesen werden konnte, das erste Mal das Puerperium, das zweite Mal eine heftige Emotion, das dritte Mal die Grippe. Dass die Emotion allein bei einem nicht psychopathischen Menschen eine so schwere nicht psychogene Psychose hervorgerufen haben würde, ist nicht anzunehmen; sicher spielt hier die Anlage eine grosse Rolle, was auch bei den beiden anderen Erkrankungen anzunehmen ist, wenn auch hier die exogenen Momente noch stärker ins Gewicht fallen. Wir sind also genötigt, die bei der Frau K. in der Klinik beobachteten beiden Psychosen unter die katatone Form der Amentia einzureihen. Dafür spricht neben dem Auftreten einer kurzen Depression nach Abklingen der Erregung, ferner neben der noch längere Zeit nach Abklingen der eigentlichen Psychose nachzuweisenden Merkfähigkeitsschwäche, die ja gerade auf die exogene Pathogenese der Psychose hinweist, die ganze Reihe der aufgezählten Symptome wie die Bewusstseinstrübung, die Neigung zu illusionären Verfälschungen, die Sinnestäuschungen, die mit stuporösen und deliranten Phasen abwechselnde Erregung, die vorübergehenden klaren Momente, die partielle Amnesie. Der Fall ist noch zu den febrilen Psychosen gerechnet, trotzdem er nach dem ersten Fieberabfall zum Ausbruch kam, weil später wieder Fieber und Abszesse auftraten, im übrigen auch noch eine Nephritis nach der Grippe fortbestand.

Um kürzere und leichtere Erkrankungsformen bei jugendlichen Individuen handelt es sich in den 3 folgenden, nur kurz poliklinisch untersuchten Fällen:

10. Karl P., Arbeiterssohn, 15 Jahre. Vorgeschichte: Mutter vor 5 Jahren wegen Schlaganfalls aufluetischer Basis hier behandelt. Sonst keine Belastung. Normale Entwicklung. Lebhaftes Kind. Schulleistungen etwas unter mittel, besucht die 1. Klasse. Etwa am 24. 9. an Grippe mit hohem Fieber erkrankt. Lag 14 Tage. — Als er noch bettlägerig war, anscheinend örtlich desorientiert, sprach vom Zugfahren, meinte, es sei doch kein Sonntag, sprach vor sich hin. Blieb aber im Bette. Nach dem Aufstehen orientiert, war aber „sehr still“, „es war kein Leben in ihm“, wollte immer schlafen. Beschäftigte sich nicht. Apathisch, nicht ängstlich. Von Halluzinationen wurde nichts bemerkt.

Poliklinische Untersuchung am 12. 10. 1918: Gehemmt, starrt vor sich hin. Befolgt aber Aufforderungen. Gibt auf Fragen zögernd und langsame Antworten. Zeitlich nicht orientiert. Löst einige Rechenaufgaben richtig, sagt die Monate vor- und rückwärts richtig auf. Antwortet meist sinngemäss.

Körperlicher Befund: Turmschädel, asymmetrisch, Stirn steil, Ohr-läppchen angewachsen. Dürrtiger Ernährungszustand, blasse Schleimhäute. Puls 92, kräftig. Sonst o. B. W.R. im Blut negativ.

16. 10. Spricht nach Angabe der Mutter seit dem letzten Besuch hier mehr, beschäftigt sich etwas mit Lesen. Pat. gibt heute prompte, geordnete Auskunft. Kann sich an die Grippe erinnern. Sei damals zuweilen wirr im Kopf gewesen, hatte Angst, wenn es dunkelte, glaubte im Garten Hasen, im Bett Schlangen zu sehen, die grün waren und schwarze Linien am Körper hatten. Davor Angst. Weiss, dass er schon hier war. Habe so langsam geantwortet, weil er nicht denken konnte. Das sei jetzt besser. Nicht mehr ängstlich abends, träume noch viel, wache davon auf. Örtlich und zeitlich orientiert. Weiss, dass er früher vor sich hin sprach. Kann den Grund dafür nicht angeben. Die Mutter gibt an, dass Pat. immer noch etwas still sei. Das Denken gehe jetzt gut.

Bei weiteren Besuchen völlig klar, geordnet, orientiert. Gute Schulkennntnisse.

Nachuntersuchung am 1. 3. 1919: Völlig klar, geordnet, ruhig. Guter Stimmung. Lückenhafte Erinnerung an die Zeit der psychischen Störungen. Kann einen Grund dafür, dass er so still war, nicht angeben, traurig sei er nicht gewesen. Örtlich und zeitlich völlig orientiert.

Kurzer, wahrscheinlich während des Fieberstadiums der Grippe einsetzender deliranter Verwirrtheitszustand mit Orientierungsstörungen, flüchtigen abendlichen Gesichtshalluzinationen, bei einem 15 jährigen, nicht nachweislich disponierten, aber schwächlichen und mit körperlichen Degenerationszeichen behafteten Jungen, dessen Mutter an Gehirnlues litt, bei dem selbst sich aber keine Anhaltspunkte für Lues

fanden. Nach Ablauf des Fiebers Uebergang des Verwirrheitszustandes in einen apathischen Hemmungszustand mit Denkerschwerung, mangelhafter Orientierung, der noch etwa 9—10 Tage nach Ablauf der Grippe anhält, dann langsam und restlos abklingt. Die Bewusstseinstrübung war im ganzen nicht tiefgehend, die Erinnerung an die Krankheitsvorgänge, wenn auch nicht völlig, so doch ziemlich weitgehend erhalten, das ganze Krankheitsbild ziemlich kurz und flüchtig, so dass von einer Amentia nicht gesprochen werden kann. Ausgesprochene Züge des Korsakow'schen Symptomenkomplexes liessen sich ebenfalls nicht nachweisen.

11. H. S., Decksjunge, 17 Jahre. Vorgeschichte: Keine Belastung. Als Kind kränklich. Englische Krankheit. Mit 12 Jahren Typhus. Lernte auf der Schule schwer. War dem Unterricht gegenüber teilnahmslos. „Konnte kaum einen einfachen Satz nachsprechen.“ Erreichte das Ziel der 2. Klasse nicht. Während der Schulzeit mehrfach gestohlen. Leidet jetzt noch zeitweise an Bettnässen. Soll angeblich in der Stellung als Decksjunge Ausreichendes leisten. — Etwa am 4. 9. 1918 an Grippe mit Fieber, Luftröhrenkatarrh erkrankt. Lag 2 Wochen. Während der Krankheit wirr, „etwas zerstreut“, gab verkehrte Antworten, stellte eigentümliche Fragen. Seitdem sehr still.

Poliklinische Untersuchung am 25. 9. 1918: Still. Wenig Spontaneität. Gibt geordnete Auskunft. Zeitlich und örtlich orientiert. Weiss nicht, weshalb er so still ist. Spricht wenig, „einsilbig“. Löst einige Rechenaufgaben aus dem kleinen und grossen Einmaleins richtig.

Körperlicher Befund: Rechte Mandel stark geschwollen. Harter Gaumen schmal, hoch, Stirn steil. Dürrtiger Ernährungszustand. Körperhaare noch nicht entwickelt. — Weiterhin gutes Befinden.

Nachuntersuchung am 15. 2. 1919: Gibt heute an, dass er erst wirr im Kopf geworden sei, als er nach Ueberstehen der Grippe aufstand. Führte Aufträge falsch aus, verstand verkehrt, was der Vater ihm sagte. Schief schlecht, träumte viel, schreckte dabei auf, dachte, es sei jemand im Zimmer, hörte im Halbschlaf die Tür aufgehen, erwachte dann. Angeblich keine Angst oder Depression. Vergass, was ihm gesagt wurde, nach einigen Minuten. Als die Mutter ihn fragte, wann er geboren sei, habe er es nicht gewusst und gleich wieder vergessen. Konnte schlecht denken, sich schlecht konzentrieren. Nach 8 Tagen war alles gut. Nach 14 Tagen wieder gearbeitet. — Keine Merkfähigkeitsstörung. Eine kurze Intelligenzprüfung ergibt recht geringe Allgemeinkenntnisse.

Bei dem 17jährigen imbezillen, schwächlichen und in der körperlichen Entwicklung zurückgebliebenen Jungen zeigten sich während und kurz nach der Grippe Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörungen, Erschwerung der Denkleistungen, ein Mangel an Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, hypnagoge Halluzinationen, ein Mangel an Spontaneität und eine gewisse Hemmung. Es handelte sich offenbar

um ein Zustandsbild mit vorwiegend amnestischen Störungen, wie es im Anschluss an Infektionskrankheiten von Bonhoeffer, Siemerling, Kraepelin usw. beschrieben ist, bei dem aber, wie auch in dem vorhergehenden Fall, eine auffallende Apathie zutage trat. Die psychischen Abweichungen waren hier aber nur ziemlich flüchtige und nicht sehr intensive. Die anfängliche Verwirrtheit war weniger ausgesprochen als im ersten Fall.

12. F. B., Kartoffelhändlerssohn, 8 Jahre. Vorgeschichte: Keine Belastung. Zwillingskind. 4mal Lungenentzündung. Gut auf der Schule mitgekommen. Jetzt in der 5. Klasse. Ende August 1918 Grippe mit Pneumonie. Lag 3 Wochen. Seitdem psychisch verändert, still, weinerlich, apathisch, interesselos. Sprach häufig verwirrt, unverständlich. Hörte nicht auf Anruf. Sass viel umher, starrte vor sich hin. Begriff Aufträge nicht, vergass sie gleich wieder, konnte in der Schule nichts mehr behalten, ging mehrfach nicht hin, kam wieder nach Hause und machte unwahre Angaben. Nachts unruhig, weinte, wälzte sich herum, sprach vor sich hin.

In der Poliklinik am 27. 9. 1918: Löst einfache Rechenaufgaben sehr schlecht. Still, fasst schwer auf. Mittlerer Ernährungszustand. Stirn niedrig, steil. Ohrläppchen angewachsen. Tonsillen hypertrophisch. Rachitische Zähne. Kniephänomene lebhaft. Puls 92, sonst o. B.

Nachuntersuchung am 1. 3. 1919: Nach Angabe der Mutter nicht mehr so still, guter Stimmung. Ist klar, geordnet, nicht gedrückt. Löst einfache Rechenaufgaben richtig, zum Teil falsch. Merkfähigkeit nicht gestört. Schulkenntnisse sehr mässig.

Psychotischer Zustand während und nach dem Fieberstadium der Grippe bei einem 8jährigen schwächlichen und in der intellektuellen Entwicklung zurückgebliebenen Jungen mit mangelnder Spontaneität, ausgesprochener Apathie, zeitweilig aber auch depressiver Stimmungslage, erschwelter Auffassung, amnestischen Störungen, nächtlicher Unruhe. Die Merkfähigkeitsstörung trat hier mehr als im vorliegenden Fall hervor.

Die folgenden 4 ebenfalls im Fieberstadium beginnenden Fälle sind durch das in-den-Vordergrund-treten ausgesprochener Affektstörungen, wie wir es bei den bisher beschriebenen Fällen nicht beobachtet haben, ausgezeichnet.

13. M. P., Mamsell, 23 Jahre. Vorgeschichte: Keine Belastung. Normale Entwicklung. Verlobter fiel 1917. Immer leicht erregbar, empfindlich. Menses regelmässig. Seit dem 11. 1. 1919 Grippe mit hohem Fieber über 40,0, Kopf- und Kreuzschmerzen, leichter Bronchitis. Soll vor sich hingeprochen „phantasiert“ haben, meist von dem Bruder, der in englischer Gefangenschaft ist, von Suizid gesprochen haben, sehr nervös gewesen sein. Keine Angst, angeblich keine Halluzinationen. Jammerte sehr viel über Kopfschmerzen und andere Beschwerden.

Aufnahme 29. 1.: Matt, elend, trockene mit Borken belegte Lippen, im Urin Spuren von Eiweiss, Temperatur 38,4, sonst körperlicher Befund o. B. Gibt bei der Aufnahme nur zögernd, oft keine Antwort. Während der Grippe habe sie viel phantasiert, jetzt Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, Husten, Brustschmerzen. — Zu Haus sehr aufgeregt gewesen, konnte nicht schlafen, sah den in englischer Gefangenschaft befindlichen Bruder vor sich, wenn sie einschlafen wollte, hörte die Stimme desselben, hörte Glockenläuten, Singen, habe auch mitgesungen, sah nachts Sterne im Zimmer schweben. — Weitere Exploration wegen der starken Schwäche der Pat. abgebrochen. Ist apathisch. Oertlich nicht orientiert. —

30. 1. Heute besseres Befinden, antwortet prompter, weniger schwer besinnlich, Aussehen besser, zeitlich und örtlich orientiert, erinnert sich, dass sie von der Mutter gebracht wurde, vermag aber über Einzelheiten nichts anzugeben. Noch leichtes Fieber (37,8/37,5). Brust und Kopfschmerzen.

31. 1. Menses. Weniger Husten, sehr matt. Psychisch klar.

1. 2. Fühlt sich noch matt. Deprimiert. Sei traurig, weil sie nicht gesund sei, habe wenig Hoffnung gesund zu werden, weil es so lange dauere. „Möchte am liebsten sterben, was soll ich denn hier noch mehr. Ich werde ja nicht wieder gesund.“ Ueber den Verlust ihres Verlobten sei sie nicht mehr traurig, das sei ja vorbei. Auf die Frage, ob sie keine Freude am Leben habe, meint Pat.: „O ja, wenn ich bloss wieder gesund werde.“ Sie sei so furchtbar schwach. Puls klein, weich, beschleunigt. Traurig-missmutiger Gesichtsausdruck, keine deutliche Hemmung. Abends 37,5.

2. 2. Behauptet, nicht mehr traurig zu sein. Sie wolle aber hier fort, es sei unangenehm hier zu liegen. Noch immer sehr matt. Im Urin kein Eiweiss, kein Fieber mehr.

4. 2. Apathisch zu Bett, spricht mit der Umgebung nicht. Abends Klagen über heftige Magenschmerzen.

5. 2. Klagt über unruhigen Schlaf. Will nachts fremde Männer sehen, die sie bedrohen, wegschleppen wollen, sie bedrohen, wenn sie sich sträube. Gedrückter Stimmung. Wolle fort, es sei eine Schande hier zu liegen und ein Unrecht, dass man sie hergebracht habe. Sie sei noch etwas dösig im Kopf. Hämoglobin 85 pCt.

6. 2. Infolge eines schreckhaften Traumes nachts aufgewacht, habe aus Angst vor weiteren Träumen nicht einschlafen können. Missmutiger Gesichtsausdruck. Behauptet, immer ein solches Gesicht zu machen, seit ihr Verlobter gefallen sei. Es flimmere ihr dauernd vor den Augen, träume jede Nacht, höre im Traum viel über sich reden, sonst nicht. Sie sei traurig, es sei ihr alles gleichgültig, sie wisse nicht, wie es komme, es sei, seit ihr Verlobter tot sei. Ueber Person, Ort, Zeit, Umgebung orientiert. Sie sei jetzt 9 Tage hier. Bei Prüfung der Denkfähigkeit zeigt sich noch eine gewisse Insuffizienz. Zählt Geld falsch zusammen, macht Fehler bei fortlaufenden Rechnungen, sagt Monate rückwärts fehlerhaft auf, behauptet, alles strenge sie an. Puls 120, weich, am Ende der Untersuchung.

8. 2. Steht etwas auf. Vielerlei Klagen, sei sehr schwach, behauptet mit den Knien einzuknicken, hysteriformer Einschlag.

11. 2. Weniger Klagen. Etwas leicht gereizt. Schlaf noch sehr „leicht“, weil sie jedes Geräusch höre. Träume weniger. Bei geschlossenen Augen Gefühl, als sei jemand bei ihr. Keine wesentliche Depression mehr. Sei wegen der Schmerzen deprimiert gewesen. Macht bei fortlaufendem Subtrahieren wieder Fehler, sagt „ne, da schwitz ich bei, das kann ich nicht.“ Errötet dabei. Derartige Aufgaben strengten sie an, das Denken gehe schwer. Aufmerksamkeit, Auffassung ungestört.

18. 2. Völlig klar, geordnet. Seit der Grippe angeblich dauernd Kopfschmerzen. Dass sie während der Grippe Selbstmordgedanken geäußert habe, sich mit ihrem Bruder unterhalten habe, wisse sie nicht. Rechnen, Reihenaufgaben geht heute einwandfrei. Bourdon'sche Probe gelingt gut, desgleichen Ebbinghaus'sche Probe, letztere aber nur sehr langsam. Pat. klagt dabei schliesslich über Zittern und zeigt einen feinschlägigen Tremor der Hände. Es strengte sie so an.

21. 2. Gestern wieder hohes Fieber, über 39. Heute weniger. Angina. Sehr wehleidig und empfindlich. Nimmt theatralische Stellungen ein, wenn der Arzt kommt. Mürrischer Gesichtsausdruck. Sei gedrückt, weil sie noch nicht nach Haus komme, wie beabsichtigt.

22. 2. Morgens noch 38,2. Menses. Klagen über Magenschmerzen. Nörgelt viel. Jammert viel vor sich hin. Hysterische Züge. Hält die Hände nicht still.

3. 3. Gutes Befinden. Leicht unzufrieden, larmoyant. Nach Hause entlassen.

Eine Nachuntersuchung ergibt ausser gewissen hysterischen Zügen nichts Besonderes.

Bei dem endogen-nervösen, vielleicht auch von Haus aus hysterischen Mädchen traten während des Fieberstadiums der Grippe geringfügige delirante Erscheinungen mit optischen und akustischen Sinnestäuschungen besonders auch hypnagogen Halluzinationen, ausgesprochenem depressivem Affekt mit Suizidideen auf. Nach Abklingen der Grippe war die Kranke bei der ersten klinischen Untersuchung zunächst noch verwirrt, schwer besinnlich, desorientiert und äusserst schwach und hinfällig. Das Bild veränderte sich dann aber schon nach einem Tage, die Orientierung kehrte zurück, die Bewusstseinstäubung schwand, die Depression aber trat stärker hervor und zwar mit hypochondrischen Gedankengängen, dem Gefühl der Beeinträchtigung, gelegentlichen hypnagogen Halluzinationen verknüpft, um nach etwa 5–6 Tagen langsam abzuklingen. Es liessen sich dann noch Merkfähigkeitsschwäche, Herabsetzung der Denkleistungen, leichte Reizbarkeit nachweisen, auch traten ausgesprochene hysterische Züge, ein theatralisches Gebaren und

eine übertriebene Wehleidigkeit mehr hervor, besonders gelegentlich einer erneuten fieberhaften Erkrankung, einer Angina. Es handelt sich hier um einen Zustand ähnlich den hyperästhetisch-emotionellen Schwächezuständen, wie Bonhoeffer sie bei Infektionskrankheiten beschreibt, jedoch entsprach diesen Zuständen hauptsächlich die letzte Phase der psychischen Erkrankung mit der der Bonhoeffer'schen Schilderung entsprechenden labilen, wehleidigen, misshütigen und gereizten Stimmungslage, während die vorhergehende Depression für einen derartigen Zustand auffallend stark gewesen ist. Noch mehr gleicht das Krankheitsbild deshalb den postinfektiösen Schwächezuständen Kraepelin's, der eine ausgesprochenere depressive Verstimmung bei diesen Zuständen beschreibt.

Anhaltender war die Depression im folgenden Falle:

14. H. U., Arbeiter, 61 Jahre. Vorgeschichte: Keine erbliche Belastung. Lebt wegen eines Familienzwistes von seinen Angehörigen (Bruder) seit 30 Jahren getrennt. — Als Kind Masern, Scharlach, Typhus, Lungenentzündung. Vor 10 Jahren „Marschfieber“ mit Durchfällen. War damals wirr im Kopf. Normale Entwicklung. Arbeitete in vielen Orten in Fabriken oder auf dem Lande. Seit 7 Monaten auf einem Gut bei P. als Landarbeiter, da der Arzt ihn wegen seiner „Kurzlüftigkeit“ von der Tätigkeit in Fabriken abriet. Von Jugend auf still, für sich allein. Einige Strafen wegen Bettelns. — Am 20. 10. 1918 Grippe mit hohem Fieber, lag 8 Tage, hatte Kopfschmerzen. Nach eigener Angabe während der Grippe abends und nachts unruhig gewesen, sah Bilder und Figuren, z. B. Militär auf dem Acker exerzieren, Männer und Frauen. War dann ängstlich und unruhig, lief vor Unruhe herum. Glaubt sich von den Gestalten verfolgt. Keine Gehörstäuschungen. Halluzinationen nur abends und nachts, schlief am Tage. Sehr matt, war orientiert, erkannte die Personen der Umgebung.

Aufnahme 4. 11. Körperlicher Befund: Gewicht 57 kg, Grösse 173 cm. Etwas träge Lichtreaktion der Pupillen. Auf den Lungen hinten unten leichte Rhonchi. Kein Fieber, mässig starke Kyphose der Brust- und Lendenwirbelsäule. — Gibt an, nicht zu wissen, weshalb er herkomme. Habe in letzter Zeit nicht arbeiten können. Fühle sich schwach, sonst gut. Oertlich und zeitlich nicht orientiert. — Während der ersten Beobachtungszeit dauernd still und deprimiert. Weint viel, besonders wenn man ihn anredet. Er habe Kummer. Er müsse weinen, weil er nicht wisse, woran er sei, er „sinniere“ so viel, er gehöre doch hier nicht her, sondern nach P. Gibt weiter keinen Grund für seine Depression an. Unterhält sich nicht. Aeussert keine Wünsche. Klagt einmal, dass ihm immer flauer statt besser werde. Ist besser orientiert. Schläft viel.

Vom 22. 11. ab langsam freier. Meint, der Kopf sei ihm so leicht geworden. Die Depression schwand allmählich. U. trug aber noch längere Zeit ein etwas scheues Wesen zur Schau, wenn man mit ihm reden wollte. Arbeitet von Ende Dezember ab im Garten.

Gibt am 13. 1. 1919 an, er wisse nicht, warum er so traurig gewesen sei. Er habe sich den Kopf zerbrochen, nicht gewusst, woran er war, was ihm fehlte. Habe sich nicht erklären können, weshalb man ihn hergebracht habe. Er habe zunächst nicht gewusst, in welchem Krankenhaus er hier war. Sei sehr schwach gewesen, sei beim Gehen getorkelt. Der Kopf sei so schwer gewesen. Habe Kummer gehabt, weil er so lange krank war und seine Arbeit habe aufgeben müssen. Keine Selbstmordgedanken. Hier keine Sinnestäuschungen mehr gehabt. Geordnet, klar, örtlich und zeitlich orientiert. Mit seinem Bruder habe er sich wegen dessen Frau überworfen, die mit ihm stritt. — Weiterhin dauernd gutes Befinden. Still, fleissiger Arbeiter.

8. 3. entlassen.

Bei dem offenbar etwas psychopathischen 61jährigen Mann, der gelegentlich einer früheren unklaren fieberhaften Erkrankung bereits psychische Störungen gezeigt hatte, kam es während der Fieberperiode zu einer Bewusstseinstörung mit deliranten, abendlichen und nächtlichen, teilweise schreckhaften Gesichtstäuschungen mit lebhafter Angst und Unruhe, aber der späteren Schilderung nach zunächst erhaltener Orientierung. Dass letztere aber nur recht oberflächlich war, zeigte sich bei der Ueberführung in die Klinik, nach der sich eine Aufhebung der örtlichen und zeitlichen Orientierung feststellen liess. Die Krankheitssymptome überdauerten die Fieberperiode, wechselten aber dann ihren Charakter insofern, als die Angst mehr zurück und eine depressive Verstimmung mit allerhand Befürchtungen und einer gewissen Ratlosigkeit in den Vordergrund trat. Im Gegensatz zu den halluzinatorischen Erscheinungen, die nach Fieberabfall bald schwanden, und zu den Orientierungsstörungen, die sich ebenfalls sehr besserten, hielt die Depression noch 3—3½ Wochen nach der Grippe an. Wenn sie auch erhebliche Ähnlichkeit mit einem echt melancholischen Zustand hatte, so unterscheidet sie sich doch von dieser durch das Hervorgehen aus einem leicht verwirrten Zustand heraus, durch die anfänglich mangelhaften Denkleistungen und durch die ziemlich kurze Dauer. Gewisse hypochondrische Ideen verliehen der Depression eine besondere Färbung. Wir können in diesen beiden Fällen die Erfahrung Weber's bei der letzten Grippeepidemie bestätigen, nach der die Depression und die Verwirrtheit und Bewusstseinstörung gewissermassen alternieren insofern, als die Depression, die affektive Färbung um so mehr hervortritt, je mehr die Verwirrtheit schwindet.

15. C. H. geb. R., Maschinenbauersfrau, 35 Jahre. Vorgeschichte: Vater Trinker. Pat. kam auf der Schule nur bis zur 3. Klasse. Von jeher leicht erregt, besonders in letzter Zeit, klagte viel über Kopfweh. Soll nach Bericht des Arztes früher mehrfach hysterische Anfälle gehabt haben. Nach der letzten

Geburt vor 2 Jahren angeblich Bauchfellentzündung, lag 10 Wochen. Seit 10 Jahren verheiratet. 6 Geburten. Etwa 24. 10. 1918 Grippe mit geringem Fieber. Fühlte sich aber sehr elend. Schief sehr wenig. Seit etwa 31. 10., wo noch Fieber bestand, deprimiert, glaubte Unrecht getan zu haben, weil sie ihren Mann nichts von Einkäufen, die sie gemacht habe, erzählt habe. Glaubte nun, das Geld werde nicht reichen, machte sich dauernd Vorwürfe. Lag meist zu Bett, stand täglich nur wenige Stunden auf, klagte über Kopfschmerzen. Letzte Menses am 31. 10. Während der Menses oft sehr elend.

Aufnahme 8. 11.: Normale Temperatur. Grösse 151 cm, Gewicht 42,5 kg. Puls 80. Körperlicher Befund o. B. Körpergewicht nur 42,5 bei 151 cm Grösse. Liegt mit leidendem Gesichtsausdruck zu Bett, klagt über Kopfschmerz, verstummt nach wenigen Antworten ganz, schliesst die Augen.

9. 11. Gibt langsam Antwort, besinnt sich immer längere Zeit. Oertlich und zeitlich orientiert. Mache sich Vorwürfe, weil sie Vorräte an Nahrungsmitteln und Stoffen im Krieg gekauft habe. In Geldverlegenheit sei sie nie geraten. Sie hätte aber das Geld doch sparen können. Zum Bewusstsein sei ihr ihre Schuld erst gekommen, während sie mit der Grippe zu Bett lag. Bis zu ihrer Erkrankung sei sie ganz heiter und humorvoll gestimmt gewesen, jetzt sei sie sehr gedrückt und traurig, weine viel. Depressiver Affekt, seufzt oft, reibt sich die Hände, zittert etwas. Macht ausführliche Angaben über ihre Vorgeschichte. In ihren früheren Stellungen als Dienstmädchen sei es ihr oft zu schwer geworden, sei vergesslich gewesen. Mit 11 Jahren angeblich „Anfall geistiger Schwäche“, über den sie nichts näheres angeben kann. Schon seit Kriegsausbruch sei sie nicht mehr so richtig mit ihrem Haushalt fertig geworden, zuletzt sei er nicht mehr so sauber und etwas verlottert gewesen.

Im Verlauf des Aufenthaltes in der Klinik blieb die Körpertemperatur normal. Die Kranke zeigte eine gedrückte Stimmung von wechselnder Intensität, sprach bald mehr bald weniger. Gelegentlich äusserte sie depressive Ideen, so am 10. 11., sie habe Angst, nicht mehr gesund zu werden, ob sie auch geheilt werde, am 21. 11., sie verdiene das Essen, dass sie hier erhalte nicht. Gelegentlich machte sie Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme. Wenn sie ab und zu auch freier schien, so herrschten der depressive Affekt und leichte Hemmung doch bis etwa 25. 11. vor, was selbst bei Besuchen der Angehörigen zum Durchbruch kam. Auch klagte sie über allerhand subjektive Beschwerden.

Nach dem 25. 11. beschäftigte sie sich etwas mit Hausarbeiten.

Bei der Entlassung am 1. 12. war die gedrückte Stimmung noch nicht ganz geschwunden.

Katamnese: Bis zum 7. 1. 1919 psychisch angeblich gesund. Nach Streit mit dem Mann am 7. 1. erregt, versucht sich dann zu erhängen, wurde abgeschnitten, war dann 3 Tage verwirrt und zeitweise erregt. Dann völlig klar, geordnet.

Die schwer belastete 35jährige Frau war insofern disponiert, als ihre intellektuellen Fähigkeiten ziemlich wenig entwickelt waren, sie schon früher hysterische Anfälle hatte und mit 11 Jahren anscheinend

irgendwelche psychische Anomalien dargeboten hatte, über die sich nichts näheres feststellen liess. Auf diesem Boden entwickelte sich dann in der Deferveszenzperiode eines leichten Grippeanfalls bei der geschwächten und unterernährten Frau ein Depressionszustand mit vereinzelten Versündigungs- und Kleinheitsideen, subjektiven Beschwerden und temporärer Hemmung. Ein durch Verwirrtheit und Bewusstseins-
trübung gekennzeichnetes Initialstadium liess sich hier nicht nachweisen. Eine genauere Prüfung der Denkleistungen ist aus äusseren Gründen nicht vorgenommen worden. Schwerere Störungen haben jedenfalls nicht bestanden und leichtere hätten sich bei der Hemmung und der geringen intellektuellen Entwicklung schwer feststellen lassen. Der ausgesprochene melancholische Charakter der Depression trat hier stärker wie in den zwei vorhergehenden Fällen hervor und nähert sich den Depressionen der Melancholiegruppe bzw. des manisch-depressiven Irreseins, wenn man nicht die kurze Dauer von 5 Wochen als differentialdiagnostisch wichtig in Betracht ziehen will. Trotz der hysterischen Anlage und trotz des längere Zeit nach Ablauf der Depression auftretenden hysterischen Verwirrheitszustandes war nicht festzustellen, dass die Depression ebenfalls nur hysterischer Natur war. Dagegen sprachen die Gleichmässigkeit der depressiven Verstimmung durch Wochen, die wahnhaften Versündigungs- und Kleinheitsideen.

Noch tiefer und erheblich länger anhaltend war die Depression in folgendem Falle:

16. E. H., Bohrersehefrau, 32 Jahre. Vorgeschichte: Eine Schwester geistesschwach, litt an Krämpfen. Pat. von jeher leicht erregt, in den letzten Jahren ziemlich nervös. 2 normale Geburten, 2 mal Abort. Ende Oktober leichte Grippe nur mit starker Abgeschlagenheit, lag 10 Tage, trank nach 2-tägigem Kranksein Essig von eingemachten Pflaumen, fühlte sich seitdem nicht wohl, klagte über plötzliches Aussetzen des Herzens, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen. Starke Abgeschlagenheit, starke depressive Verstimmung.

Aufnahme 21. 11. 1918. Körperlicher Befund: Mittlere Ernährung, schlaffe Muskulatur, matter, elender Gesichtsausdruck. Hämoglobin 60 pCt., kein Fieber. Sonst o. B. Gewicht 57 kg, Grösse 157 cm. Zur Zeit Menses. Geordnete Angaben über Vorgeschichte. Sei von jeher schwächlich, blutarm, habe an rechtsseitigen Kopfschmerzen gelitten, Arbeit sei ihr schwer gefallen. Immer etwas still. Jetzt seit der Grippe schlaflos, träume lebhaft, sehe im Traum Gestalten, höre Sprechen. Klagt in den nächsten Tagen viel über Herzbeschwerden, glaubt sterben zu müssen, deprimiert. Will dauernd eine Schwester um sich haben. Schläft angeblich wenig. Verabschiedete sich beim Besuch des Mannes mehrere Male, da sie sterben müsse. Beziehungsideen: Glaubte, es sei davon gesprochen, dass sie in den Saal für Schwerkranke verlegt werde.

29. 11. Lehnt sich auf den Stuhl hintenüber, streckt die Beine von sich, redet mit leiser schwacher Stimme in Absätzen. Es laufe und kribbele so im Herzen herum. „Das ist krank, ich muss jetzt sterben, ich weiss es an meinem Pulsschlag. Ich kann auch nicht laut sprechen, das ist da so komisch. Hinten die Zunge schmerzt mir.“ Der Hals sei geschwollen. Sie könne nicht glauben, dass die Organe gesund seien. Sie sei fälschlicher Weise hergeschickt, sei doch nicht nerven-, sondern herzkrank. Schon das Bettmachen sei ihr zu schwer. Die Pflegerinnen hätten gesagt, sie werde auf die Schwerkrankenabteilung verlegt. Das seien die Todesstimmen, die höre man, wenn man totkrank sei. „O wie schrecklich ist das!“ Ihr Puls schlage zu langsam; als ihr gesagt wird, dass er 116 Schläge betrage, meint sie, das sei nicht wahr. Oertlich und zeitlich, über Person und Umgebung orientiert. Bestreitet sonstige Halluzinationen. Sagt beim Abschied: „Auf Nimmerwiedersehen.“ Sieht sich in den Spiegel „lass mich noch einmal in den Spiegel sehen.“ — Weiterhin dauernde hypochondrische Klagen und Beschwerden.

6. 12. Sagt bei Begrüssung des Arztes: „Ich lebe immer noch!“ Lacht dabei: „Es dauert nicht lange mehr. Ich weiss, dass mein Leben mit einem Herzschlage endet. Ich weiss ja nicht, was es ist, ob es Herzwasser ist oder was.“ Grüble über ihre Krankheit und darüber, dass sie Mann und Kinder verlassen müsse, weint. Keine Suizidgedanken. Augenblicksweise habe sie eine freudige Hoffnung, dann sei es wieder vorbei. Als die andern scherzten, habe sie laut lachen müssen, dann sei es wieder vorbei gewesen. Gibt schliesslich zu, dass sie heute etwas hoffnungsvoller sei. — Weiter deprimiert und hypochondrisch verstimmt. Die Schlafmittel schadeten ihrem schwachen Herzen.

17. 12. Sagt heute dem Arzt: „Sie wollen mich wohl noch einmal sehen, die Todesflagge weht schon.“ Sie fürchte, dass der Essig ihr Blut vergiftet habe. Wegen Schlaflosigkeit müsse sie zugrunde gehen (soll bei jeder Revision schlafen). Weint. Die Aerzte rühre das nicht, die seien die vielen Todesfälle gewohnt. Wenn sie die Bettdecke aufdecke, habe sie das Gefühl, als wenn das Herz sich rumdrehe.

20. 12. Menses. Weiterhin depressiv. Zuweilen aber auch freier und lebhafter; kommt z. B. in der Mittagspause, wenn die andern Pat. schlafen, aus dem Bett, geht im Saal umher, setzt sich an die andern Betten, unterhält sich. Jammert bei Besuchen der Angehörigen sehr. Soll zeitweise etwas gereizt und streitsüchtig sein, betont, dass sie die Kränkste sei und andere sich nur ihre Krankheit einbildeten.

7. 1. 1919. Kommt weinend ins Zimmer, ihr Ende stehe nahe bevor, das Herz schlage so schwer, die ewige Schlaflosigkeit halte niemand aus, das Blut sei vergiftet, weil der Magen s. Z. nicht behandelt sei, da sei der Essig ins Blut gegangen. Ihr Mann komme jede Woche zu Besuch, wisse ja auch, dass sie nicht wieder gesund werde. Ihr Mann sei immer so traurig, wenn er komme, sage es ihr aber nicht, dass sie sterben müsse; sie sei vom Kassenarzt verpfucht. Immer noch sehr deprimiert. Weiterhin oft still und teilnahmslos, zu anderen Zeiten lebhafter. Spricht meist nur von ihrer Krankheit. Hält an der Idee des Sterben-müssens fest. Nimmt dabei dauernd an Gewicht zu. Menses.

30. 1. Weint heute, macht sich Vorwürfe, dass sie den Essig getrunken, sich dadurch an ihren Kindern versündigt habe. Sprang plötzlich aus dem Bett und verlangte nach Hause rief: „Wenn der Flieder blüht, ist die Erde schön, dann liege ich unter dem Rasen.“ Hat das Gebaren einer Schwerekranken, lässt sich gern bedienen, verbittet es sich, wenn die Umgebung scherzt.

12. 2. Fast stets deprimiert. Jammert und weint viel, weil sie nicht mehr leben könne, ihre Krankheit unheilbar sei. Isst dabei mit gutem Appetit. Liegt fast stets. — Weiterhin unverändert gleiches Befinden. Häufiges Jammern. Dabei stets etwas theatralisches Gebaren. Hält an ihren Ideen fest. Hat 6 Pfund an Gewicht zugenommen. Menses regelmässig.

Eine Merkfähigkeits- und Gedächtnisprüfung am 11. 2. ergibt keine deutliche Störungen. Aufmerksamkeit, Auffassung, Gedankengang ungestört.

26. 2. Menses. Im weiteren blieb der Zustand der Kranken ziemlich unverändert. Sie brachte unentwegt ihre hypochondrischen Ideen vor, die depressive Verstimmung nahm eher noch zu. Missempfindungen spielten eine grosse Rolle. Dabei bestand ein ausgesprochen hysterischer Einschlag mit starker Wehleidigkeit und Neigung, ihr schlechtes Befinden jedem zu demonstrieren, einer Gereiztheit gegen die Umgebung, die sich der vermeintlichen Schwere ihres Zustandes nicht anpasste. Gegenvorstellungen hatten gar keine Wirkung, die Pat. hielt vielmehr dauernd an ihren wahnhaften hypochondrischen Ideen fest; glaubte, dass sie nicht gesund werden könne, weil ihr Blut durch das Trinken des Essigs vergiftet sei. Dabei stöhnte und jammerte die Pat. viel, war zu irgend einer Beschäftigung nicht zu bewegen, lag dauernd zu Bett.

Am 1. 4. Erbrechen, Uebelkeit, Kopfschmerzen. Mageninhaltuntersuchung ergibt Fehlen der freien Salzsäure. Gesamtazidität 10.

15. 4. Menses. Erklärt beim Hereinkommen: „Bin schon halb tot.“ Wisse nicht mehr, was ihr fehle, habe Herzbeschwerden, Kopfschmerzen, könne die Luft nicht „durchholen“, wenn sie schnell gehe. Schlafe schlecht, es sei kein richtiger Schlaf. Habe wilde Träume. Appetit leidlich. Wolle sterben, weil sie sich so quälen müsse. Habe Tag und Nacht keine Ruhe, habe solche Seelenqualen, sie sterbe gewiss. A. V. dass sie das schon seit 6 Monaten behaupte: „ $\frac{1}{2}$ Jahr dauert die Krankheit. In ganz Kiel ist keine Frau, die sich so quält. Ich glaube, die Aerzte freuen sich darüber, dass man sich so quält. Die machen lächerliche Mienen und alles mögliche.“ A. B. wie sie die Krankheit nenne: „Essigvergiftung.“ „Das ist so eine Art Wurst- oder Fleischvergiftung.“ Ueber Ort, Zeit, Umgebung völlig orientiert, weiss, wie lange sie hier ist. Auf Aufforderung, die Monate rückwärts aufzusagen, meint sie: „ne, mein Gedächtnis ist so — denken kann ich gar nicht mehr.“ Führt dann die Aufgabe richtig aus. Keine Merkfähigkeitsstörungen. Stöhnt, wenn sie Rechenaufgaben lösen soll, könne das nicht. Stark depressiver Affekt, trotz der im übrigen ausgesprochenen hysterischen Färbung.

30. 4. Zustand bleibt stationär, dauernd hypochondrich, ablehnend gegen jeden Zuspruch; schildert in stereotyper Weise ihre „Qualen“. Depressiv, keine suggestive Beeinflussbarkeit des Bildes.

10. 5. Schildert in letzter Zeit nächtliche Visionen und Akoasmen, sah sich selbst in einen gläsernem Sarge liegen, hörte die Stimmen ihrer Kinder. Sonst unverändert hypochondrisch-verzweiflungsvoll.

14. 5. Macht die grössten Schwierigkeiten, wenn sie in den Garten soll, jammert schrecklich, setzt sich auf eine Bank und weint: „Ich fühle die Maienluft, aber ich hab ja den Tod vor Augen. Herz, Magen und Schlaf sind zerstört.“ „Es ist meiner Ehre viel zu nahe getreten, dass ich $\frac{1}{2}$ Jahr hier in der Nervenklinik bin. Ich mag den Tod gar nicht sehen.“

26. 5. Menses. Dauernd völlig abgesperrt von der Umgebung, in sich versunken dasitzend, mit kläglichem und märtyrerhaftem Gesichtsausdruck. Starke Wutentladung bei dem Versuch der Ueberführung in eine andere Anstalt mit starkem Schimpfen und Jammern über ihr krankes Herz. Suggestiv bisher nicht zu beeinflussen. Ungeheilt nach der Heil- und Pflegeanstalt Schl. Gewicht bei der Entlassung 56 kg.

Ausgesprochener depressiver Verstimmungszustand bei einer belasteten Kranken, der während des Fieberstadiums einer Grippe einsetzte, Vorherrschen stark hypochondrischer Ideen, zeitweilig Beziehungs- und Vergiftungsideen, Angst, sterben zu müssen, gelegentliches Hervortreten einer gewissen Reizbarkeit und eines ausgesprochenen Beeinträchtigungsgefühles, des Gefühles der Nichtbeachtung und Zurücksetzung. In der ersten Hälfte der Erkrankung war die Verstimmung noch gelegentlich weniger ausgesprochen, die Pat. unterhielt sich mit der Umgebung, wenn sie sich unbeobachtet wusste, in den letzten Monaten aber blieb die hypochondrische Stimmungslage unverändert tief, gleichmässig und einförmig. Zahlreiche Sensationen spielten dabei eine Rolle. Schliesslich machte sich auch eine gewisse hysterische Färbung bemerkbar, insofern, als die Pat. ein ausgesprochen theatrales Gebaren zur Schau trug, eine ausserordentliche Wehleidigkeit zeigte. Auch die zuletzt erst aufgetretenen Gehörs- und Gesichtstäuschungen hatten einen den hysterischen ähnlichen Charakter; ob es sich hier übrigens um echte Halluzinationen oder mehr durch die Gedankengänge der Patientin beeinflusste illusionäre Verfälschungen des Wahrgenommenen oder überhaupt nur um theatralisch gefärbte konfabulatorische Erzählungen der Kranken gehandelt hat, ist nicht sicher zu entscheiden. Jedenfalls schien die Kranke nicht absolut von der Realität dieser angeblichen Täuschungen überzeugt. Gegen eine echt hysterische Erkrankung spricht im übrigen die seit Monaten unverändert gleichmässig anhaltende Verstimmung, die Tiefe des Affekts, die völlige Unbeeinflussbarkeit des Krankheitsbildes durch therapeutische Massnahmen und gegenüber suggestiver Beeinflussung. Gewiss bestand infolge des Beherrschtseins der Kranken von ihren verzweiflungsvollen hypochondrischen Ideen ein Mangel an Initiative und Spontaneität, aber

eine eigentliche Hemmung war niemals nachzuweisen, auch fehlten die in den ersten beiden Fällen vorhandenen Denk- und Merkfähigkeitsstörungen. Die schwankende Stimmungslage in der ersten Zeit, das Fehlen der Hemmung während der ganzen jetzt sich über 6 Monate erstreckenden Krankheitsdauer, die stark hysterischen und paranoischen Züge geben dem Krankheitsbild ein Gepräge, wie wir es bei echten Melancholien bzw. Depressionen des manisch-depressiven Irreseins nicht zu sehen gewohnt sind, jedoch nähert sich das Krankheitsbild wohl zweifellos derartigen Zuständen erheblich. Von einem Nachlass der depressiven Verstimmung, einer gemüthlichen Abstumpfung ist bisher nichts zu bemerken. —

In den letzten 4 Fällen handelt es sich also um Depressionszustände, die zum Teil Aehnlichkeit mit den gewöhnlichen Melancholien haben, sich aber doch in gewissen Beziehungen von diesen unterscheiden, nämlich die ersten beiden Fälle durch das Hervorgehen aus halluzinatorischen Zuständen, die Denkstörungen, das schnelle Abklingen, das Fehlen jeglicher Wahnideen, der vierte Fall durch das Fehlen der Hemmung, das theatralische Gebaren, die mangelnde Einheitlichkeit des Affekts im Anfang. Die grösste Aehnlichkeit mit der Melancholie hatte der 3. Fall, aber auch hier war die kurze Dauer auffallend, wenn sie auch, ebenso wie die im 4. Fall aufgezählten Eigenarten, kein absolut sicheres Unterscheidungsmerkmal gegen die Melancholien ist. Mit den infektiösen Schwächezuständen können nur die ersten beiden Fälle identifiziert werden, jedoch wiesen sie für die hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustände Bonhoeffer's zu viel anhaltenden depressiven Affekt auf, auch trat im 2. Fall die Herabsetzung der Denkstörungen nicht so sehr deutlich hervor.

Unter meinen Fällen der 2. Gruppe von Fieberpsychosen, die das febrile Stadium längere Zeit überdauerten und auch ausserhalb desselben ausgesprochene und schwere psychische Krankheitserscheinungen darboten, waren also

8 Fälle von Amentia,
 3 „ „ apathischen Zuständen mit amnestischen Zügen
 bei Jugendlichen,
 4 „ „ Depressionszuständen.

10 Fälle = 42 pCt. der Gesamtzahl.

Ganz allgemein herrschten in 5 Fällen eine ängstlich depressive Stimmungslage, in 3 eine indifferente, in 1 Fall eine heitere Stimmung vor. Unter den aus der Literatur zusammengestellten 18 Fällen der gleichen Krankheitsgruppe waren die Depressionszustände in geringerer

Anzahl, nämlich nur mit 4 vertreten. Die Verteilung der verschiedenen Psychosenarten in dieser Gruppe war folgende:

14 Fälle von Amentia,
3 „ „ Depressionszuständen,
1 Fall „ Delirium.
18 Fälle = 22 pCt. der Gesamtzahl.

Bei dem alten Material überwiegen die reinen postfebrilen Psychosen gegenüber meinem Material erheblich, worauf auch die gegenüber meinem Material geringe Anzahl von zur vorliegenden Gruppe gehörigen Fällen zurückzuführen ist. Auf die Gründe dafür wird später eingegangen werden. Bemerkenswert ist, dass unter den zahlreichen, in dem alten Material bei weitem überwiegenden Amentiafällen dieser Gruppe 3 stuporöse Formen waren, die unter meinen Fällen fehlten, dass unter den Amentiafällen des alten Materials nur zweimal eine heitere bzw. heiter gereizte Stimmungslage vorherrschte bzw. mit der sonst überwiegend hervortretenden depressiven Stimmung wechselte, dass die eigentlichen Delirien ebenso wie in meinem Material in dieser Gruppe völlig fehlten. Die oben geschilderten eigentümlichen apathischen Zustände bei Jugendlichen fanden sich in charakteristischer Ausprägung unter dem alten Material nicht, wenigstens soweit sich das aus den veröffentlichten Krankengeschichten feststellen liess. Bei den beiden einzigen Jugendlichen unter 20 Jahren fand sich einmal bei einem 14jährigen Jungen ein Verwirrheitszustand mit nicht sehr tiefer Bewusstseinstäubung, Verfolgungsideen, Gesichtstäuschungen und abendlichen Angstzuständen, der nach 4—5 Wochen ablief, bei einem 16jährigen Jungen ein stuporartiger Zustand mit Schlafsucht, gelegentlichem Delirieren, Halluzinationen, zeitweiligen Erregungen und ängstlicher Stimmungslage, der in ein freieres Stadium, in dem noch Verfolgungsideen geäußert wurden, überging. Die Psychose lief in diesem Fall erst nach 2½ Monaten ab. Es handelte sich also auch um Krankheitsbilder, die von den Psychosen der Erwachsenen einige Besonderheiten voraus hatten, so der erste Fall die nur geringe Tiefe der Bewusstseinstäubung, der 2. Fall die Schlafsucht und die im Beginn vorhandenen meningitischen Symptome.

Die Krankheitsdauer und der Ausgang waren in meinen Fällen der besprochenen Gruppe von febrilen Psychosen folgende:

6 innerhalb von 4 Wochen geheilt,
3 nach 2 bzw. 5 Monaten „
1 „ 6 Monaten noch ungeheilt.

In den alten Fällen:

12 nach 1—3 Monaten geheilt,
 3 „ 4—7 „ „
 1 war ungeheilt nach 5 Monaten,
 bei 1 war die Dauer nicht bekannt.

Meine Fälle der 2. Untergruppe von febrilen Psychosen unterschieden sich von denen der ersten Untergruppe dadurch, dass in der ersteren die schwereren Amentiafälle mit tieferer Bewusstseinstörung und hochgradigster motorischer Erregung, sowie die Delirien ausschliesslich aufgetreten sind, während diese in der 2. Gruppe völlig fehlen, hier die Amentiafälle überhaupt mehr zurück und an ihre Stelle die infektiösen Schwäche- und Hemmungszustände sowie Depressionszustände treten. Bei den alten Fällen ist dieser Unterschied weniger deutlich, jedoch sind unter den Fällen der ersten Gruppe auch einige mit sehr hochgradiger motorischer Erregung, tiefster Bewusstseinstörung und Verworrenheit, wie sie in der 2. Gruppe nicht vorkommen, die Amentiafälle sind aber in letzterer gegenüber der ersten Gruppe nicht in einer solchen Minderzahl wie bei meinen Fällen. Naturgemäss konnte jedoch nach den alten Krankengeschichten eine so scharfe Abgrenzung der beiden Gruppen, wie sie in meinen Fällen möglich war, nicht immer durchgeführt werden. — Ausser den bisher erwähnten, mit der Grippe in engem Zusammenhang stehenden Psychosen wurden 2 weitere Fälle beobachtet, die mit ziemlicher Sicherheit rein idiopathische, durch die Grippeinfektion ausgelöste Psychosen waren.

17. H. W., Schlossersfrau, 37 Jahre. Vorgeschichte: Onkel väterlicherseits durch Suizid geendet, Mutter in der Jugend schwermütig gewesen. Auf der Schule schwer gelernt. 13 Jahre verheiratet. 6 Geburten, letzte August 1918. Stillte bis Anfang Oktober. Von Kind auf still, menschen scheu, sprach wenig, lebte nur ihrer Familie. Etwa Anfang Oktober Grippe. Bildete sich damals ein, nicht krank zu sein, nur faul. Weinte viel. Arbeitete nicht, jammerte, sie richte ihren Mann zugrunde. Sprach von Mitte November ab dauernd vom Tod, äusserte hypochondrische Gedanken, der Stuhlgang steige ins Gehirn. Schief nicht. Ass am 5. 12. nichts.

Aufnahme hier am 6. 12. 1918: Aeusserst widerstrebend, negativistisch, starrer, etwas ängstlicher Gesichtsausdruck. Gibt Namen und Heimat an. Oertlich mangelhaft, zeitlich nicht orientiert. Habe seit 3 Wochen Verstopfung, die komme von der Grippe. Habe Angst, müsse hin- und herlaufen. Nestelt an Haaren und Kleidung. Gehemmt. Antwortet nicht immer sinngemäss. Gespannt, negativistisch. Scheint Fragen aufzufassen, befolgt Anforderungen nur zum Teil.

Körperlicher Befund o. B. — Weiterhin Nahrungsverweigerung. Aeusserst negativistisch. Sinnloses Aus-dem-Bettdrängen. Zuweilen triebartige Erregungen. Glaubt, ihren Mann im Dauerbad zu sehen, ihre Schwester oben auf dem Boden zu hören. Zuweilen Selbstgespräche.

19. 12. Affektlos. Nässt ein, zerreisst, schmiert. Vorübergehend mutistisch. Zuweilen Rededrang. Zerfahrener Gedankengang.

6. 1. Negativistisch, widerstrebend. Spricht undeutlich, unverständlich, in Absätzen, gibt piepsende Laute von sich. Die Brust tue weh, „Sie haben einen ja umgekehrt, (wer) die oben in der Luft fliegen“. Antwortet meist nicht, oder sinnlos. Streichelt plötzlich die Schwester, sagt: „Du bist meine Aufpasserin gewesen; Du bist treu und gut!“ Als sie versehentlich mit einem falschen Namen angeredet wird, korrigiert sie das richtig. Sieht sich plötzlich um, sagt, da spräche wer. Gibt weiteres nicht an. Nimmt man ihre Hand, sucht sie dieselbe ängstlich fortzuziehen. Sieht ängstlich nach oben. Beim Herausbringen sehr widerstrebend, sagt: „Nicht ins Wasser“. (Ist viel im Dauerbad gewesen). Wiederholt mehrfach: „Ich bin ja schon lange tot“, „das ist ja alles schon unser Tod“, „schon alle tot“. Sehr stark gesperrt.

14. 1. Erkennt den Besuch einer anderen Patientin, der aus ihrem Heimatdorf kommt, unterhält sich mit diesem, fragt nach anderen Leuten im Dorf. Antwortet bei der Visite wieder unverständlich. — Weiterhin sehr negativistisch, gehemmt. Spricht vor sich hin. Antwortet unverständlich. Nahrungsaufnahme nur unter heftigem Widerstreben. Zeitweilig unsauber.

Antwortet am 4. 2. zunächst auf einige Fragen: (wie geht es) „ganz gut“, (wer bin ich) „ik kenne den Herrn nich“, (wo hier) „weit nich“, (Stimmen) „wo“, (Angst) „ach“. Antwortet nur nach wiederholtem Fragen. Spricht undeutlich vor sich hin. Antwortet schliesslich nicht mehr. Ängstlich-trauriger Gesichtsausdruck. Stirn in Falten. Wiederholt auf Befragen öfter dieselben undeutlichen und unverständlichen Worte. Befolgt Aufforderungen nicht. Auffassung anscheinend erschwert. — Weiter mutistisch. Gespannter Gesichtsausdruck, kratzt sich häufig blutig. Schmiert mit Kot.

Zieht in der Nacht zum 13. 2. mehrfach die Gardine vom Fenster, sieht hinaus.

Erkennt am 18. 2. den Arzt. Weiss angeblich ihr Alter nicht. Antwortet dann völlig unverständlich. Hebt dauernd ihre Röcke hoch. Sinnloses Widerstreben. Negativistisch ängstlich, wenn andere Kranke schreien. Lässt Stuhl und Urin unter sich. Spricht unverständlich vor sich hin. Hier keine Menses.

21. 2. Ungeheilt nach der Heil und Pflegeanstalt Schl.

Nach dortigem Bericht vom 10. 3. 1919 zeigt die Kranke weiter die Symptome der Katatonie, wie Negativismus, Mutismus; widerstrebt bei der Nahrungsaufnahme und isst gelegentlich gut. Ein wesentlicher Affekt liess sich nicht mehr feststellen.

Der von vornherein bestehende Negativismus, die Sperrung, die sinnlosen triebartigen Erregungen, die ziemlich frühzeitig hervortretende

allerdings gelegentlich immer noch mit ängstlicher Verstimmung abwechselnde Affektlosigkeit, die erst zuletzt eine dauernde geworden zu sein scheint, der völlige Verlust des Schamgefühls, die grosse Neigung zur Unsauberkeit, bei relativer äusserer Ruhe — alles dies spricht für die Diagnose *Dementia praecox*, ebenso der Umstand, dass sich nach etwa 6 monatigem Bestehen der Krankheit noch keine Spur eines irgendwie geordneteren Verhaltens, eines Nachlassens des Negativismus und der Sperrung zeigt. Bei der starken Sperrung liess sich meist nichts über Orientierung, Bewusstseinstrübung feststellen, auffallend war nur, dass die Kranke, als sie Jemand aus ihrem Heimatdorf sah, sich mit diesem in ziemlich geordneter Weise über die Verhältnisse im Dorf unterhielt. Das spricht eigentlich dafür, dass die Kranke trotz ihrer erheblichen Sperrung doch orientiert war. Immerhin machte sie sonst auch oft einen recht verworrenen Eindruck, zeigte öfter einen ängstlichen Affekt, so dass man vorübergehend an eine echte Amentia von katatonen Form denken musste. Die oben erwähnten Symptome aber und der ganze Verlauf der Psychose liess schliesslich doch die Diagnose Katatonie gesichert erscheinen.

Der folgende Fall ist der einzige, der während der ersten Phase der Grippeepidemie im Juli 1918 zum Ausbruch kam:

18. M. K., Ehefrau. Vorgeschichte: Mutter vorübergehend geisteskrank gewesen, ein Tante der Mutter angeblich Chorea, mit etwa 15 Jahren gelegentliches Zittern in den Armen. 3 normale Partus. Etwa Mitte Juli 1918 Grippe mit hohem Fieber, während der sie schreckhafte Vorstellungen hatte, sich vor Feuer ängstigte, schlecht schlief. Seitdem steigende Unruhe. Vor Ausbruch der Grippe machte sie in der Fabrik, in der sie arbeitete, eine Explosion mit.

6. 8. 1918 Aufnahme: Aeusserst widerstrebend, kataleptisch. Ängstlicher Affekt, leises Jammern. Aeussert nur: „Ich will nicht hinein ins grosse Feuer“, wiederholt das in einformiger Weise, antwortet nicht. Bei der Untersuchung sehr ängstlich und widerstrebend. Puls 132, regelmässig. Guter Ernährungszustand, kein Fieber. — Weiterhin einformiges Klagen und Jammern, äussert stets dieselbe schreckhafte Befürchtung, ins Feuer geworfen zu werden. Völlige Nahrungsverweigerung. Unsauber. Masturbiert. Zeitweilig sehr unruhig und laut, zu anderen Zeiten mehr stuporös. Zeitweilig bettlüchlig, zieht sich aus, entblösst sich, schmiert mit Kot. Weiterhin Zunahme der Erregungen, schreit, zerreisst, zieht sich dauernd aus. Im ganzen affektloser, wenn auch gelegentlich noch ängstliche Befürchtungen, z. B. man wolle ihr das Gesicht abschneiden, geäussert werden. Von Mitte Oktober ab wurde die Kranke ruhiger, sass meist teilnahmslos herum, war aber noch häufig unsauber. Von Mitte November ab wurde sie geordneter, zeigte mehr Interesse, frug öfter, wann sie nach Hause komme, antwortete geordneter, war aber zunächst nachts noch un-

sauber. Der Zustand besserte sich weiterhin unter dauernder Gewichtszunahme, jedoch führte die Kranke noch gelegentlich Selbstgespräche und lachte vor sich hin, verkannte ihre Umgebung, zog sich noch öfter halb aus, sass meist auf einem und demselben Fleck, grimmassierte.

Am 13. I. gab sie an, dass sie schon seit Mai hier sei, nach einer Explosion in der Fabrik, in der sie arbeitete krank geworden sei. Oertlich orientiert, zeitlich nicht. Für die Psychose Amnesie. Sprach noch leise. Häufiger grundloser Stimmungswechsel. Will in einer Zimmerecke immer Feuer sehen, ängstige sich davor. Sprach in den letzten Tagen des Aufenthaltes lauter, war geordnet.

Am 15. I. entlassen (gegen ärztlichen Rat abgeholt). Hier keine Menses.

Bericht des Mannes vom 11. 3. 1919: Vom 3. Tage nach der Entlassung ab täglich besseres Befinden. Keine Angst, Depression, Vergesslichkeit. Zustand wie vor der Krankheit, verrichtet alle Hausarbeiten wie früher, zeigt für alles Interesse. Klagt noch über Kopfweh.

Bei der schwer belasteten Patientin entwickelte sich im Fieberstadium der Grippe eine Psychose, die zunächst durch heftigen Angstaffekt, schreckhafte Vorstellungen und Befürchtungen, Beeinträchtigungsideen, wahrscheinlich auch Gesichtstäuschungen, kataleptische Erscheinungen gekennzeichnet war. Ueber Orientierungsstörungen liessen sich bei dem Verhalten der Kranken keine Feststellungen treffen. Im weiteren Verlauf trat ein lebhaftes Widerstreben zu Tage, während der Angstaffekt nachliess; stuporöse Phasen wechselten mit Erregungszuständen, die Kranke zeigte frühzeitig einen völligen Verlust des Schamgefühls, war stark erotisch, masturbierte, schmierte, grimmassierte ab und zu, schien völlig stumpf und teilnahmslos. Nach etwa 4 Monaten Besserung, jedoch stand die Kranke dann offenbar unter dem Einfluss ängstlicher Gesichtstäuschungen, war noch schlecht orientiert, zeigte Amnesie für die meisten Krankheitsvorgänge, Stimmungsschwankungen. Bei der Entlassung nach etwa 6 monatlichem Bestehen der Psychose bot die Kranke noch deutliche Krankheitserscheinungen. Die Diagnose wurde auf Katatonie gestellt, da lange Zeit ein Krankheitsbild bestand, das durch Affektlosigkeit, völligen Verlust des Schamgefühls, triebartige Handlungen, Einförmigkeit und Unproduktivität der Gedankengänge, Wahnvorstellungen gekennzeichnet war und durchaus den Eindruck einer katatonischen Verblödung erweckte. Eine völlige Amnesie liess auf eine weitgehende Bewusstseinstrübung während der Krankheit schliessen, die Affektarmut machte später einem grösseren Interesse an den Vorgängen der Aussenwelt Platz, das ganze Verhalten wurde schliesslich geordneter. Nach Bericht des Mannes soll die Kranke zu Haus keinerlei Krankheitserscheinungen geboten haben und alle Arbeiten verrichten können. Nach diesem Verlauf und deshalb, weil offenbar während der ganzen Zeit der Psychose eine Bewusstseinstrübung bestanden hatte, trotzdem die Kranke

durchaus nicht immer erregt war, sondern häufig auch stuporöse Phasen vorherrschten, ist die Diagnose auf einen schizophrenen Krankheitsprozess nicht mit völliger Sicherheit zu stellen, vielmehr ist es doch trotz des stark katatonischen Einschlages des ganzen Krankheitsbildes immerhin möglich, dass es sich doch um eine Amentia gehandelt hat, wenn auch wenig wahrscheinlich. — Genau wie bei den Psychosen im Puerperium sind also auch hier die katatonen Amentiaformen äusserst schwer von den echten Katatonien zu trennen; aus dem Zustandsbild kann eine Diagnose nicht gestellt, der weitere Verlauf muss nicht selten abgewartet werden. Und auch dann muss man mit der Diagnosestellung vorsichtig sein, weil auch echte Katatonien, wie ich bei den Puerperalpsychosen sah, gerade dann in Besserung bzw. Heilung ausgehen können, wenn sie mit Verwirrtheit und Erregung begannen. Wegen dieses Ausgangs allein, ohne Rücksicht auf das ganze Krankheitsbild eine Amentia anzunehmen, erscheint mir im vorliegenden Fall recht gezwungen.

Auch in der alten Grippeliteratur finden sich solche Fälle von Dementia praecox, die während einer Grippe begannen; eine genauere Besprechung derselben erübrigt sich, weil sich aus den alten Krankengeschichten oft nicht mit Sicherheit entnehmen lässt, ob tatsächlich eine Schizophrenie vorlag, oder nicht, und deshalb nicht ganz sicher festzustellen ist, wieviel echte Schizophrenien nun wirklich unter diesen Fällen waren. Sie finden sich im übrigen hauptsächlich unter denjenigen von den 112 Gesamtfällen, die von vorne herein abgetrennt und bei der Besprechung hier garnicht berücksichtigt worden sind, weil ein engerer Zusammenhang mit der Grippe nicht gegeben schien.

Es folgen nun weiter die erst nach Fieberabfall zur Entwicklung gekommenen, also postfebrilen Psychosen. Es handelt sich um 6 Fälle = 25pCt. des Gesamtmaterials. Bei der Epidemie im Jahre 1890/91 wurde besonders die Häufigkeit der postfebrilen Psychosen nach Grippe betont. So veröffentlichten Kraepelin, Pick, Becker, Krause, Solbrig, Fehr, Krypiakiewicz ausschliesslich postfebrile Psychosen nach Grippe. Unter den Fällen Kirn's finden sich 39 Rekonvaleszenzpsychosen gegen nur 15 Fieberpsychosen. Unter dem von mir zusammengestellten Material von 85 Fällen finden sich 53pCt Rekonvaleszenzpsychosen = 62pCt. des Gesamtmaterials. Die postfebrilen Psychosen sind also unter dem alten Material über doppelt so stark vertreten, wie unter dem jetzigen, jedoch liess sich nach den mitgetheilten Krankengeschichten die Zeit des Beginns nicht immer ganz genau feststellen, so dass es denkbar ist, dass sich unter den vermeintlichen postfebrilen Fällen noch eine Reihe von febrilen Fällen finden. Das mag ein Grund für das scheinbar starke Ueberwiegen der postfebrilen

Psychosen beim alten Material gegenüber dem meinigen sein, jedoch sicher nicht der ausschlaggebende. Vielmehr ist es wohl auch sicher, dass unter den postfebrilen Psychosen des alten Materials trotz sorgfältiger Auswertung immer noch eine Reihe von Fällen sind, die mit der Grippe nur in losem Zusammenhang stehen und selbständigere Krankheitsbilder gewesen sind. Ich glaube aber, dass auch dieser Grund keine ausreichende Erklärung für das starke Ueberwiegen der Rekonvaleszenzpsychosen in der früheren Epidemie, bzw. das Ueberwiegen der febrilen Psychosen in der jetzigen Epidemie abgibt. Vielmehr ist mir wahrscheinlich, dass der Grund dafür auch darin zu suchen ist, dass in der letzten Epidemie überhaupt häufiger sehr schwere Grippeinfektionen zur Beobachtung kamen, als bei der früheren Epidemie, worauf schon die grössere Mortalität bei der letzten Epidemie hinweist, so dass es erklärlich ist, wenn bei der häufigeren schweren Allgemeininfektion öfter direkt während des akuten Stadiums des infektiösen Prozesses ausbrechende Psychosen zur Beobachtung kamen, als früher. Ich glaube, dass die aufgezählten Gründe eine genügende Erklärung für die abweichende Verteilung der Psychosengruppen in den zwei Epidemien geben. Der Angabe Kleist's, dass auch bei der letzten Epidemie die postfebrilen Psychosen die febrilen bedeutend überwogen, kann also nach meinem Material nicht beigeprichtet werden.

Unter meinen 6 Fällen waren 4 schwer belastet, 2 disponiert, also war wohl eine pathologische Konstitution in allen Fällen der postfebrilen Psychosen vorhanden. Eine Frau befand sich ausserdem z. Zt. der Erkrankung in der Laktation. Von den 53 Fällen aus der Literatur waren 6 schwer belastet, 19 disponiert, 9 beides, also $34 = 64$ pCt. aller Fälle.

Eine ausgesprochene Disposition zu psychischen Erkrankungen ist also bei den postfebrilen Psychosen häufiger, als bei den febrilen Gruppen, sowohl unter dem neuen Material (100 pCt. gegen 40 pCt. bzw. 67 pCt.), wie auch unter dem alten (64 pCt. gegen 36 pCt. bzw. 50 pCt.).

Dagegen scheinen meine postfebrilen Fälle durchweg leichtere Grippeformen überstanden zu haben, als die Fälle der ersten Gruppe und zum Teil die der 2. Gruppe, bei denen besonders häufig „hohes Fieber“ erwähnt ist. Unter meinen postfebrilen befand sich überhaupt nur 1 Fall mit Pneumonie. Unter dem alten Material waren bei den postfebrilen Psychosen ebenfalls die leichten Grippefälle häufiger, soweit sich das überhaupt noch feststellen liess.

Unter meinen Fällen von postfebrilen Psychosen waren $3 = 38$ pCt. männliche Individuen (ausschliesslich jugendliche unter 17 Jahren),

5 = 62 pCt. weibliche Individuen, unter dem alten Material 31 = 58 pCt. männliche, 22 = 42 pCt. weibliche Individuen und zwar waren hier unter den männlichen die jugendlichen Individuen mit 3 Fällen in sehr geringer Anzahl vertreten. Während also der Prozentsatz an männlichen Individuen meines Materials in der postfebrilen Gruppe ungefähr ebenso gross und sogar etwas schwächer wie in den übrigen Gruppen ist, überwiegt unter den alten Fällen hier das männliche Geschlecht ganz im Gegensatz zu den febrilen Psychosen. Zum Teil liesse sich das darauf zurückführen, dass es sich bei den alten Fällen eben doch hier und da nicht um rein symptomatische Psychosen gehandelt hat, sondern um selbständigere Krankheitsbilder, dass deshalb die Verteilung auf die Geschlechter auch eine andere ist als in unserem Material, aber eine ausreichende Erklärung für diese Tatsachen ist das nicht, da die Fälle des alten Materials doch nach dem Gesichtspunkt des wirklichen Zusammenhanges der Psychose mit der Grippe genau gesichtet sind.

In den 2 ersten Fällen der postfebrilen Gruppe handelt es sich um amentiaähnliche Krankheitsbilder:

19. Marg. K., geb. St., Arbeiterfrau, 31 Jahre. Vorgeschichte: Ein Bruder periodisch geisteskrank. Normale Entwicklung. Nie psychisch auffällig. Ausser an Diphtherie nie krank. Heiratet 1905. Glückliche Ehe. 3 gesunde Kinder. Mann im Feld. — Fleissig, ordentlich verträglich. — Menses in der letzten Zeit unregelmässig. — Mai bis Juli 1918 wegen frischer Lues in Behandlung, ebenso im Herbst 1918. — Mitte September an Grippe erkrankt, lag bis Mitte Oktober. Seit 11. 10., nach einer Salvarsaninjektion, die am 8. 10. gemacht war, verwirrt, betete den ganzen Tag, sagte immer: „Vater vergib ihnen.“ Schief nur auf Mittel. Nahrungsaufnahme gering.

Aufnahme am 15. 10.: Temperatur 37,8. Puls 90, regelmässig. Zunge stark belegt. Starker Rachenkatarrh, auf den Lungen beiderseits katarrhalische Erscheinungen. Sonst körperlicher Befund o. B. Die spätere Liquoruntersuchung ergibt 22 Lymphozyten pro 1 cmm. Pandy +, Parant und Nonne Phase I Spur, W. R. bei Auswertung von 0,5 an +, im Blut +. Redet viel, stellt viel Fragen: „Soll mein Mann nochmal zu mir kommen? Ich will mit ihm snacken.“ „Herr Doktor, ich bin hungrig.“ „Herr Doktor, mein Mann soll mir Zwieback bringen! Ich hab Mehl im Haus, ich will mir was backen.“ — „Herr Doktor, Sie sind mir doch nicht böse, dass ich so viel frage?“ Erzählt von ihren Kindern, bittet den Arzt, er möchte um Geld telephonieren, sie wolle den Schwestern Trinkgeld geben. Sagt plötzlich: „Schwester, ich will Ihnen einen Kuss geben.“ Auf die Frage, warum sie immer sagte: „Vater vergib ihnen“ und gebetet habe, meint Pat.: Sie habe so viel Angst gehabt, man habe sie totmachen wollen und sie habe sich nicht wehren können. Sie habe hinter der Wand jemand gehört, auch habe jemand geflötet, sie solle herauskommen. Ihr Mann habe sie totstechen wollen, weil sie nicht in den Wagen gewollt habe, mit dem sie nach Kiel gebracht werden sollte. Krank sei sie gewesen, aber sie habe es damals

nicht glauben wollen. Sie habe viel Kopfweh gehabt. Den Arzt habe sie herausgeworfen, weil er sie mit seiner Medizin habe umbringen wollen. — Orientierung der Pat. wechselt, sagt einmal: „Hier ist etwas Elektrisches“, ein ander Mal: „Das ist so eine Art Verrücktenhaus! Kann Datum und Wochentag nicht nennen, weiss aber Jahr und Monat. — Rechnet einige einfache Rechenaufgaben teils falsch, teils richtig, meint auch, sie könne das ohne Papier nicht ausrechnen. Stimmung gleichmässig. Kein ausgesprochener Affekt. Anscheinend z. Z. keine Halluzinationen. Als sie aus dem Zimmer herausgeht, ruft sie: „Vater vergib.“ —

Schläft zeitweise am Tage, legte sich am 17. 10. unter das Bett, weil man sie totstechen wolle. Sagt öfter: „Vater vergib.“ Bisher kein Fieber mehr.

Am 18. 10. Oertlich orientiert, über Zeit und Umgebung mangelhaft. Eine Zigeunerfrau, die in ihr Haus gekommen sei, habe sie behext, habe seitdem so viele Kopfschmerzen gehabt. Es seien immer so viele hinter dem Fenster gewesen, die sprachen, weinten, klopfen. Eine Person habe ins Fenster wollen und sie mit der Schere stechen wollen. Hebt den Arm, um es zu zeigen, und lässt ihn erhoben stehen. Habe Angst gehabt, dachte, man wolle sie ermorden. Ihr Mann sei auch hässlich gewesen, habe immer nicht hören wollen, sei auch behext gewesen, habe sie gekniffen, gekratzt, wollte sie nicht aus dem Bett lassen. Seit 5 Wochen habe sie nicht schlafen können. Habe damals geglaubt, der Teufel sei auf dem Boden, in Wirklichkeit sei es die Katze gewesen. — Hier fürchte sie, vergiftet zu werden. Die „eine Weisse“ wolle das, das Essen roch so gediegen. Sie glaube aber nicht mehr an die Vergiftung. Anfangs sei ihre Mutter hier hinter dem Fenster gewesen, es habe jemand hinter der Tür gelärmt, ob sich das auf sie bezogen habe, wisse sie nicht. Unter das Bett habe sie sich gelegt, weil man ihr was tun wollte. Kein Fieber mehr. —

Am 19. 10. Abends sehr erregt, will durchs Fenster, schreit nach einem Schutzmann, sie werde hier totgemacht.

20. 10. Abends 38,1.

21. 10. Aeussert Vergiftungsideen. Spuckt das Aspirin aus. Temperatur 37,8/38,2.

22. 10. Ein Mann namens Sch. wolle sie vergiften, weil sie nicht mit ihm ausrücken wollte; sie habe mit ihm sexuell verkehrt. Er könne die schwarze Kunst aus dem 6. und 7. Buch Moses. Der Gott habe ihr das gesagt: „das sagt mir immer so was.“ Wenn sie betete, sei es ihr gewesen, als wenn Gott anwortete. Der Arzt wolle Gericht über sie halten, weil sie abgetrieben habe. „Sie werden es dem Gericht sagen.“ — Seufzt ab und zu tief. Habe Angst, wovor, wisse sie nicht. Heute Nacht sei wieder jemand am Fenster und an der Tür gewesen, ein gefangener Engländer. Die Frau, die gestern gekommen sei, habe mit ihm Verkehr gehabt. „Das kann ich so merken, wenn ich beten tue, das führt er mir so vor Augen.“ Alles das seien keine krankhaften Einbildungen. Etwas ängstlich und weinerlich. Puls 120, regelmässig. Temperatur 38,2/38,5. Lungen o. B. Oertlich und über die eigene Person und die Umgebung orientiert, zeitlich ungenau. Erkennt den Arzt. Weiss, wo sie vor 8 Tagen war. Gewisse Krankheitseinsicht. Sie sei traurig, weil sie nicht wisse,

wo ihre Kinder seien. Sie werde von allen Leuten verspottet, höre immer Schafe blöken. Einmal habe sie den Teufel bei sich auf dem Bett sitzen sehen. In den nächsten Tagen ruhiger, bleibt im Bett. Leichtes Fieber.

26. 10. Bisher mässiges Fieber, heute Temperatur morgens 40,4, abends 39,4. Kein lokaler Befund. Oertlich, zeitlich, über Person und Umgebung orientiert. Sei nicht mehr traurig. Sie sei ein bisschen krank, erkältet, blutkrank. Ihr Mann habe sie angesteckt. — Sie werde von bösen Menschen verfolgt. Zu Haus hätten die Leute über sie gesprochen. Hier höre sie jetzt nichts mehr, schlafe auch gut, sehe nachts keine Gestalten mehr. Ob dieselben wirklich dagewesen seien, wisse sie nicht, es könne auch Einbildung gewesen sein. Zu Haus hätten die Leute aber wirklich über sie gesprochen, dass sie mit Sch., einem Russen verkehrt habe. Sie könne nichts dafür, dass sie es getan, der könne die schwarze Kunst, die Sympathie. Wiederholt die Geschichte vom Teufel, der auf ihrem Bett, auf ihr gelegen habe, am ganzen Körper Haare hatte. Sie glaube, es sei Sch. gewesen. Keine Angst mehr. Rededrang ist geschwunden, wesentlich geordneter, ruhig. Es sei richtig, dass der liebe Gott zu ihr gesprochen habe, wenn sie betete; es könne auch eine Täuschung sein, sie glaube es aber nicht. Dass sie so viel geredet habe, habe wohl an der Krankheit gelegen. Sie habe 5 Wochen Kopfweh gehabt. Auf die Frage, ob sie noch glaube, dass Sch. sie erschiessen wollte, lacht Pat. Sie habe wohl phantasiert.

27. 10. Abends 39,5, morgens 37,0.

29. 10. Verhielt sich weiter ruhig. Erklärte heute plötzlich, heute abend wäre sie tot, bis dahin würde sie geschlachtet sein, nachts wäre ihr Jodoform eingeflösst, sie röche danach aus dem Halse. Verliess wiederholt das Bett, sagte: „Wenn sie mich so stehen lassen, will ich auch ganz ruhig sein.“ Temperatur 37,5.

3. 11. Menses. Bis gestern noch leichtes Fieber. Seit dem 30. 10. völlig ruhig, klar, auch durch die Lumbalpunktion am 31. 10. nicht weiter erregt.

10. 11. Seit dem 7. 11. wieder subfebrile Temperaturen. Völlig klar, ruhig. Oertlich, zeitlich, über Umgebung orientiert, erkennt den Arzt. Weiss, von wem sie hergebracht wurde, wo sie vor 8 Tagen, einem Monat war. Bestreitet jegliche Halluzinationen und Verstimmung. Fühle sich wohl. Sehe im Traum noch gelegentlich ihren toten Vater, träume aber selten. Krankheits-einsicht für die Sinnestäuschungen. Den Sch. habe sie immer sprechen hören, er habe immer mit jemand anders gesprochen, sie habe Angst vor ihm gehabt, dachte, er wolle sie erschiessen. Sei unter die Decke gekrochen, damit er sie nicht sehe. 3 Nächte lang habe sie ihn gehört, sonst nicht. Sie könne es nicht recht glauben, dass er in Wirklichkeit dagewesen sei. Sie habe auch immer den Teufel mit seinem Pferdefuss gehen und hinken hören. Dass sie fürchtete, Jodoform bekommen zu haben, habe sie sich wohl eingebildet. Es war ein Schlafmittel, das schlecht roch und schmeckte. Das Essen schmeckte bitter, habe deshalb an Gift geglaubt, gefürchtet, nicht wieder herauszukommen. — Dass zu Haus mal jemand an ihrem Bett gewesen sei, sei Tatsache, aber schon vor Jahren passiert. Sch. sei damals bei ihr eingedrungen und habe sie

offenbar umbringen wollen, weil sie Geld im Hause hatte. Die Leute hätten ihr nachgesagt, sie habe ein Verhältnis mit Sch. Deshalb habe sie sich damals viel Kummer gemacht. In Wirklichkeit habe sie nie ein Verhältnis mit Sch. gehabt.

17. 11. Seit dem 11. 11. kein Fieber mehr, bis dahin subfebrile Temperaturen. Etwas still, sonst geordnet und völlig klar, orientiert. Keine Sinnes-täuschungen. Es sei richtig, dass Sch. sie vor 2 Jahren habe einmal vergewaltigen wollen, nachdem er nachts bei ihr eingestiegen sei. Die Vergewaltigung sei nicht gelungen, weil sie sich gewehrt habe. Sie habe es nicht angezeigt, weil sie keine Zeugen hatte und nicht davon sprechen mochte. Eine andere Frau habe gesehen, dass Sch. zu ihr ins Fenster stieg, später hätten die Leute darüber gesprochen, dass sei ihr jetzt durch den Kopf gegangen. Damals sei sie nervenkrank geworden, habe viel weinen müssen.

18. 11. Kein Fieber mehr. — Entlassen. — Machte vorher lange Aufzeichnungen, in denen sie die Vorfälle mit dem Russen Sch. eingehend schildert. Katamnese nicht zu erhalten.

Im vorliegenden Fall handelt es sich vielleicht nicht um eine ganz reine Rekonvaleszenzpsychose, weil während der psychischen Erkrankung wieder Fieber auftrat, anfangs auch noch katarrhalische Erscheinungen noch nachzuweisen waren. Da die Psychose aber in einem fieberfreien Stadium zum Ausbruch kam, wurde sie zu den Rekonvaleszenzpsychosen gerechnet, wenn auch das Wiederauftreten des Fiebers vielleicht auf ein Gripperezidiv hinweist. Weiter ist als Besonderheit dieses Falles hervorzuheben, dass die Patientin an einer Lues II mit Meningealerkrankung litt und deswegen im Rekonvaleszenzstadium der Grippe Salvarsan erhalten hatte. Man könnte annehmen, dass vielleicht diese Salvarsaninjektion irgendwie ursächlich auf den Ausbruch der Psychose eingewirkt hätte, da diese 3 Tage nach der Injektion begann. Ich halte das aber nicht für wahrscheinlich, da die Kranke offenbar schon vor der Injektion Prodromalsymptome der Psychose gehabt hatte, insbesondere selber angab, dass sie schon seit Wochen schlecht geschlafen habe. Deshalb scheint mir auch die Annahme unwahrscheinlich, für die sich der Hausarzt zunächst aussprach, dass es sich bei der Kranken um eine Art Herxheimer'sche Reaktion, die durch die Salvarsaninjektion hervorgerufen war, gehandelt habe, zumal die Kranke sonst jegliche auf solche Reaktion hinweisende Symptome wie Kopfschmerzen und andere meningeale Reizerscheinungen vermissen liess, zwar am Aufnahmetage eine subfebrile Temperatur aufwies, dann aber 5 Tage völlig fieberfrei war. Aus allen diesen Gründen halte ich einen Zusammenhang der Psychose mit der Salvarsaninjektion bzw. Lues nicht für vorliegend, sondern die Auffassung dieser Psychose als infektiöse bzw. postinfektiöse Krankheitserscheinung für berechtigt. Sie

war zunächst gekennzeichnet durch leichte Verwirrtheit mit Störung der zeitlichen Orientierung und Oberflächlichkeit der örtlichen Orientierung, einer gewissen Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und Merkfähigkeit, ferner durch optische und akustische Sinnestäuschungen, gelegentlich auch Geschmacks- oder Geruchstäuschungen, gehobene Stimmung, die mit ausgesprochenen Angstzuständen, ängstlichen Wahnvorstellungen, Verfolgungs- und Beeinträchtigungs-, Vergiftungsideen, wahnhaften Umdeutungen von Reminiszenzen aus der Vergangenheit, abwechselte. Vereinzelt kam es zu heftigen ängstlichen Erregungen. Oft aber fehlte auch jede besondere affektive Färbung, die Affektlage war dann eine ganz indifferente. Während sich die Orientierung besserte, hielten die lebhaften Sinnestäuschungen und die Verfolgungsideen zunächst an. Besonders auffallend kehrten in den wahnhaften Gedankengängen und Umdeutungen sowie in den Sinnestäuschungen Reminiszenzen an ein früheres schreckhaftes Erlebnis (Vergewaltigung durch einen Russen) wieder. Etwa 14 Tage nach Beginn der psychischen Störungen wurde die Kranke trotz eines erneuten Temperaturanstieges ruhiger und geordneter, die Sinnestäuschungen, der Rededrang traten zurück, nur einmal kam es noch vorübergehend für einen Tag zu einem Aufflackern der Angst und Sinnestäuschungen, dann trat dauernde Beruhigung und Aufklärung ein. Etwa 20 Tage nach Beginn der Psychose waren keine psychischen Störungen mehr nachzuweisen, nur war die Kranke noch etwas still und zurückhaltend. Genauere Explorationen ergaben, dass die Erinnerung an die Krankheitsvorgänge nicht wesentlich gestört war, dass den Wahnvorstellungen vielfach das oben erwähnte, jedoch schon längere Zeit zurückliegende schreckhafte Ereignis zu Grunde gelegen hatte. Bemerkenswert ist hier der offenbar geringe Grad von Bewusstseinsstrübung. Dafür, dass eine solche doch bestanden hat, trotzdem nachher eine ausgesprochenere Amnesie nicht nachzuweisen war, sprechen die leichten Orientierungsstörungen im Anfang, der Mangel an Konzentrationsfähigkeit, die Merkfähigkeitsstörung und wohl auch die Neigung zu einer Fülle von flüchtigen hypnagogen Halluzinationen und nächtlichen Sinnestäuschungen. Infolge der Geringfügigkeit der Bewusstseinsstrübung, der Lebhaftigkeit der Wahnvorstellungen bestanden gewisse Anklänge an akut paranoische Zustände, obwohl jegliche Systematisierung der Wahnideen fehlte. Kurz sei nur darauf hingewiesen, dass eine progressive Paralyse schon wegen der Kürze der Zeit zwischen luetischer Infektion und Ausbruch der Krankheitserscheinungen, ferner auch wegen des Fehlens jedes körperlichen Symptoms, das hierfür sprechen könnte, selbstverständlich auszuschließen war.

20. K. S., Dienstmädchen. 17 Jahre. Vorgeschichte: Mutter und Schwester periodisch schwermütig. — Früher gesund. Lernte auf Dorfschule nach dem Abgangszeugnis genügend. Von Mitte November 1918 ab Grippe, lag 14 Tage. „Gleich darauf“ Anzeichen von Geisteskrankheit. Betete dauernd, lief nachts herum, hatte Angst, kam ins Krankenhaus L. Versuchte fortzulaufen, sich einzuschliessen, äusserte Wahnideen.

18. 12. 1918 Aufnahme: Körperlicher Befund: Infantiler Habitus, Fehlen der Achsel- und Schamhaare. Fieber. Sonst o. B. — Gibt Personalien richtig an. Oertlich, über Umgebung und zeitlich nicht orientiert. Gibt Hören von Männerstimmen zu, die Schimpfwörter sagten, sie mit Erstechen bedrohten. Anscheinend keine optischen Halluzinationen. Klagt über Kopfschmerzen. Berichtet auf Befragen kurz über ihre Grippekrankung, ihre letzte Stellung. — Schwer zu fixieren, versinkt oft, starrt vor sich hin, spricht meist leise, flüsternd, lächelt viel. Antwortet zuweilen etwas den Fragen gänzlich Fernliegendes. Spricht zuweilen inkohärent vor sich hin.

21. 12. Noch orientiert, verkennt die Umgebung, lächelt süsslich, unterhält sich infantiler Weise mit dem Bettschirm, der neben ihrem Bett steht, antwortet verkehrt. Läuft zuweilen planlos herum.

25. 12. Immer läppisch infantil. Spielt kindlich mit dem Bettzeug. Heute örtlich orientiert, zeitlich nicht. Antwortet geordneter. Liest in einem Märchenbuch, das sei schön.

27. 12. Oertlich und zeitlich nicht orientiert, kommt auf das richtige Datum, nachdem ihr vorgehalten, dass Weihnachten war. Kann sich daran und an die Geschenke erinnern. Ueber Umgebung teilweise orientiert. Sie sei vergnügt, nicht traurig. Weiss, wo sie vor 8 Tagen, vorige Weihnachten war. Es gefällt ihr hier. Gibt Stimmen zu, vermag aber Näheres darüber nicht anzugeben. Spricht dann ganz verwirrt: „Brief in L., hat das Mädchen behalten, als ich bei Herrn Pastor in der Kirche sass, habe ich nicht bekommen, das kleine Kind Dora, habe ich immer selbst mit gespielt“. Spricht zuerst laut, dann immer leiser. Antwortet meist sinngemäss, spricht ab und zu einige sinnlose Sätze dazwischen. Immer kindisch, lächelt viel, erzählt von ihrem Märchenbuch.

4. 1. Spielt viel mit Büchern und Bildern. Habe Angst vor fremden Leuten, fürchte, die würden sie umbringen. Es ist nicht herauszubringen, von wem sie umgebracht zu werden fürchtet. Will nachts Stimmen hören, lustige, manchmal auch ängstliche. Lehrer B. spreche hier. — Fängt ab und zu Sätze an, mit denen sie nicht zu Ende kommt. Sehr ängstlich. Keine Krankheitseinsicht, macht verträumten Eindruck. Oertlich und zeitlich desorientiert, über Umgebung nur teilweise orientiert. Zuweilen sei sie traurig. — Kann Vorgänge auf einfachen Bildern zum Teil nicht erkennen und schildern, hält Schmetterlinge für Maikäfer, vermag Korn- und Mohnblumen nicht zu benennen, sagt nur „rote Blumen“. Versinkt oft.

7. 1. War nachts zuweilen unruhig, lachte laut. Steht lange vor dem Spiegel, lacht. Heute etwas geordneter. Immer noch örtlich und zeitlich und über Umgebung desorientiert, erkennt aber Ref. Sei krank, habe viele Kopfschmerzen; will die andern über sich sprechen hören.

12. 1. Zustand wechselnd; bald zugänglich, ziemlich klar, dann verschlossen ängstlich. Macht sich viel Gedanken. Aeussert heute ganz unsinnige Gedankengänge: „Pommerland hat gesiegt gegen den deutschen Kaiser von Kiel“. Das habe sie auf einer Ansichtskarte gesehen (die ein Dorf darstellt). „Oesterreicher haben auch gesiegt, 1838, es ruht aber in einem Schrank. Das ist Pommern. Postbote — Schneider. Ich habe mich im Wasser gewaschen, das ist Pommern; ich habe quak-quak im Wasser gehört. Wer macht so? Christkanone“.

15. 1. Liest viel. Wechselnder Stimmung, meist heiter. — Sei traurig über Pommern. „Da habe ich eine Karte gelesen, da war ein weisses Haus und alles darauf. Die deutschen Soldaten haben den Pommern geholfen, weil sie in Not waren“ usw. „Ich habe ein Buch gelesen von Grimm, Hänsel und Gretel“. — (Was ist Christkanone) „ein Bild von P. F. von Fisch“. Daran, was die Stimmen nachts sagten, könne sie sich nicht erinnern. „Ich möchte gerne nach Kiel“. Nach längerer Unterredung sichtlich ermüdet, gibt immer unsinnigere unverständlichere Antworten.

16. 1. Oertlich nicht, zeitlich mangelhaft orientiert, weiss nicht, wie lange sie hier ist. Spricht sehr leise. Etwas schwer besinnlich.

20. 1. Eigenartig zerfahrenes, konfuses Verhalten. Zieht die Wolldecke aus dem Bettbezug, wickelte sie um ihren Körper, deckte den leeren Bezug über sich und das Bett. Versteckt ein paar Filzschuhe im Bett, weil sie so warm seien. Nässte einmal am Tage ein.

28. 1. Berichtet heute über Gesichtstäuschungen, will Sterne in allen Farben sehen, steht mit heiterem Gesichtsausdruck am Fenster und sieht nach oben.

31. 1. Starrt stundenlang auf ein und dasselbe Bild, kaut am Finger. Wenig Spontaneität. Ratlos. Erkennt den Arzt. Glaubt in einem Militär-lazarett in Kiel zu sein. Zeitlich nicht orientiert. Weiss Länge des bisherigen Aufenthaltes hier. Klagt über häufige Kopfschmerzen. Will Stimmen von der Strasse her hören, die sprächen von Pommern. Auffassung erschwert. Aufmerksamkeit gestört. Keine erkennbare affektive Färbung. Sei lustig „über so viel“. Lacht läppisch. Bestreitet Angst. Auf die Frage, was mit Pommern sei, davon möge sie nichts hören, lieber von Italien und Russland. Sie rede davon, weil sie es auf einer Karte gelesen habe (Ansichtskarte eines holsteinischen Dorfes). Heute höre sie nichts. — Läppisches Gebahren, zieht sich einen Strumpf über den Kopf, versteckt alle möglichen Gegenstände (Buch, Zeitungen, Zahnbürsten usw.) im Bett.

6. 2. Antwortet oft verkehrt. Besieht sich Bilderbücher. Glaubt darin Verwandte zu sehen. Oeffer heiter-läppischer Stimmung. Konfuses Gebahren.

7. 2. Menses.

11. 2. Oertlich ungenau, zeitlich nicht orientiert. Kennt Ref., will aber erst einmal vor langer Zeit mit ihm gesprochen haben. Lacht viel. Gibt Stimmenhören zu, bestreitet optische Halluzinationen. Reihenaufsagen (Monate rückwärts), Lösen einfachster Rechenaufgaben gelingt nicht. Zeitweilig wird dabei der Eindruck des Vorbeiredens erweckt. Sehr läppisch.

15. 2. Ruhig. Ab und zu sonderbare Einfälle. Behauptet plötzlich, es sei ein Paket für sie abgegeben. Arbeitet jetzt auf der Abteilung mit. Zuweilen mürrisch, gereizt. Etwas einsilbig.

23. 2. Wieder stiller. Steht in einer Ecke; antwortet nicht. Wollte eine Flasche mit Skabiol trinken.

25. 2. Halluziniert anscheinend, will wenig geschlafen haben, weil sie Lärm hörte. Verschiedentlich gehemmt, mutistisch. Beschäftigt sich nicht.

1. 3. Zeitweilig nörgelig, unzufrieden, öfter leicht gehemmt. Wenig Spontaneität.

11. 3. Reizbarkeit hält an; keine Krankheitseinsicht, arbeitet wieder.

15. 3. Geordneteres Verhalten. Wenig verstimmt und abweisend. Spielt gern mit einem Kinde.

16. 3. Menses.

22. 3. Schreibt heute einen leidlich geordneten, aber etwas kindlichen und inhaltslosen Brief an ihre Schwester. Ueber Zeit, Ort, Umgebung jetzt orientiert. Weiss, auf welcher Station sie Weihnachten lag. Habe jetzt noch zuweilen Kopfschmerzen, besonders abends. Sie helfe jetzt bei der Arbeit. Gewisse Krankheitseinsicht. Weiss, dass sie verwirrt war, von Pommern sprach. Glaubte, eine Landschaft aus Pommern auf einer Ansichtskarte gesehen zu haben. Habe nachts Stimmen gehört, die sprachen und sangen, konnte deshalb nicht schlafen, hatte Angst vor den Stimmen. Was sie sagten, könne sie nicht mehr angeben, da es schon so lange her sei. Auffassung, Aufmerksamkeit zur Zeit ungestört. Aber noch deutliche Denkerschwerung, die besonders bei Reihenaufgaben (rückläufigen Assoziationen), Schilderung von Vorgängen auf komplizierteren Bildern hervortritt. Deutliche Merkfähigkeitsstörung, die sich besonders beim Wiedererzählen gelesener Geschichten bemerkbar macht. Kann einfache Additions- und Subtraktionsaufgaben im Kopf nicht ausrechnen, Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins dagegen leidlich. — Weiterhin fleissig, klar, geordnet, noch etwas kindliches Wesen. Hat stark an Gewicht zugenommen. Reizbarkeit schwindet. Schreibt am 25. 3. zwei etwas erotisch gehaltene Briefe an zwei „Freunde“, von denen der eine recht konfusen und unverständlichen, der andere geordneteren Inhalts ist.

15. 4. Keine Klagen. Geordnet. Orientiert. Keine Halluzinationen mehr. Noch ausgesprochene Merkfähigkeitsschwäche. Bei näherer Prüfung auch noch deutliche Denkerschwerung, Kopfrechnen geht sehr schlecht. Erkennung von Heilbronner'schen Bildern deutlich erschwert.

25. 4. Weiter äusserlich geordnet. Arbeitet fleissig in der Küche.

1. 5. Hat fieberhafte Angina überstanden, ohne dass irgend eine Aenderung des psychischen Befindens eingetreten wäre. Menses.

3. 5. Gestern Urtikaria, Fieber, Urtikaria heute geschwunden. Oedem des Gesichts. Im Urin Eiweiss. Vereinzelte granulierte Zylinder.

11. 5. Keine Anzeichen von Nephritis mehr, Oedem geschwunden. Kopfrechnen geht noch schlecht. Geordnet, fleissig.

22. 5. Für Zeit der psychischen Erkrankung nur lückenhafte Erinnerung. Weiss nichts von dem nächtlichen Herumlaufen, den Angstzuständen, dem

Beten zu Haus, kann sich aber an die Aufnahme hier, das Durcheinandersprechen, ihre Erzählungen von Pommern, von eigentümlichen Aeusserungen, z. B. das „Quak, Quak“ erinnern. Das hänge mit einer Stimme zusammen, die sie nachts gehört habe. Kann keine nähere Erklärung dafür geben, weiss nicht, was sie mit Christkanone meinte. Merkfähigkeit besser. Unverändert ruhig und geordnet. Allgemeine Kenntnisse gering.

30. 5. Weiter geordnet. Soll aber in letzter Zeit weniger fleissig sein. Errötet bei Vorhaltungen darüber lebhaft. Hat weiter stark an Gewicht zugenommen. Lösen einfacher Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins gelingt gut. Ausrechnen von Subtraktions- und Additionsaufgaben im Kopf schlecht, schriftlich besser. Will das nie gut gekonnt haben, Zeitlich und örtlich orientiert. Keine Auffassungs- und Aufmerksamkeitsstörung mehr.

31. 5. Geheilt nach Hause entlassen. — Schreibt später eine geordnete Karte.

Das schwer belastete jugendliche Mädchen mit stark infantilem Habitus erkrankte bald nach Fieberabfall mit einer leichten ängstlichen Erregung, motorischer Unruhe, Gehörstäuschungen und Wahnvorstellungen ängstlicher Natur. Das Bewusstsein war zweifellos, wenn auch nicht sehr hochgradig getrübt, die Orientierung wechselnd tief gestört, der Gedankengang zerfahren, auch bestand eine Neigung zu konfabulatorischen Erzählungen, zu wahnhaften Umdeutungen des Wahrgenommenen. Dabei trat öfter ein ausgesprochen läppisches, infantiles Gebaren zutage, das die ängstliche Verstimmung vielfach verdrängte. Die Erregung bestand nur ganz im Anfang, dann aber bot die Kranke monatelang das Bild äusserer Ruhe, die nur ganz vorübergehend leichter Unruhe in der Nacht wich. Während langer Zeit war der Kranken geordnetes, zusammenhängendes Denken nicht möglich, die Zerfahrenheit, die mangelnde Konzentrationsfähigkeit, die bei Unterhaltungen bald eintretende Ermüdung, die sich dann in der Unmöglichkeit, sich geordnet auszudrücken, zeigte, bestanden fort. Da das Vorstellungsleben von höchst eigenartigen zusammenhangslosen, verschobenen, aus Reminiszenzen von Gelesenem und wahnhaften Umdeutungen heraus erwachsenden Ideen und konfabulatorischen Einfällen beherrscht war, bot die Kranke ein höchst sonderbares Bild der Zerfahrenheit und Ratlosigkeit. Zuweilen hatte man bei der Unterhaltung mit der Kranken den deutlichen Eindruck des Vorbeiredens, des Negativistischen. Auch zeigte sich gelegentlich, aber schnell vorübergehend, eine gewisse Hemmung und Mutismus. Jetzt, nach Ablauf der Psychose, aber muss dieses eigenartige Verhalten, das äusserlich an das Hebephrener erinnerte, mit der Zerfahrenheit, Ratlosigkeit und Denkerschwerung in Zusammenhang gebracht werden. Ein echter Negativismus hat nicht bestanden und eine Hebephrenie war wegen der Bewusstseinstäubung, der Merkfähigkeits-

schwäche, dem ganzen Verlauf auszuschliessen. Die Sinnestäuschungen traten im ganzen zurück, die Kranke schien nicht wesentlich durch diese beeinflusst, vermochte auch nie genauer den Inhalt derselben anzugeben. Erst nach langer Zeit, nach etwa 3 Monaten, begann die Zerfahrenheit etwas zu weichen, die übrigen Denkstörungen bestanden aber noch weiter, was sich in mangelhafter Orientierung, Merkfähigkeitsstörungen, Versagen bei Reihenaufgaben, bei Lösen von leichten Rechenaufgaben zeigte. Auch war der Kranken zunächst noch eine geordnete Beschäftigung nicht oder nur vorübergehend möglich. Allmählich wurde das Verhalten geordneter, die Denkstörungen schwanden langsam, die Stimmung zeigte hin und wieder noch einige Schwankungen. Die Kranke beschäftigte sich regelmässig. Die Besserung erfolgte unter erheblicher Gewichtszunahme.

Das Krankheitsbild könnte als Amentia mit einem ausserordentlich langen stationären Stadium der äusseren Ruhe, gelegentlicher und schnell vorübergehender Hemmung und angedeuteter Inkohärenz bezeichnet werden. Eine gewisse Aehnlichkeit des Krankheitsbildes besteht mit der Psychose im Falle 7, die ebenfalls sehr protrahiert verlief, jedoch traten in Fall 7 doch noch gelegentlich Erregungen auf, war die Kranke sonst erheblich gehemmt, die Stimmungslage eine mehr deprimiert-ängstliche, das Verhalten ratloser, während bei der Kranken Nr. 18 zuletzt mehr ein läppisches Gebaren vorherrschte. Der Mangel an akuterer Erscheinungen, insbesondere ausgesprochener Erregung, die nur ganz im Anfang vorhanden war, die äussere Ruhe, ohne stuporöse Symptome, in der sich die Kranke monatelang gleich blieb, der Mangel tieferer Bewusstseinstörung sprechen doch gegen eine Amentia. Eine grössere Aehnlichkeit hat Fall 18 dagegen mit den schweren Formen der postinfektiösen Schwächezustände Kraepelin's, mit denen sich der Zustand schliesslich am ehesten identifizieren liesse und mit denen er den Beginn mit einem Verwirrheitszustand, die Auffassungs- und Denkstörungen, die zusammenhangslosen und teilweise unverständlichen Aeusserungen gemeinsam hatte.

Der folgende Fall zeigt einen ausgesprochenen depressiven Stuporzustand:

21. J. J., Museumsbeamtenfrau, 30 Jahre. Vorgeschichte: Normale Entwicklung. Keine Belastung. Stets heiterer Stimmung. Etwas leicht erregbar. Eine normale Geburt. 22. 11. 1918 Grippe, lag 5 Tage mit Fieber über 40°, dann weniger Fieber. Lungen- und Rippenfell- sowie Nierenentzündung. — 11 Tage nach Beginn der Grippe depressive Ideen: Es habe alles keinen Zweck mehr; sie sei ja doch schon tot. Selbstmordideen. Aengstlich. Drängte aus dem Bett. Appetit sehr schlecht. Angeblich „Kinnbackenkrampf“; Arzt

konnte den Mund gewaltsam nicht öffnen. Angeblich durch Massage Besserung. Schlaflos. Seit 1. 12. Menses, die erst 8 Tage vorher aufgetreten waren. Sonst regelmässig.

Aufnahme am 6. 12. 1918: Normale Temperaturen. Gewicht 47,8 kg bei 163 cm Grösse. Müder, starrer, etwas ängstlicher Gesichtsausdruck, Tremor der Hände. Perkussionsschall über der ganzen linken Lunge leicht verkürzt, sonst normaler Lungenbefund. Sonstiger Befund o. B. — Menses. — Sieht versunken vor sich hin, befolgt alle Aufforderungen, jedoch langsam, gibt auf Fragen keine Antwort, stark gehemmt. Steht nach der Untersuchung plötzlich auf, geht im Zimmer herum, stellt sich in die Zimmerecke, setzt sich auf Aufforderung wieder hin, wackelt mit dem Körper hin und her, nestelt am Kleide. Leicht widerstrebend. Sich selbst überlassen, geht sie an den Spiegel, nestelt am Haar. Wehrt Nadelstiche kaum ab. Sagt, als der Arzt das Zimmer verlässt, „guten Abend“.

7. 12. Gehemmt, deprimiert. Fast völlige Nahrungsverweigerung, beim Kämmen sehr widerstrebend, sagt: „O, seid Ihr grausam, es ist eine Qual für mich!“ — Auf vieles Fragen gibt sie langsam Auskunft; ihr tue alles weh, sie wolle hier gern heraus. Oertlich orientiert, erkennt Arzt als solchen. Behauptet, schon sehr lange hier zu sein. Sie wolle gar nichts hier, sie wolle nur nach Hause, sie sei ja nicht krank. Sie habe Grippe gehabt, habe damals genau dieselben Beschwerden gehabt wie jetzt, z. B. Fieber. Jetzt habe sie so'n Schüttelfrost. Sie könne nicht schwer krank sein, ein schwer Kranker liege doch ruhig, sie könne aber nicht ruhig liegen, wolle nur gern heraus. Sie werde doch nicht wieder gesund. Die Leute hier seien alle ganz gut zu ihr, nur wenn sie aufstehen wolle, drückten sie sie ins Bett und rissen ihr die Haare aus. Auf Befragen, warum sie so still sei, sagt Pat.: „Ich tobe doch gerade so genug“. Zieht sich während der Exploration die Röcke über die Knie, klemmt die Hände zwischen die Knie. Essen könne sie nicht, „kann nicht schlucken, den Mund nicht öffnen, der Magen tut weh“. Antwortet auf die Frage, warum sie gestern nicht gesprochen habe, nicht. Wovor sie Angst habe, wisse sie nicht. „Wodurch geht denn die Angst weg?“

8. 12. Spricht beim Besuch des Mannes lange Zeit nicht. Entgegnet auf dessen Aufforderung, zu essen: „Ach, lass nur, ich komme doch nicht wieder heraus!“ Isst noch sehr wenig. Sondenfütterung.

9. 12. Ueber eigene Person, Ort, Umgebung orientiert, zeitlich nicht ganz genau. Glaubt, schon etwa 9 Tage hier zu sein. Weiss, dass sie vorher zu Hause war. Sie sei zuweilen traurig. Bestreitet Halluzinationen und Beeinträchtigungsideen. „Nur wird mir immer Nahrung eingeflösst, das ist nicht schön.“ Traurig sei sie, weil sie noch nicht wieder gesund sei. Auf die Frage, was ihr fehle, „ich weiss nicht, wie ich mich ausdrücken soll, bloss, dass mir immer die Nahrung eingeflösst wird. Soll sich keiner um mich kümmern, mich ruhig liegen lassen“. Ein paar Tage hungern schadete nichts, wenn sie ein paar Tage Ruhe hätte, werde sie gerne wieder essen. Sie esse nicht, weil sie so gerne mal ausschlafen wolle. „Heute abend nicht mehr essen?!“ Auf die Frage, ob der Magen nicht in Ordnung sei, meint Pat.: Ja,

als wenn das Fleisch am Körper nicht mehr so richtig kräftig ist“. — Sie glaube jetzt, dass sie wieder gesund werde. Sie habe immer Angstgefühl, wovor, wisse sie nicht. Wo die Angst sitze, könne sie nicht beschreiben. Das Schlafen gehe nicht gut. Weiss, dass Ref. bereits einmal mit ihr sprach. Sie wisse nicht, warum sie oft nicht geantwortet habe, dass sie anfangs überhaupt nicht sprach. Sie meine, sie müsse sterben. Steht auf, geht im Zimmer herum, „ich bin ja schon tot“. Auf Vorhalt, dass sie doch spreche, gehe: „Das ist ja alles nicht natürlich, alles verändert.“ Bejaht die Frage, ob sie Stimmen höre. Auf die Frage, was für Stimmen sie höre, sagt Pat.: „Ach Gott“, stöhnt. Schwankt, setzt sich auf Zureden. Antwortet nichts mehr, kaut, zupft an den sehr trockenen Lippen. Plötzlicher Schweissausbruch.

12. 12. Immer noch mutistisch, sprach nur beim Besuch der Mutter einige Worte, bat sie, sie mitzunehmen. Zeigt heute andeutungsweise Katalapsie und Analgesie. Isst abends.

14. 12. Isst, spricht zuweilen einige Sätze, etwas freier.

16. 12. Antwortet heute nicht. Sieht ratlos-depressiv vor sich hin, den Kopf nach der linken Seite geneigt. Keine Katalapsie, befolgt keine Aufforderung, geht aber schliesslich auf Aufforderung heraus.

18. 12. Noch recht einsilbig. Fragte gestern spontan: „Kommt Herr Doktor wieder, der quält mich immer?“

19. 12. Unterhält sich etwas, klagt über Schwerbesinnlichkeit.

21. 12. Heute guter Stimmung, klar, Hemmung geschwunden.

26. 12. Dauernd guter Stimmung, geordnet, keine Hemmung, keine Depression mehr. Warum sie nicht gesprochen habe, wisse sie nicht, sie habe immer gedacht, sie komme nicht wieder nach Hause. Sie könne sich dunkel erinnern, dass sie schon mal vom Ref. exploriert sei. Ueber Person, Ort, Zeit, Umgebung orientiert. Weiss ungefähr, wann sie herkam, bestreitet Sinnes-täuschungen. Krankheitseinsicht. Habe immer Angst gehabt, wovor, wisse sie nicht. Anfangs habe sie immer „Geräusche in den Ohren gehabt, so ängstlich war das“. Hörte Vögel singen, bezog das auf sich, dachte, sie höre so was allein, die Anderen nicht. Dachte, man wolle „ihre Ohren prüfen“. Wie die Vogelstimmen zustande kamen, wisse sie nicht, es sei gewesen, als wenn Sperlinge zwitscherten. Sie habe wohl nicht essen können, weil sie zu schwach war. Dass sie nicht sprach, sagte, sie sei schon tot, den Mund nicht öffnete, wisse sie nicht. Wann sie die Grippe hatte, wisse sie nicht genau. Hatte Halsschmerzen, Husten. Von der Brustfellentzündung und Lungenentzündung wisse sie nichts, ebenso nicht, wer sie herbrachte. Sie könne sich nur erinnern, dass sie zuhaus einige Tage gelegen habe, von da an wisse sie nichts mehr, bis zu dem Zeitpunkt, wo sie anfang zu essen, das müsse noch vor Weihnachten gewesen sein. Erst seit einigen Tagen sei der Kopf klar, das Denken falle ihr nicht mehr schwer, keine Angst. Schlaf und Appetit gut. Noch blass, anämisch.

3.1. Erklärt dem Mann beim Besuch, sie habe das Gefühl, als bekomme sie keine Luft, besonders abends. Das hindere sie am Einschlafen. Es sei ein sehr ängstliches Gefühl, denke, sie werde nicht wieder gesund; wenn sie

andere Patienten sehe, denen es gut gehe und die schon arbeiten könnten, denke sie, sie komme nicht wieder nach Haus. Bilde sich ein, das Herz schlage nicht richtig, da sie beim Einschlafen starkes Herzklopfen habe. Keine Selbstmordgedanken. Fühle sich recht matt. Das Gedächtnis sei noch nicht gut, habe ein Gefühl, als wenn sie noch nicht alles leisten könne.

4. 1. Heute nicht mehr ängstlich, lacht über ihre Einbildungen. Nähere Untersuchungen ergeben noch einen Mangel an Konzentrationsfähigkeit, eine gewisse Aufmerksamkeitsstörung, vielleicht auch noch eine ganz geringe Merkfähigkeitsschwäche.

10. 1. Ruhiger, gleichmässiger Stimmung, zufrieden, zuversichtlich, keine Angst, keine Verstimmungen. Keine deutliche Aufmerksamkeitsstörungen und Merkfähigkeitsstörung mehr. Fühlt sich leistungsfähig.

11. 1. Entlassen. Katamnese nicht zu erhalten.

Bei der etwas leicht erregbaren Frau brach die Psychose bemerkenswerterweise wie in den Fällen 3 und 4 zur Zeit der Menses in der Rekonvaleszenz nach Fieberanfall aus, begann mit depressiver Verstimmung und depressiven Ideen hypochondrischen Charakters und leichter Unruhe, und ging unter Entwicklung einer zunehmenden Willensstörung und Hemmung in einen Stuporzustand mit fast völligem Mutismus und Nahrungsverweigerung über, der offenbar, soweit sich das feststellen liess, mit Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörungen, mangelhafter Orientierung, also offenbar einer Bewusstseinsstörung verbunden war, auf die auch die spätere partielle Amnesie hinweist; die Erinnerungs- und Merkfähigkeitsstörung ergibt sich auch daraus, dass die Kranke, wie aus gelegentlichen Aeusserungen hervorging, eine ganz falsche Vorstellung von der Länge ihres Klinikaufenthaltes hatte. Auch das Persönlichkeitsbewusstsein schien gelegentlich gestört, wenigstens behauptete die Pat. mehrfach, dass sie schon tot sei, dass alles an ihr unnatürlich verändert sei. Nach Ablauf des Stupors stellte sich heraus, dass die Kranke Gehörshalluzinationen und Illusionen gehabt hatte, dass sie in ähnlicher Weise wie die Kranke Nr. 6 aus dem Schlagen der Uhr, aus dem Vogelgezwitscher Stimmen gehört hatte. Auch Missempfindungen und Sensationen beängstigten sie, wie sich aus ihren abgerissenen Aeusserungen ergab. Vorübergehend traten kataleptische und negativistische Züge in Erscheinung. Der depressiv-ängstliche Affekt beherrschte das Krankheitsbild fast dauernd und so sehr, dass zeitweise die Frage entstand, ob es sich vielleicht um eine echte Melancholie handelte. Das war aber abzulehnen, da die erwähnte Störung des Bewusstseins vorlag und nach Ablauf des Stupors sich noch Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen nachweisen liessen. Auch klang der Stupor schliesslich auffallend schnell, innerhalb weniger Tage ab. Nach einigen Schwankungen und einem einmaligen kurzen Wiederauftauchen

hypochondrischer Gedanken und Empfindungen, einem kurzen Stadium reizbarer Schwäche lief die Psychose nach 4 wöchigem Bestehen restlos ab. Sie könnte als stuporöse Amentia aufgefasst werden, jedoch weichen die ziemlich kurze Dauer, das Fehlen ausgesprochener Inkohärenz, die anscheinend nicht sehr tiefe Bewusstseinstrübung, das starke Vorherrschen des ängstlich-depressiven Affekts von derartigen Bildern ab, so dass die Diagnose nicht etwas restlos Befriedigendes hat. Bemerkenswert ist, dass ängstlich-amente Stuporformen unter den Influenzapsychosen überhaupt nicht besonders häufig zu sein scheinen. Unter den 23 von Kleist, Weber, Riese aus der gegenwärtigen Epidemie mitgeteilten Fällen finden sich nur 2 Stuporzustände bei Kleist erwähnt. Jedoch lässt sich aus der kurzen Mitteilung nicht ersehen, ob es sich um mit den unserigen identische Fälle handelt. Bonhoeffer schildert kataton-stuporöse Krankheitsbilder im Verlauf von Infektionskrankheiten im Fieberstadium, die er als Symptomenkomplex selbstständig neben die infektiösen Dämmerzustände, epileptiformen Erregungen, Amentia stellt. In einem von ihm mitgeteilten derartigen Fall ist aber die Bewusstseinstrübung erheblich schwerer und tiefer gewesen, auch dauerte der Stupor nur 3 Tage. In einem anderen Fall zeigten sich nur vorübergehend stuporöse Zwischenphasen. Am meisten Ähnlichkeit hat der vorliegende Fall mit den stuporös-melancholischen Krankheitsbildern, die Knauer neuerdings als besonders typisch für Psychosen bei Gelenkrheumatismus beschreibt. Nur dauerte in seinen Fällen der Stupor meist länger, häufig erfolgte zum Schluss ein Umschlag in heitere Stimmung, die depressive Verstimmung trat nicht in allen Fällen so deutlich hervor, die anfängliche Erregung war meist eine schwerere wie im vorliegenden Fall. Auffallend ist, dass gewisse Äußerungen meines Falles, die auf ein gestörtes Selbstbewusstsein hinweisen, z. B. „ich bin schon tot“, auch bei den Kranken Knauer's mehrfach vorkommen.

Eine endogene Anlage war in meinem Fall nicht nachzuweisen, nur war die Kranke von Haus aus etwas leicht erregbar gewesen.

Die depressive Färbung beherrschte das Krankheitsbild in folgendem Fall noch mehr:

22. Frau Anna R., 32-Jahre. Vorgeschichte: Ein Bruder endete durch Selbstmord. Sonstige Vorgeschichte o. B. Heirat mit 25 Jahren. Drei Kinder, die beiden ältesten starben bald nach der Geburt. Letzte Entbindung 18. 8. 1918. Nährte bis jetzt. Noch keine Menses wieder.

Seit 20. 10. Grippe. Fieber, nicht besonders hoch. Seit dem 27. 10. deprimiert, glaubt, sie werde nicht wieder besser, könne ihren Hausstand nicht mehr führen. Sehr traurig, wollte sterben, sich erhängen, brachte es nicht

fertig, erzählte es dem Manne nachher. Glaubte, andere hätten was gegen ihr Haus gegossen, das ihre Krankheit verursachte. Schlieft wenig. Früher nie Depressionen.

Vom 1. 11. bis 18. 11. 1918 in der hiesigen Klinik. Körperlicher Befund: Angewachene Ohr läppchen, hoher schmaler Gaumen, Gesicht leicht asymmetrisch. Auf der Zunge und an der geschwollenen Unterlippe Herpesbläschen. Sonstiger Befund o. B. Kein Fieber. Gewicht 56,5. Grösse 162 cm. Gesichtsausdruck matt, elendes Aussehen, gedrückter Stimmung, gibt langsam Auskunft. Oertlich und zeitlich orientiert. Aengstlich, fürchtet, nicht wieder gesund zu werden, möchte bald wieder nach Hause, ihr kleines Kind stirbe. Sie habe versucht, sich zu Hause zu ertränken. Habe versucht, sich eine Schlinge um den Hals zu legen und mit der Hand zuzuziehen, es sei ihr aber nicht gelungen. Fängt während der Antworten an zu weinen und zu klagen, möchte gleich wieder nach Hause, betet zu Gott: „warum hast Du mich verlassen“. Behauptet, die Nachbarn hätten sie belogen, behext, hätten in einer Nacht etwas gegen ihr Haus gegossen, „das hörte sich so an“. Darauf sei sie krank geworden. Die Nachbarn seien schlechte Leute: „Der Teufel hat mich unter“. Es sei ihr zu gut gegangen: „Nun mit einemal ist alles vernichtet“. Schlafe seit 8 Tagen nicht, habe Kopfschmerzen, Hitzegefühl im Kopf.

In den ersten Tagen weinerlich, gedrückt, widerstrebend, drängt nach Hause, bittet am 4. 11. die Pflegerin, sie zu töten, „in einen Knoten zu schlagen“. Verlangt dann plötzlich Gänsebraten, Schinken, Eier, fragte, ob sie zur Tanzstunde könne. Diese Ideen werden aber nur ganz vorübergehend geäußert. Nachts sehr unruhig, setzt sich oft auf. Weint heftig, als sie ein Paket von Hause erhält. Die weinerliche Stimmung hält weiter zunächst an.

Am 7. 11. verlangt sie plötzlich wieder Taubenbraten und etwas Gutes zu essen. Drängt dann gelegentlich fort. Stimmung wechselnd. Schläft schlecht.

Fängt am 10. 11. an zu weinen, als der Arzt sie kommen lässt. Will zu ihren Kindern. Oertlich und zeitlich orientiert. Gibt Personalien und Heimat richtig an. Weiss, dass sie von ihrem Mann hergebracht wurde, sei 8 Tage hier. Erkennt Arzt als solchen. Weiss, wo sie vor 8 Tagen, vor einem Monat und vorige Weihnachten war. Fängt heftig an zu weinen, als sie gefragt wird, ob sie traurig sei, wiederholt immer wieder, sie wolle zu ihren Kindern. Ihr Kopf sei so schwach. Bestreitet Gesichts- und Gehörstäuschungen, die Leute sprächen über sie (Welche Leute reden über sie?), „da reden wohl viele über mich. (Woher wissen Sie das?) „wenn was passiert, da sprechen doch alle Leute drüber“. (Was ist passiert?) „das ich krank geworden bin“. (Sprechen die Leute darüber?) „ja“. (Wodurch wurden Sie krank?) „meine kleine Tochter wurde zuerst krank, dann mein Mann, dann ich“. Was die Leute redeten, wisse sie nicht, sie habe nichts gehört. Sie habe nicht schlafen können, als sie krank wurde. Geträumt habe sie nicht, auch keine Angst gehabt. Traurig sei sie, weil sie hier sei. A. V., dass sie doch zu Hause schon traurig war, meint Pat. „ich hatte so viel zu tun, ich konnte die Arbeit nicht machen, die ich gerne wollte“. „Ich konnte nicht zu Bette liegen, ich hatte ja die kleinen

Kinder“. „Ich hatte nirgends Lust zu, zu Hause“. Warum sie sich habe umbringen wollen, wisse sie nicht. Sie nehme an, die Leute hätten was gegen ihr Haus gegossen, weil es in der einen Nacht so klatschte, und zwar in der Nacht bevor sie krank wurde. Sie meinte, sie sei dadurch krank geworden. „Ach es ist wohl nur ne Einbildung gewesen“. Irgend einen besonderen Menschen habe sie nicht in Verdacht gehabt, sie habe geglaubt, die Nachbarn wollen sie behexen, weil sie ihr nicht gönnten, dass es ihr gut gehe. Sie habe sich aus einem bestimmten Anlass vor einem Jahr mit den Nachbarn überworfen, weil sie Schlechtes über sie redeten, weil ihre Hühner auf die Grundstücke des Nachbarn gelaufen waren. Als sie befürchtete behext zu sein, sei sie plötzlich „ganz anders“ gewesen; sonst immer fleissig, habe sie jetzt nichts tun wollen, keine Lebenslust gehabt. — Bei der Grippe habe sie Husten, Halsschmerzen, belegte Zunge gehabt, sich elend gefühlt.

Die gedrückte Stimmung hielt zunächst noch an. Bei Besuchen des Mannes weint Pat. sehr. Gelegentlich äusserte sie Furcht, nicht wieder gesund zu werden.

6. 11. Menses.

Am 17. 11. macht sie einen freieren Eindruck, gab an, ihre Gedanken seien jetzt gut, auch ihr Wille. Mitunter habe sie Angst, hier zum Beispiel habe sie Angst, dass sie nach der unruhigen Station käme, weil sie mal in der Angst laut schreien könnte. Könne jetzt besser schlafen. Zuweilen habe sie ein Drücken im Kopf, vor einiger Zeit sei bei ihr zu Hause ein junger Mann gestorben, von dem man sagte, er habe Läuse im Kopf, sie habe auch so ein Gefühl auf der Stirn. Fragt, ob man daran sterben könne. Macht bei Erwähnung ihrer Kinder ein vergnügtes Gesicht, freue sich auf sie, weint dann aber wieder, als sie gefragt wird, weshalb sie traurig sei. Sie sei es, weil ihr Kopf noch nicht so sei, wie er solle, sie könne nicht daran glauben, dass sie besser werde. Zeitlich und örtlich orientiert. Weiss, wie lange sie hier ist. Damals, als sie hier gutes Essen verlangt habe und nach der Tanzstunde gehen wollte, sei sie noch vergnügt, noch nicht so traurig gewesen.

18. 11. Wird vom Mann gegen ärztlichen Rat abgeholt. Hat schlecht geschlafen. Weint und klagt über ein dumpfes Gefühl im Kopf.

Nach Bericht des Mannes vom 10. 3. 1919 soll es der Frau gut gehen. Sie verrichte die Hausarbeiten. Der Mann hofft, dass es „sich im Sommer noch ganz verliere“; daraus ist zu schliessen, dass noch gewisse Krankheits-symptome vorhanden sein müssen.

Die 32jährige, offenbar zu psychischen Erkrankungen disponierte Frau (Bruder endete durch Suizid, zahlreiche Degenerationszeichen) erkrankte in der Laktation an Grippe. Soviele sich feststellen lässt, entwickelte sich sehr bald nach Fieberabfall ein Depressionszustand mit Suizidneigung, Beeinträchtigungs-, Vergiftungsideen, Beziehungsideen, hypochondrischen Befürchtungen mit Insuffizienzgefühl und leichter Hemmung. Die Idee des Behextseins spielte auch hier wie in anderen Fällen wieder eine Rolle. Auffallend war ein im Verlauf der Psychose 2mal ein-

setzender kurzer Stimmungsumschlag, bei dem die Kranke plötzlich heiter schien, eigenartige Wünsche nach gutem reichlichen Essen äusserte, eine gewisse Unternehmungslust zeigte, in die Tanzstunde gehen wollte. Diese Zustände waren aber ausserordentlich kurz, und hielten nur höchstens Stunden an. Natürlich muss man hier an in den Verlauf des Depressionszustandes eingeschaltete manische Phasen denken, jedoch war die Kürze derselben recht auffallend. Auch zeigten sie sich nur im Anfang der Psychose, später nicht mehr. Sinnestäuschungen waren nicht mit Sicherheit nachzuweisen, möglicherweise haben Gehörstäuschungen vorübergehend eine Rolle gespielt. Eine Bewusstseinstrübung war nicht nachzuweisen, die Kranke war stets orientiert, zeigte keine Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörungen, keine Inkohärenz. Nach 20tägigem Klinikaufenthalt war bereits eine wesentliche Besserung, jedoch nach der Katamnese über 4 Monate nach Beginn der Psychose noch keine völlige Heilung eingetreten, wenn die Kranke auch ihre häusliche Arbeit zu verrichten vermochte. Das Krankheitsbild ähnelt den leichteren Formen der echten Depressionen des manisch-depressiven Irreseins sehr und ist kaum gegen diese abzugrenzen. Auffallend ist es aber immerhin für eine solche Depression, dass die Hemmung eine recht geringe war.

In den zwei folgenden Fällen handelt es sich um Krankheitsbilder mit mehr oder weniger deutlich hysterischem Einschlag. Bereits Kirn wies darauf hin, dass auf der Grundlage nervöser Schwäche nach Grippe hysterische und neurasthenische Krankheitszustände vorgekommen seien, die „Uebergänge zu Psychosen“ darstellten. Weber sah unter seinen Kranken der jüngsten Epidemie ebenfalls eine psychogene Färbung der psychischen Störungen. Ferner finden sich solche Fälle auch unter den 85 von mir aus der Literatur zusammengestellten Fällen vereinzelt.

23. H. K., Arbeitersohn, 14 Jahre. Keine Belastung, nur ein Bruder war nach Scharlach vorübergehend psychisch krank. — Pat. lernt auf der Schule gut. Vor 1 Jahr nach Windpocken Verwirrtheit und Hemmungszustand mit Apathie und läppisch-puerilistischem Gebaren hysteriformen Charakters, der erst nach einem Rezidiv zum Abklingen kam und bei seiner Entwicklung offenbar auch durch psychogene Momente beeinflusst war. Er wurde in der Klinik durch Suggestivbehandlung und Faradisieren beseitigt. — 27. 9. 1918 an Grippe erkrankt, 2 Tage lang Fieber. Einige Tage danach verwirrt, sang viel, drehte an den Haaren, redete verwirrt, hatte Angst, Gesichtstäuschungen, sah in der Ecke den Teufel, fürchtete, „die Leute wollten ihn holen“. Schief schlecht, träumte viel. Lag noch 14 Tage.

Bei der poliklinischen Untersuchung am 26. 10. 1918 ist Pat. geordnet und klar. Am 28. 10. gab er an, die Angst sei geschwunden. Berichtete über seine Halluzinationen: Einmal habe er im Halbdunkel den Teufel

mit Hörnern auf dem Kopf gesehen, auch Bettwanzen im Bett, die er nicht genauer beschreiben kann. Habe unbekannte Männer ins Zimmer kommen sehen, die dann verschwanden. Könne sich nicht an alle Vorgänge während der Krankheit erinnern. — Noch matt. Puls 120. Soll nach Angabe der Mutter noch viel schlafen.

Nachuntersuchung am 3. 3. 1919: Nach Angabe der Mutter seit dem 30. 10. 1918 völlig gesund. Besucht die 1. Volksschulklasse, wird Ostern konfirmiert. Völlig klar, geordnet. Hat an das Singen, an-den-Haaren-Drehen während der Psychose keine Erinnerung. Keine Träume. Guter Stimmung. Ruhig, nicht reizbar. Körperlich sehr erholt, hat sich gut weiter entwickelt.

Bei der ersten von mir selbst beobachteten, im Anschluss an Windpocken entstandenen psychischen Erkrankung des Jungen hatte der Verwirrheitszustand einen ausgesprochen hysterischen Charakter, war offenbar durch psychogene Momente, Angst vor der Schule ausgelöst und wurde durch suggestive psychotherapeutische Massnahmen beseitigt. Der Schilderung nach machte dagegen der nach der Grippe einsetzende Verwirrheitszustand zunächst weniger einen hysterischen Eindruck, auch liessen sich psychogene Momente bei der Entstehung nicht nachweisen. Trotzdem ist es aber auffallend, dass die psychischen Störungen sofort abgeklungen waren, als die Mutter sich mit dem Jungen zu mir in die Ambulanz begab. Man könnte daran denken, dass die ursprünglich auf infektiöser Grundlage entstandenen psychischen Störungen tatsächlich nur oder hauptsächlich toxisch bedingt waren, dass diese Störungen dann aber später psychogen fixiert wurden und erst infolge der psychotherapeutisch wirksamen Drohung mit dem Besuch beim Arzt abklangen. Die ursprüngliche psychische Erkrankung zeigte auch keinen wesentlichen Unterschied von den infektiösen Verwirrheitszuständen bei anderen jugendlichen Personen und bestand in einem Verwirrheitszustand mit ziemlich plastischen Gesichtstäuschungen, schreckhaften Vorstellungen und Verfolgungsideen, ängstlichem Affekt und offenbar leichter Bewusstseinstrübung. Im Gegensatz zur ersteren Erkrankung machte der Junge nach der Grippeerkrankung einen stark geschwächten, matten Eindruck und hatte nur eine summarische Erinnerung an die Krankheitsvorgänge. Für die psychogene Fixation der infektiös-psychischen Abweichungen sprach auch die für einen solchen Verwirrheitszustand so leichten Grades ungewöhnlich lange Dauer der psychischen Erkrankung von 4 Wochen. Ich glaube, an dieser Auffassung psychogener Fixierung auch trotz des nicht gelungenen Nachweises von irgendwelchen ursächlichen psychogenen Momenten festhalten zu müssen. Die Auffassung Weber's über solche Fälle, dass für manche labile Individuen die Flucht in die Krankheit zurzeit

eine gewisse momentane Entlastung bedeute, dürfte nicht für den vorliegenden Fall, jedoch für den folgenden Geltung haben:

24. Anna P., Steinsetzersfrau, zurzeit Strassenbahnschaffnerin, 36 Jahre. Vorgeschichte: Keine Belastung. Als Kind Typhus, Masern, Windpocken. Auf der Schule schlecht gelernt, aus der II. Klasse konfirmiert. Von jeher leicht aufgeregt. 4 Kinder, 5 Aborte, vom Arzt eingeleitet. Vor 4 Jahren bei einem Abort mehrfach ohnmächtig geworden. — Anfang Oktober 1918 Grippe mit Fieber. Lag bis zum 18. 10. 1918. Stand dann auf und besuchte die Nachbarin. Sprach dort plötzlich verwirrt. Bei der Rückkehr taumelig. Erkannte die Tochter nicht, war ängstlich, riss die Augen weit auf. Weigerte sich, etwas zu trinken. Fiel ohnmächtig aufs Sofa zurück, blieb 5 Minuten bewusstlos, sah bleich aus. Redete dann durcheinander: Die Tochter habe eine Stelle am Arm, die solle sie sich aufschneiden, dann werde es besser, das Loch im Bettuch solle sie mit Salbe zukleben. Verkannte die Tochter, meinte, das sei die, die sie immer geschlagen habe. Sah immer nach der Gaslampe, meinte abends, es sei ein schwarzer Mann da, der wolle ihr die Kehle zudrücken. Umklammerte ihre Kinder, fürchtete, der anwesende Hauswirt werde diesen etwas tun, redete diesen mit „Vater“ an. Sah Kakerlaken, Spinnen auf der Decke, griff nach Fliegen, die sich dorthin setzten, kam nachts einmal aus dem Bett, wollte in den Dienst, weinte öfter. Holte am 20. 10. ihr Morgenkleid, wollte barfuss aus der Tür zum Dienst. Am 20. 10., abends, klarer, sorgte sich um die Kinder. Vom 21. 10. ab klar und geordnet, nicht mehr ängstlich.

Untersuchung in der Poliklinik am 23. 10. 1918: Klagt über leichte Erregbarkeit, heftige Kopfschmerzen, unruhigen Schlaf, Vergesslichkeit. Oertlich gut, zeitlich schlecht orientiert. — Kann sich erinnern, wie sie am 16. 10. auf die Strasse ging. Von da ab Amnesie bis zum 21. 10., früh. Fühlte sich damals matt. Rede noch im Schlaf, träume schwer, sehe nachts Schatten, einmal auch einen Mann in der Wohnung. Sei noch deprimiert (weint). — Habe sich schon vor der Erkrankung Sorge um den verwundeten Mann gemacht.

Am 25. 10. noch leicht deprimiert. Angst, Schlaflosigkeit geschwunden. Traurig, weil Mann wieder ins Feld muss. Weint fortgesetzt.

Körperlicher Befund: Leichtes Zittern der Hände und Zunge, lebhaftes Kniephänomene. Löst einige Rechenaufgaben richtig. Spricht 6 Zahlen meist falsch nach.

Nachuntersuchung am 1. 3. 1919: Klagen über Schlaflosigkeit, Träume, Kopfschmerzen, leichte Erregbarkeit und Verstimmbarkeit seit der Grippe. Hat sich mit ihrem aus dem Felde zurückgekehrten Mann überworfen. Keine Merkfähigkeitsstörungen. Aufsagen von Reihen fällt noch etwas schwer. Labile Stimmung.

Gewisse Momente deuten in diesem Fall auf eine neuropathische Disposition hin, so die leichte Erregbarkeit, die etwas mangelhafte

intellektuelle Entwicklung. Vielleicht sind auch die Ohnmachtsanfälle während eines Aborts vor 4 Jahren als nervös bedingt zu deuten; ausserdem war die Frau offenbar in ihrem Beruf als Strassenbahnschaffnerin ziemlich angestrengt und machte sich angeblich Sorgen um den verwundeten Mann, so dass hier für das Auftreten eines hysterischen Zustandes tatsächlich die oben erwähnte Erklärung Weber's herangezogen werden kann. Nach Fieberabfall kam es hier ganz akut beim erstmaligen Aufstehen zu einer dämmerzustandsartigen Verwirrtheit mit Bewusstseinstäubung, Desorientierung, Personenverkenning, lebhaften Gesichtstäuschungen, die stellenweise an die Visionen beim Delirium tremens erinnerten, mit heftiger Angst, Depression und flüchtigen Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, mässiger motorischer Unruhe. Nach 3 Tagen auffällig schnelles Schwinden des Dämmerzustandes, Restieren einer leichten Depression. Es fragt sich, ob hier ein infektiös-toxisch bedingter oder psychogener Dämmerzustand vorgelegen hat. Zunächst könnte man an eine Art Kollapsdelirium denken. Aber dagegen spricht der ausserordentlich akute Beginn und das plötzliche Schwinden der Verwirrtheit, der völlige Mangel an tiefgehender Erregung, auch fehlte eine tiefere Verworrenheit, die Bewusstseinstäubung war offenbar eine andersartige als bei den infektiösen Delirien. Das sinnlos ängstliche Widerstreben fehlte, trotz der Personenverkenning liess sich die Kranke von ihrer Umgebung offenbar leicht beeinflussen und beruhigen, trotzdem sie nur mit ihren noch nicht erwachsenen Kindern allein war. Alles dies sowie der hysterische Eindruck, den die Kranke nach Ablauf des Dämmerzustandes und auch noch 4 Monate später bei der Nachuntersuchung machte, sprechen für die psychogene Natur und gegen einen rein infektiös bedingten Dämmerzustand. Abgesehen von den durch die angeborene intellektuelle Schwäche bedingten Denkstörungen liessen sich weitere nicht mit Sicherheit nachweisen. Eine schwere körperliche Beeinträchtigung der Kranken war auch nicht festzustellen. Naturgemäss kann die nach Ablauf des Dämmerzustandes noch eine Zeitlang vorhandene Labilität der Stimmung besonders bei der Anwesenheit der intellektuellen Störungen leicht mit Symptomen der hyperästhetisch-emotionellen Phase der symptomatischen Psychosen verwechselt werden, aber nach Ablauf der psychotischen Störungen lässt sich doch auch jetzt die psychogene Natur dieser Symptome feststellen. Meine Auffassung von der Natur der psychotischen Störungen ist übrigens später durch das erneute Auftreten des gleichen Zustandes ohne irgend eine infektiös-toxische Grundlage bestätigt worden.

Unter den mitgeteilten Fällen von postfebrilen Psychosen finden sich also:

- 1 amentiaartige Psychose,
- 1 postinfektiöser Schwächezustand,
- 1 Depressionszustand,
- 1 stuporös-melancholischer Zustand,
- 2 Psychosen von psychogenem Gepräge.

Summa = 6 Fälle = 25 pCt.

Unter den 53 postfebrilen Psychosen der Literatur finden sich:

- 12 Fälle von Amentia,
- 11 „ „ Delirien,
- 1 Fall „ postinfektiösem Schwächezustand,
- 28 Fälle „ Depressionszuständen,
- 1 Fall „ manischer Erregung.

53 Fälle = 62 pCt.

Der Form der Psychosen nach überwiegen also hier die Depressionszustände erheblich, selbst dann, wenn man 5 Fälle, die vielleicht als echte Melancholien zu bezeichnen wären, abrechnet. Auffallend gross ist auch die Zahl der Delirien, die in meinem Material ganz fehlt. Es handelt sich hier meist um ganz kurze flüchtige Verwirrheitszustände, wie sie zum Teil als Einleitung der postinfektiösen Schwächezustände meines Materials beobachtet wurden. Da die Zahl der letzteren unter dem alten Material sehr klein ist, ist zu vermuten, dass ein Teil der als „Delirien“ bezeichneten Fälle nach kurzem deliranten Vorstadium in solchen infektiösen Schwächezuständen endeten, dass sich auch unter den Depressionszuständen noch eine Reihe solcher Krankheitsbilder verstecken, jedoch liess sich aus den alten Krankengeschichten die Diagnose besonders wegen des Mangels der Prüfung der Denkstörungen nicht auf solche Zustände stellen. Schliesslich wäre es auch denkbar, dass unter dem alten Material tatsächlich weniger infektiöse Schwächezustände vorgekommen sind, weil die Form der Grippe eine leichtere als bei der letzten Epidemie war. Die depressive Stimmungslage herrschte ausser bei den Depressionszuständen auch bei 11 weiteren Fällen des alten Materials vor.

Meine Fälle von postfebrilen psychotischen Störungen unterscheiden sich von denen der febrilen Gruppe insgesamt dadurch, dass Amentiafälle unter ihnen in geringer Zahl zu verzeichnen sind, dass statt der Delirien hier postinfektiöse Schwächezustände, Depressionszustände und Psy-

ehosen von psychogenem Gepräge vorkommen, von der 2. Gruppe der febrilen Psychosen nur dadurch, dass die Depressionszustände in der postfebrilen Gruppe seltener waren. Ein durchgreifender Unterschied der postfebrilen von den febrilen Psychosen der 2. Gruppe wird sich daraus überhaupt nicht ableiten lassen, ein solcher besteht nur gegenüber der ersten febrilen Gruppe, bei der die infektiös-toxische Schädigung des Gehirns am akutesten und direktesten zutage trat.

Der Hauptunterschied der postfebrilen Psychosen des alten Materials gegenüber der 1. febrilen Gruppe besteht in der starken Ueberzahl von Depressionszuständen, die bei letzterer nur ganz vereinzelt vorkamen, gegenüber der 2. febrilen Gruppe, ebenfalls in dem starken Ueberwiegen der Zahl der Depressionszustände, dann aber auch in dem nicht seltenen Auftreten von Delirien, die bei der 2. febrilen Gruppe fehlen. Möglicherweise handelt es sich um vereinzelt bei Fieberabfall auftretende sog. Kollapsdelirien, vielleicht aber hin und wieder auch um psychogene Zustände.

Kirn hat nun seinerzeit behauptet, dass die postfebrilen Grippepsychosen von den febrilen sich dadurch in charakteristischer Weise unterscheiden, dass die febrilen Psychosen nur eine Krankheitsform aufzuweisen haben, die postfebrilen mehrere. Das ist in dieser Form sicher nicht richtig. Auch unter den febrilen Psychosen sind verschiedene Typen festzustellen, nämlich Delirien, Amentia, postinfektiöse Schwächezustände, apathische Zustände, Depressionen. Bis auf einen Teil der Depressionszustände haben allerdings alle diese Typen die schwere Denkstörung gemeinsam, die in verschiedener Form zum Ausdruck kommt, in primärer Inkohärenz des Gedankenganges, Störungen der Auffassung, Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit und Erinnerungsfähigkeit. Unter den postfebrilen Psychosen finden sich wie erwähnt dieselben Typen, nur fehlen wenigstens bei meinem Material die Delirien und treten bei dem alten die Depressionszustände erheblich stärker in den Vordergrund, auch kam dort einmal eine manieartige Erregung vor. Der von Kirn erwähnte grundlegende Unterschied zwischen febrilen und postfebrilen Psychosen ist also nicht mehr festzustellen, ein solcher besteht, wie oben ausgeführt, nur gegenüber der ersten febrilen Gruppe, deren Psychosen bereits im Fieberstadium oder bald nach Fieberabfall abklängen oder durch den Exitus beendet wurden. Eine besondere Bedeutung ist aber diesem Unterschied schon deshalb nicht beizulegen, weil zur ersten Gruppe eben nur die Fälle gezählt wurden, die nach kürzerer Zeit abliefen und nicht in längere das Fieberstadium überdauernde Schwächezustände ausgingen. Nach Kirn sollen

weiter die febrilen Psychosen im ganzen die gleichen Züge wie die bei anderen Infektionskrankheiten zeigen, während nach ihm und Althaus die postfebrilen Störungen wesentliche Unterschiede gegenüber den postfebrilen Psychosen anderer Infektionskrankheiten aufweisen. Beides ist nur erheblich modifiziert und eingeschränkt richtig; sowohl die febrilen wie die postfebrilen Störungen bieten im einzelnen keine Abweichungen gegenüber den Psychosen bei anderen Infektionskrankheiten, aber insgesamt zeigen doch beide Gruppen dadurch gewisse Eigentümlichkeiten, dass Depressionszustände auffallend häufig sind, worauf später noch näher einzugehen sein wird, und dass infektiöse Schwächezustände bei Jugendlichen nach den Erfahrungen der letzten Epidemie besonders häufig vorkommen. Wie bei anderweitigen Infektionspsychosen ist auch bei den Psychosen nach Grippe und zwar hier besonders intensiv früher die Meinung vertreten worden, dass die postfebrilen Störungen ihre Ursache in der durch die Krankheit bedingten Erschöpfung haben. Man sprach deshalb früher von asthenischen Psychosen. Nach meinem Material machten allerdings einige Fälle nach Ablauf der Grippe einen recht „erschöpften“ Eindruck, insbesondere der Fall 11. Aber sicher handelte es sich um keinen mit der gewöhnlichen durch körperliche oder geistige Ueberanstrengung, Schlafentziehung, Hunger usw. hervorgerufenen Erschöpfung zu identifizierenden Zustand, wie er zuletzt im Kriege während der Belagerung von Przemysl von Stiefler beobachtet wurde, sondern um eine rein infektiös-toxisch bedingte Schädigung. Dagegen, dass die erwähnten psychotischen Krankheitsbilder auf dem Boden der Erschöpfung zustande kommen, spricht allein schon der Umstand, dass genau dieselben Krankheitsbilder auch bei Leuten vorkamen, die äusserlich durchaus keinen erschöpften Eindruck gemacht haben, dass Erschöpfungspsychosen nur bei ganz ausserordentlich hochgradiger, schwerster allgemeiner, mit Lebensgefahr verbundener Erschöpfung und besonders bei Ueberhungerung zustande kommen, wie Stiefler bei der Belagerung von Przemysl feststellte. Ein so hoher Grad von Erschöpfung war aber bei der Grippe meist gar nicht zu beobachten. Früher galt ja als Erschöpfungspsychose katexochen das Kollapsdelir, aber auch Kraepelin ist von dieser Auffassung abgekommen, führt verschiedene Gründe gegen die Erschöpfungsätiologie des Kollapsdelirs ins Feld und hebt gegenüber der früher auch von Müller und bei der Grippe von ihm und Kirn vertretenen Anschauung hervor, dass es sich bei den postfebrilen Psychosen um dieselben Giftwirkungen wie bei den Infektionsdelirien bzw. um die Wirkung toxischer von der Infektion herrührender Zerfallsprodukte handelt. Wenn eine

solche scheinbare „Erschöpfung“ vorlag, musste sie auch in unseren Fällen auf die Wirkung infektiös-toxischer Momente zurückgeführt werden, so dass von einer „reinen“ Erschöpfungspsychose nicht gesprochen werden kann. Echte Kollapsdelirien sind unter meinem Grippematerial gar nicht, unter dem alten Material nicht mit Sicherheit festzustellen, möglicherweise dort aber vereinzelt aufgetreten. Die Häufigkeit des sog. Kollapsdelirs scheint überhaupt etwas überschätzt zu werden. Jedenfalls ist es sicher, dass früher zahlreiche Fälle als Kollapsdelir angesehen wurden, die nichts damit zu tun hatten.

Die Prognose der postfebrilen Psychosen ist ebenfalls als günstig zu bezeichnen. Von 6 Fällen meines Materials sind 5 geheilt, bei einer Depression ist eine weitgehende Besserung eingetreten und eine Heilung noch zu erwarten. Von dem alten Material wurden

33 Fälle geheilt
 2 „ gebessert
 2 „ starben
 5 „ waren z. Z. der Mitteilung noch nicht gebessert, bei
 11 „ war der Ausgang unbekannt.

Erwähnt sei hier nebenbei, dass sich unter den 19 Fällen des alten Materials, die von den 53 postfebrilen Psychosen abgetrennt wurden, weil ihr Zusammenhang mit der Grippe zweifelhaft war oder es sich um rein idiopathische Psychosen handelte, echte periodische Melancholien, Dementia-*praecox*-Fälle, eine epileptische Verwirrtheit fanden und dass der grösste Teil dieser Fälle ungeheilt blieb, soweit der Ausgang bekannt geworden ist.

Ueber die Dauer der psychotischen postfebrilen Störungen lässt sich folgendes sagen.

Material der letzten Epidemie:

Dauer bis zu 4 Tagen 1 Fall
 „ „ „ 4 Wochen 3 Fälle
 „ „ „ 6 Monaten 1 Fall

Ein Fall war nach 5 Monaten noch nicht ganz abgelaufen. Bei 30 Fällen der alten Literatur, bei denen die Dauer bekannt war, betrug dieselbe:

bis zu 1 Woche bei 8 Fällen	1—2 Monate bei 8 Fällen
1—2 Wochen „ 2 „	2—3 „ „ 6 „
2—3 „ „ 2 „	4—5 „ „ 1 „
3—4 „ „ 1 „	8—9 „ „ 2 „

Die Bemerkung von Althaus, dass die Psychosen nach Grippe im allgemeinen eine längere Dauer haben als die nach Scharlach,

Pocken u. a. Infektionskrankheiten, und die gleiche Dauer wie die nach Rheumatismus, Intermittens, Typhus, lässt sich heute in einwandfreier Weise nicht nachprüfen, da diesbezügliche Zahlen über die Dauer anderer Infektionspsychosen in der neueren Literatur fehlen. Kraepelin hat aber 1881 in seiner grossen Arbeit die Feststellung gemacht, dass die Psychosen nach Gelenkrheumatismus durchschnittlich länger als 4 Wochen und kürzer wie ein Jahr, die nach Typhus mit Vorliebe über 1 Jahr, die nach Pneumonie, Pocken, Cholera vorwiegend 1—4 Wochen dauern. Danach kann gesagt werden, dass die Psychosen nach Grippe in der Dauer zum Teil den Psychosen nach Typhus und Gelenkrheumatismus, zum Teil auch denen nach den anderen Infektionskrankheiten ähneln, dass sowohl kürzer wie länger als 4 Wochen währende psychische Störungen nach Grippe vorkommen.

(Schluss folgt.)
