II. Aus der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau. Beobachtungen aus der letzten Influenza- epidemie.

Von Dr. Otto Dornblüth,

jetzt Direktor der Provinzial-Idiotenanstalt zu Freiburg in Schlesien.

Eine grosse Irrenanstalt wie die Bunzlauer mit ihrer recht beständigen Belegschaft von etwa 700 Geisteskranken und ihrem Wartepersonal von rund 100 Köpfen bietet für Influenzastudien in mancher Beziehung eine günstigere Grundlage als die gewöhnlichen Krankenhäuser, denen nur die schweren Fälle zugeführt werden, und da dort auch die leichteren Fälle von vornherein in ärztliche Behandlung kommen, hat die Beobachtung auch gegenüber der Privatpraxis entschiedene Vortheile.

Dadurch mag sich die Veröffentlichung auch bei einer an sich nicht gerade grossen Zahl von Influenzaerkrankungen rechtfertigen.

In der ersten Epidemiegruppe von 1889/90 sind nur im Januar 1890 16 Männer und 19 Weiber, im Februar 1 Mann erkrankt.

Die nächsten Influenzafälle sind im April 1891 (1 Mann, 1 Weib), im Juni 1891 (2 Männer) und im August 1891 (1 Mann) beobachtet. Die dritte Epidemiegruppe beginnt im October 1891 mit 1 Mann und 2 Weibern; im November erkrankten 3 Männer und 3 Weiber, im December 23 Männer und 30 Weiber, im Januar 1892 5 Männer und 2 Weiber, im Februar noch 1 Weib.

Sehr bemerkenswerth ist die Häufung von lobären Pneumonien vor Beginn und während der letzten Epidemiegruppe. Während im Jahre 1888 in ziemlich gleichmässiger Vertheilung auf die einzelnen Monate 8, im Jahre 1889 ebenso 6, im Jahre 1890 nur 3 croupöse Pneumonien beobachtet wurden, und in den ersten neun Monaten von 1891 nur 2 solche vorkamen, traten im October 1891 nicht weniger als 7, im November 3, im December 7, im Januar 1892 3, im Februar 2 und im März 2 Pneumonien auf. Von diesen 24 Pneumonien sassen 17 im Oberlappen, dabei waren mehrmals beide Oberlappen befallen; zweimal war gleichzeitig ein Unterlappen erkrankt. Bei 12 von den 24 war die Pneumonie durch Influenzaerscheinungen eingeleitet worden; auf diese Fälle entfielen 8 von den Oberlappenpneumonien, sodass 9 solche ohne deutliche Influenzasymptome auftraten. (Bei den Pneumonien der früheren Jahre ist fast ausnahmslos der Unterlappen befallen gewesen.) Nur bei einem Bruchtheil der Pneumonischen war der ganze Oberlappen in der Weise erkrankt, wie es bei den gewöhnlichen croupösen Pneumonien der Fall zu sein pflegt, vielmehr zeigte die Dämpfung eine auffallende Vorliebe für den hinteren unteren Theil des Oberlappens, sodass meist etwa eine drei Finger breite Dämpfung von der Spina scapulae abwärts bestand. Da diese Partie normaler Weise etwa der Grenze des Ober- und Unterlappens entspricht, der pneumonisch vergrösserte Lappen aber jedesmal die Grenze zu Ungunsten des gesunden Lappens verschiebt, musste es zunächst manchmal zweifelhaft bleiben, ob die Infiltration dem Oberlappen

oder dem Unterlappen angehöre. In der That bestätigte die Section, die bei allen 7 an Pneumonie Gestorbenen vorgenommen wurde — 3 davon hatten zuvor deutliche Influenzaerscheinungen gehabt —, dass sich unter der bezeichneten Dämpfung einmal der infiltrirte oberste Theil des Unterlappens, sonst der untere Theil des Oberlappens verbarg.

Im Dämpfungsbezirk fand sich nur ausnahmsweise crepitirendes Rasseln und später Bronchialathmen; der Auswurf fehlte in manchen Fällen ganz, in anderen hatte er nichts für Pneumonie charakteristisches, nur zweimal war er deutlich rostfarben. Das Fieber begann regelmässig mit schnellem Anstieg bis gegen 40° und darüber, war aber von vornherein sehr stark remittirend, einige male geradezu intermittirend. Fast immer war die Infiltration bereits am Tage nach dem Beginn der Influenzaerscheinungen und des Fiebers nachweisbar; in einzelnen Fällen begann sie jedoch erst am dritten oder vierten Tage einer Influenza unter neuer Fiebersteigerung.

Jedenfalls hat es sich in keinem der 24 Pneumoniefälle um katarrhalische Pneumonie gehandelt; auch bei den an Influenza Gestorbenen waren keine lobulären Herde aufzufinden. Gegenüber der gewöhnlichen croupösen Pneumonie waren jedoch die häufige Beschränkung der Veränderung auf $\frac{1}{3}$ oder $\frac{1}{4}$ eines Lappens und eine eigenthümliche Schlawheit der Infiltration bemerkenswerth. In einem Falle, wo ich eine mikroskopische Untersuchung vorgenommen habe, waren die Alveolen von einem zellenreichen, fibrinarmen Exsudat erfüllt. Die Uebereinstimmung des ganzen Bildes unserer Erkrankungen mit Finkler's „zelligen Pneumonien“ trat sehr hervor. In einem Falle, wo die Pneumonie den ganzen Unterlappen einnahm, kam es darin zu multipler Gangrän mit Bildung zahlreicher, zum Theil apfelgrosser Cavernen. Als wichtige Complication wurde dreimal Endocarditis beobachtet; sie trat einmal am vierten, zweimal am zwölften und dreizehnten Tage nach dem Erscheinen der Influenza auf; nur in einem der letzteren Fälle verband sie sich mit höherem Fieber; hier entstand nach mehreren Tagen ein Lungeninfarkt und im Anschluss daran eine Pleuritis mit Exsudat, und die Erscheinungen einer acuten Mitralsuffizienz verschwanden erst nach vielen Wochen. Die beiden anderen Fälle kamen schnell zur Heilung.

In einem anderen Falle war die sehr gelinde aufgetretene Influenza von einem pericardialen Exsudat begleitet; vielleicht ist auch eine im April 1891 gleichzeitig mit mehreren Influenzafällen aufgetretene, anscheinend spontane, exsudative Pericarditis auf Influenza zu beziehen.

Von anderen Complicationen wäre nur Otitis media mit Trommelfellperforation zu erwähnen, die dreimal vorkam, ohne besondere Nachtheile zu hinterlassen. Die Reconvalescenz der Influenza war häufig in die Länge gezogen, was ja für diese Krankheit so charakteristisch ist, dass man in unsicheren Fällen darauf die Diagnose gründen kann. Verschlimmerungen psychischer Krankheiten zustände durch die Influenza haben wir in der Anstalt nicht beobachtet, und die in den Aufnahmegutachten darauf zurückgeführten Psychosen konnten wir mehrmals als schon vor der Influenzaerkrankung entstanden erkennen.

Für die Behandlung haben wir von Bettruhe, diätetischen Maassregeln und Bädern und von einer Reihe von Arzneimitteln: Excitantien, Calomel, Chinin, Antipyrin, Antifebrin, salicylsaurem Natron und am häufigsten von Salipyrin-Riedel Gebrauch gemacht. Ich kann die günstigen darüber vorliegenden Berichte¹⁾ insofern vollkommen bestätigen, als das Salipyrin in mehrmaligen Gaben von 1,0 (bis zu 6,0 im Laufe eines Nachmittags gegeben) ohne unangenehme Nebenwirkungen die subjectiven Beschwerden der Influenza mit einer Vollkommenheit vertreibt, wie keins der anderen Mittel, die wir versucht haben. Ich habe an mir selbst gesehen, dass zwei Grammdosen Salipyrin im Beginne der Influenza die seit 6—7 Stunden bestehende qualvolle subjective Empfindung äusserster Herzschwäche wie mit einem Schlage beseitigte und ruhigen Schlaf herbeiführte. Eine abkürzende Wirkung auf den Verlauf und eine durchschlagende Antipyrese haben wir nicht beobachtet, aber meines Erachtens empfiehlt das Schwinden der Beschwerden durch Salipyrin die Anwendung für jeden Arzt genügend, dem auch der subjective, psychische Zustand seiner Kranken wichtig ist. Die von Hirschmann (Wiener Med. Blätter 1892 No. 17) als so häufig bezeichneten Nebenerscheinungen bei Salipyringebrauch: Kopfschmerzen, Sodbrennen und Erbrechen, sind mir trotz ausgedehnter Anwendung des Mittels bei den verschiedensten Leiden nie begegnet, nur einmal trat bei der Frau eines Anstaltsbeamten, die kurz zuvor 2,0 ohne Nachtheil genommen hatte, nach 1,0 Erbrechen und Urticaria auf, vielleicht im Zusammenhang mit einer menstruell gesteigerten Empfindlichkeit. Schweisse kamen nicht selten vor,

belästigten aber die Kranken nicht besonders. Als Darreichungsform benutzten wir Pulver, die auf die Zunge geschüttet und mit reichlichem Wasser hinuntergespült wurden, und später die billigeren Riedel'schen Salipyrinintrochisci zu 1,0, die kurz zerbrissen und fast ohne Geschmackempfindung mit etwas Wasser verschluckt wurden.

¹⁾ Vgl. besonders Dr. Argo, Beobachtungen über Salipyrin. Therap. Monatsh. 1892, Mai, und z. Th. Dr. Witting, Allg. med. Centralzeitung, 1892 No. 30.