

DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

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

Begründet von Dr. Paul Börner.

Achtzehnter Jahrgang.

Redacteur Geh. Sanitäts-Rath Dr. S. Guttman in Berlin W.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Zur Kenntniss schwerer organischer Hirnleiden im Gefolge von Influenza.

Von P. Fürbringer in Berlin.

Der bunten Fülle von Mittheilungen über Functionsstörungen des Nervensystems ohne erkennbare anatomische Grundlage, welche uns die neueste Influenzalitteratur bescheert hat — wir erinnern an die vielgestaltigen Neuralgien, Krämpfe, Lähmungen, hysterischen Symptome, welche man in allen Phasen der Krankheit und nach ihr hat auftreten sehen — steht eine relativ dürftige Summe von Berichterstattungen im Sinne unseres Titelthemas gegenüber. Noch wesentlich kleiner wird der Betrag, wenn wir diejenigen Formen von Entzündungen des Gehirns und seiner Häute in Abzug bringen, welche ihre Entstehung der Fortleitung des eiterbildenden Processes aus der Nachbarschaft¹⁾ verdanken. Endlich geht einem Theile des Restes leider — oder lieber glücklicherweise — die anatomische Controle ab, da die Träger der schweren Complication nicht erlagen.

Aus solchen Umständen nehme ich, wie ich glaube, berechtigten Anlass, über einige einschlägige, grösstentheils im Krankenhause Friedrichshain secirte Fälle zu berichten, welche die diesjährige Influenzaepidemie, ganz im Gegensatze zu der letzten, uns in dichtgedrängter Reihenfolge entgegengeführt hat.

Vorher eine kleine litterarische Skizze: Dass die Erkenntniss einer unmittelbaren Abhängigkeit schwerer anatomischer cerebrospinaler Läsionen vom Grundprocess der Influenza im wesentlichen eine Frucht des neueren Studiums darstellt, scheint schon aus dem Umstande hervorzugehen, dass in der Zülzer'schen Bearbeitung unserer Krankheit in dem grossen v. Ziemssen'schen Handbuch (3. Auflage) aus dem Jahre 1886 so gut wie nichts von derlei Complicationen erwähnt wird. Allein so ganz unbekannt waren sie den früheren Autoren nicht. So finden wir in den ausführlichen, von den Influenzaepidemieen in Grossbritannien berichtenden Thompson'schen Annalen (1852) die stricte Angabe, dass die Seuche des Winters 1836/37 Fälle von Apoplexie mit Aphasie und Myelitis dargeboten habe.

Der wohl am meisten citirte, der Epidemie 1889/90 entstammende Fall ist der von Erlenmeyer²⁾ berichtete: Ein 25jähriger College von vordem vorzüglicher Gesundheit erkrankt plötzlich mit Kopf- und Rückenschmerz, grosser Mattigkeit, später Erbrechen bei mässigem Fieber. Nach etwa zehn Tagen unvollständige Erholung, die ihn nicht hindert, seinen Dienst wieder aufzunehmen. Zwei Wochen später plötzlich Parästhesien und Zuckungen im Bereich des linken Vorderarms, Synkope, Sturz vom Stuhl, Erbrechen, weiterhin für fünf Tage absolute Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Aufstossen, bis der zweite Anfall von Monospasmus des linken Armes folgt. Ziemlich schnelle Heilung. Mit Recht wohl macht der Beobachter für solche Erscheinungen eine Hämorrhagie in das Rindencentrum des linken Arms verantwortlich, zumal Patient zu gleicher Zeit Blutungen im Bereich der Bindehaut und Zunge dargeboten. Schwere Erscheinungen eines cerebrospinalen acuten Entzündungs-

processes, die desgleichen erst einige Wochen nach Beginn der Convalescenz einsetzte, zeichnen den von F. Müller¹⁾ mitgetheilten Fall aus, der trotz eines langandauernden Zustandes von Schlafsucht zur Heilung gelangte. Nicht weniger als acht, in den Berichterstattungen lange nicht genug gewürdigte Fälle von „Influenza apoplectica“ bezw. Mono- und Hemiplegieen beschreibt Leichtenstern²⁾. Allen gemeinsam war der Eintritt der Lähmung auf der Höhe oder doch in unmittelbarem Anschluss an die Grundkrankheit und der Wiederanstieg der Temperatur selbst zu bedeutenden Höhen. Von den drei tödtlichen Fällen vermochte nur einer zur Section zu gelangen; er beansprucht deshalb besondere Dignität. Die 25jährige blühende Frau bietet zunächst geringen Kopfschmerz, Reizbarkeit, häufiges Erbrechen, zu dem sich bereits am selben Abend Nackenstarre und Bewusstlosigkeit bei hohem Fieber gesellt. Tod am vierten Tage. Die Section ergibt unbedeutende innere hämorrhagische Pachymeningitis, hämorrhagische Infiltration der Leptomeninge im Bereiche der Convexität mit Streifen eitrigen Exsudats längs einzelner grösserer Gefässe. Hirnrinde stellenweise hämorrhagisch erweicht³⁾. Die zahlreichen Herde grauroth, roth getüpfelt. Keine Emboli nachweisbar. Der Autor nimmt eine capillar-embolische Verschleppung des Influenzakeims an.

Fügen wir hier noch einige kürzer skizzirte, aber bezeichnende Fälle an von Leyden (Coma, Genickstarre, Heilung), Eichhorst (Monoparese, später Aphasie, alter, wahrscheinlich corticaler Erweichungsherd), Bilhaut (Rindenepilepsie), Revilliod (Erweichung des rechten Kleinhirnlappens), von Arzel, Huysmann, Maillart (eitrige Meningitis), und lassen wir nicht ausser Acht, dass die Beobachtungen von nucleären Ophthalmoplegieen (Pflüger, Uhthoff, Gutmann) ihre Entstehung richtigen encephalitischen Processen verdanken können, so dürften wir einen nicht allzu unvollständigen Ueberblick der zur Veröffentlichung gelangten Leistung der letzten Influenzaepidemie in der Richtung unseres Themas geliefert haben.

Hierzu kommen einige eigenartige Gaben der jetzigen Epidemie. Dass der kürzlich in der hiesigen medicinischen Gesellschaft⁴⁾ mitgetheilte, von Senator intra vitam beobachtete, von Virchow secirte Fall als Influenza zu deuten, dürfte, zumal nach den vorausgegangenen Leichtenstern'schen Beobachtungen, besonderen Zweifeln nicht wohl begegnen. Der 33jährige Patient erkrankte unter den Zeichen einer acuten, hochfebrilen Infectiouskrankheit mit Katarrh der Respirationsorgane, vagen Muskel- und Nervenschmerzen,

¹⁾ Berl. klin. Wchschr. 1890 No. 37. ²⁾ Diese Wchschr. 1890 No. 23.

¹⁾ Hierher gehören die Beobachtungen von Meningitis nach der bei unserer Krankheit so gewöhnlichen eitrigen Otitis media, ferner jene von Leptomeningitis und Gehirnabscess infolge Fortpflanzung der Eiterung von Kiefer- und Stirnhöhlen unter die Dura (Weichselbaum u. a.), vielleicht auch der von Ewald berichtete Fall von partieller, suppurativer Basalmeningitis, obwohl eine direkte Continuität zwischen ihr und der Knochenaffection (Empyem der Highmorshöhle) sich nicht nachweisen liess.

²⁾ Jackson'sche Epilepsie nach Influenza. Berl. klin. Wchschr. 1890 No. 13.

³⁾ Einen ähnlichen Befund erhob Foà (La Riforma med. Mai 1890) am Rückenmark unter spinalen Erscheinungen gestorbenen Influenzakranker. An dieser Stelle sind auch die bemerkenswerthen Beobachtungen über Rückenmarkserkrankungen nach Influenza von Drasche, Herzog, Leichtenstern, Leubuscher, Bilhaut, Revilliod, Maillart, Bahrdt u. a. zu registriren. Hier setzten, wie auch in einem in der bekannten Bearbeitung der Medicinalabtheilung des Kriegsministeriums erwähnten Falle schwere und leichte Ausprägungen von Paraplegie, Rückenschmerzen, Gürtelgefühl, Ataxie, spastischen Erscheinungen, Harnstörungen vielgestaltige klinische Bilder verschiedenster Dauer zusammen. Auch an dem Symptomenbilde der Landry'schen Paralyse fehlte es nicht, wie besonders Eisenlohr's Beobachtung erweist. Die Fälle von Neuritis und Polyneuritis, über welche dieser Autor, Remak, Hensch, Joffroy, Church, Ruhmann berichten, schliessen hier enger an, als man verneinen möchte. Dass man sie zum Theil in Analogie mit den postdiphtherischen Lähmungen gesetzt hat, liefert zugleich einen deutlichen Hinweis auf die Schwierigkeit ihrer Unterscheidung von spinalen Läsionen.

⁴⁾ Sitzung vom 25. November 1891. Diese Wochenschr. 1891 No. 49 und Berl. klin. Wchschr. 1891 No. 52.

profusem Nasenbluten. Am 7., dem Vortage des Todes, setzte die halbseitige Gehirnähmung ein, als deren anatomisches Substrat Virchow einen apoplektischen Herd im Bereiche der Rinde der linken Hemisphäre erschloss. Um das Blutgerinnsel kleine Abscesse und eine breite ödematöse, mit Capillarapoplexien durchsetzte Zone. Pia umschrieben eitrig infiltrirt. Ausserdem fanden sich Bronchopneumonie, hämorrhagische Herde in den Nieren und eine geringfügige Endocarditis mitralis.

Der Zufall hat es gefügt, dass wir an dem gleichen Tage einen durchaus analogen Fall, den wir bereits kurz skizzirt (I. c.) und dessen ausführlichere Mittheilung gleich folgen soll, secirt haben. Endlich berichtet A. Fraenkel vor wenigen Tagen im hiesigen Verein für innere Medicin¹⁾, dass in einem Falle von Influenzapneumonie plötzlich Aphasie und rechtsseitige Lähmung aufgetreten. Beides ging nach einer halben Stunde vorüber, um am nächsten Tage, diesmal in nachhaltiger Form, wiederzukehren.

Und nun zu unseren eigenen Fällen. Zwei derselben dürften durch ihren eigenartigen Charakter, insbesondere die ganz ungewöhnliche Ausdehnung der Gehirnkrankung, ein Sonderinteresse beanspruchen. Die vier anderen lehnen sich mehr weniger an frühere Veröffentlichungen an. Der freundliche Leser verüble es mir nicht, wenn ich gegen meine sonstige Gewohnheit in den anamnestischen, naturgemäss den Kranken selbst nicht möglichen Daten (die ich den Bemühungen der Herren Praktiker in der Stadt, nicht minder auch der Herren Assistenzärzte unserer Anstalt verdanke) etwas ausführlicher sein werde. Es galt uns, bei der immerhin nicht leichten Nachweisbarkeit des Zusammenhanges der schweren Hirnkrankung mit der Grippe Skeptikern eine möglichst objective Grundlage zu geben.

1. Fall A. F., 27jähriges Dienstmädchen, wird am 23. November 1891 abends in bewusstlosem Zustande in das Krankenhaus Friedrichshain eingeliefert. So weit die Dienstherrschaft und Angehörigen Auskunft geben können, ist das Mädchen früher stets gesund gewesen. Vor ca. 2½ Wochen ist sie plötzlich erkrankt, u. a. mitten in der Nacht aufgewacht und hat bemerkt, dass sie kein richtiges Gefühl mehr im rechten Arm hatte, demselben auch die frühere Kraft fehlte. Dies muss die nächsten Tage besser geworden sein, da sie ihre Arbeit weiter versehen hatte; doch trat bald Mattigkeit und Appetitlosigkeit in den Vordergrund. Kein auffallendes Fieber, keine deutlichen Zeichen von bronchialer Erkrankung. Zunehmende Schwäche veranlasste ihre Herrschaft die Kranke zur Erholung zu ihrer Schwester zu schicken, wo sie durch zerstreutes Wesen — sie erzählte manche Sachen zwei- und dreimal hintereinander — auffiel. Am 21. fühlte die Reconvalenscentin sich bereits wieder so wohl, dass sie ihrer Dienstpflicht wieder genügen wollte. Doch traten am 22. früh plötzlich Kopfschmerzen, Uebelkeit und grosse Müdigkeit auf, so dass sie kaum imstande gewesen, das Bett zu verlassen. Am nächsten Tage nachmittags klagte sie wieder über die Gefühllosigkeit im rechten Arm, ganz so, wie vor zwei Wochen. Sie legte sich zu Bett, zeigte Andeutung von rechtsseitiger Körperlähmung und wurde benommen. In der Nacht darauf Erbrechen. Am nächsten Morgen Bewusstlosigkeit, Krämpfe am ganzen Körper (Gesicht, Hände, Füsse), die eine Stunde anhielten. Wiederholung derselben am Abend, weshalb sie nach diesseitiger Anstalt übergeführt wurde.

Befund: Patientin ist ein kräftig gebautes, wohlgenährtes Mädchen, vollkommen bewusstlos, reagirt auf Anrufen nicht mehr, auf Nadelstiche mit schmerzhaftem Verziehen des Gesichts. Letzteres blass, Augen geschlossen. Beim Oeffnen der Lider fällt horizontaler Nystagmus auf. Pupillen mittelweit, reactionslos. Zähneknirschen; zuweilen langgezogenes Gähnen. Fortwährende Jactationen mit Neigung zur rechten Seitenlage. Extremitäten bald vollständig schlaff, bald mehr rigid. Patellarreflexe gesteigert. Incontinencia urinae. Harn 1031, eiweiss- und zuckerfrei. Temperatur 37,4. 84 kaum abnorme Pulse. An den inneren Organen sonst nichts bemerkenswerthes. Eine Stunde später Zuckungen der Gesichtsmuskeln und Extremitäten beiderseits. Puls wird voller und langsamer (bis 48). Schnarchende Athmung. Patientin erinnert an eine Chloroformirte.

Am nächsten Morgen Wiederholung der Krämpfe. Die Temperatur, welche bis auf 36° gefallen, steigt schnell auf 39°. Die Untersuchung des Augenhintergrundes, während welcher Clonus im Bereich des rechten Facialis, später des ganzen Körpers auftritt, ergibt starke Füllung der Netzhautvenen. Spasmus nictitans, Zuckung der Nasenflügel besonders auffallend. Gesicht jetzt geröthet. Die Temperatur steigt mittags auf 40,1, weiterhin auf 40,8°, Puls zwischen 88 und 100, klein, 36 tiefe regelmässige Respirationen, schlaffe Lähmung der Extremitäten, keine Patellarreflexe mehr. Abends tritt der Tod ein, ohne dass die Kranke zum Bewusstsein gekommen wäre.

Die Section ergibt intakten Klappenapparat des Herzens, sehr intensive eitrig Bronchitis, kleine disseminirte bronchopneumonische Herde. Milz vergrössert, blutreich, weich. Im Bereich des Netzes grössere fleckförmige Hämorrhagien. Die Schleimhaut des Dünndarms in dessen mittlerem Theile auf eine Strecke von ca. 2 m geschwollen und mit dichten querstreifigen Hämorrhagien durchsetzt bis diffus hämorrhagisch infiltrirt. In einigen Partien geringere hämorrhagische Fleckung.

Sinus longitudinalis gleich den in ihr einmündenden Venen mit dunkelrothen, festhaftenden, ziemlich derben Blutgerinnseln thrombosirt, desgleichen die meisten grösseren Piaaven der Convexität. Pia intensiv hyperämisch, von der Hirnoberfläche leicht abziehbar. Im Bereich beider Grosshirnlappen, besonders der beiden Centralwindungen, je ein bühnereigrosser hämorrhagischer Herd mit flottirenden, aus Blut und zertrümmerter Hirn-

substanz bestehender Inhalt. Beide apoplektischen Herde, welche die graue und weisse Substanz einnehmen, sind umgeben von einer mehrere Centimeter breiten, tief ins Marklager dringenden, leicht gelb verfärbten, erweichten, mit zahllosen punktförmigen Hämorrhagien durchsetzten Zone. Ein kleinerer wallnussgrosser ähnlicher Herd mit geringerem Blutinhalte an der vorderen Kante des rechten Occipitallappens. Im übrigen keine bemerkenswerthen Veränderungen.

Noch erschütternder stellte sich der

2. Fall dar, zu welchem ich am 21. November 1891 von Herrn Collegem Cohn gerufen wurde. Patient, ein 32jähriger, früher stets gesunder, nur in der letzten Zeit durch Reizbarkeit auffallender, relativ gutgenährter Kaufmann (P. S.) erkrankte am 13. November plötzlich unter Kopf- und besonders Kreuzschmerzen, viel Husten, mässigem Fieber, Dyspepsie, Mattigkeit. Trotz Verordnung der Bettruhe geht er seiner Beschäftigung nach und fühlt sich bereits am 18. November so wohl, dass er sich abends Caviar, Fleisch und Bier mitbringt, um sich einen guten Tag zu machen. Am nächsten Morgen klagt er über grosse Uebelkeit, Erbrechen und Druck in der Magengegend. Der Arzt constatirt wieder leichtes Fieber, eingezogenen Leib, grosse Unruhe. Steigerung der letzteren am nächsten Tage, Verschleierung des Sensoriums; Patient fällt aus dem Bett. Am 21. enge, schwach reagirende Pupillen, Nackenstarre. Ich selbst traf am Nachmittag den Patienten völlig bewusstlos, sich wild im Bett umherwerfend an. Jagende nasale Athmung. Incoordination der Augenbewegungen. Urin geht ins Bett. Diffuse bronchitische Geräusche. Eine genauere Untersuchung ist unmöglich, da die Umgebung kaum imstande ist, den Kranken zu halten. Er wird deshalb ungesäumt mit der Diagnose „Meningitis“ in das Krankenhaus Friedrichshain gebracht, wo er im Coma ankommt. Die Bulbi divergiren in den verschiedensten Richtungen, die Pupillen reagiren träge auf Licht. Der Augenhintergrund bietet nichts besonderes. Ziemlich lebhaft Patellarreflexe. Langsamer Druckpuls (76). Temperatur bei der Aufnahme 36, einige Stunden später 38,9°. Sehr vertieft, durch die Nase schlürfende Respiration (16). Anhaltende grosse Unruhe bald der einen, bald jener Extremität, durch Morphin vorübergehend beruhigt. Stuhl und Urin ins Bett. 22. November: hohes Fieber (bis 40°), kleiner, frequenter Puls. Kampher ohne sichtbaren Erfolg. Coma hält an. Pupillarreflex auf Licht fast erloschen. Abends Temperatur 40,6°, 56 Respirationen, Lungenödem, Tod. Bei der Autopsie treffen wir als höchst überraschenden Hirnbefund eine hämorrhagische Encephalitis von ganz ungewöhnlicher Ex- und Intensität an, qualitativ derjenigen des ersten Falles entsprechend, nur dass die Blutextravasate fehlten. Es zeigt sich nämlich fast das ganze Gebiet der grossen Centralganglien beiderseits weicher als normal, theils diffus, theils fleckig gelblich und, besonders im Bereich der weissen Substanz, mit zahlreichen punkt- und strichförmigen Hämorrhagien durchsetzt. Kleinere gleichsinnig beschaffene Herde im Bereich der Hirnschenkel, der Kleinhirnhemisphären und des Pons. Herz intact. In den Unterlappen beider Lungen grössere und kleinere Bronchoherde. Blutreiche Milz. An den übrigen Organen nichts besonderes.

Epikrise dieser beiden Fälle: So eindeutig die Anamnese des zweiten Falles, rücksichtlich des ersten könnte, wer nicht viel Grippefälle hat debutiren sehen, stutzig werden. Wir machen auf die grosse Aehnlichkeit im ersten Verlauf mit der von uns etwas ausführlicher erwähnten Erlenmeyer'schen Beobachtung (s. oben) aufmerksam. Allen drei Fällen ist die Einschiebung einer Latenzperiode gemeinsam, die „Convalescenz ohne Schonung“. Im übrigen besteht sichtliche Verwandtschaft mit den Leichtenstern'schen Fällen (s. oben), nur dass hier die Bezirke der hämorrhagischen Encephalitis¹⁾ eine ganz ungewöhnliche Ausdehnung erlangt haben. Ueber die histologischen Verhältnisse vermag ich einstweilen noch nichts auszusagen, da das Präparat noch nicht schnittreif. Ich lege auf obige Bezeichnung keinen Werth. Dass die Leichtenstern'schen Befunde (s. oben) sich hier im Princip widerspiegeln, ist unzweifelhaft. Offenbar handelt es sich um Metastasen, vermuthlich capillarembolischer Natur. Grobe Emboli fehlten bei der Section. Die Vergesellschaftung mit einem richtigen apoplektischen Herd finde ich nur in dem Senator-Virchow'schen Falle wieder. Dort fanden sich auch Spuren von Endocarditis und Metastasen suppurativer Natur. Unser Fall ist in dieser Beziehung ganz rein, wenn jemand, was wir nicht thun, die bekanntlich unter Umständen ähnlich verlaufende Herzaffection in den Vordergrund schieben wollte. Wenn wir im ersten Augenblick geschwankt haben, so bestehen nunmehr ebensowenig Zweifel an der Influenzanatur der beiden Fälle für uns, wie für Leichtenstern. Gerade die grosse Aehnlichkeit mit dem Senator-Virchow'schen Fall, der an demselben Tage zur Section gelangte, spricht beredt für die Causalität. Man stelle sich nur vor, dass zur Zeit einer bedeutenden Influenzaepidemie zwei junge, blühende, vordem stets gesunde Individuen plötzlich erkranken, und die Section die Zeichen einer acuten Infectionskrankheit fördert! Wäre es da nicht müssig, an unbekannte Infectionskrankheiten oder gar latente Syphilis und dergleichen zu denken? (S. Nachtrag.)

Alleu den eben erwähnten Fällen gemeinsam ist der hämorrhagische Charakter der Gehirnweichung. Kein Wunder bei der ausgesprochenen, von einer grösseren Reihe von Autoren hervor-

¹⁾ Bei Scharlach sah ich einmal vor circa zehn Jahren in Jena ganz ähnliche Gehirnweichung, deren klinische Symptome erst in der fünften Woche nach Beginn der Krankheit eingesetzt hatten.

¹⁾ Sitzung vom 7. December.

gehobenen Neigung unserer Krankheit zu hämorrhagischen Processen überhaupt. Mit Recht stellt Bäuml¹⁾ in den Vordergrund, dass bei der Influenza infection Blut und Blutgefässe tiefgreifende Veränderungen erleiden. Ueber die „capillären Thrombosen“ von Klebs wagen wir nicht uns zu äussern. Wir glauben aber das Augenmerk auf die so bedeutende hämorrhagische Enteritis unseres ersten Falles lenken zu sollen. Sie tritt gewissermaassen — auch als Metastase — an die Stelle der Nierenhämorrhagien in dem Senator-Virchow'schen Fall. Blutige Stühle — unsere Patientin hat in der Anstalt überhaupt keine Sedes geliefert, — dysenterie-ähnliche Zustände bei der Influenza sind bekannt und gleich im Beginn der vorletzten Epidemie von Landgraf²⁾ gebührend hervorgehoben worden.

Um geläufigere Vorkommnisse — die der tödtlichen eitrigen Meningitis — handelt es sich in dem dritten und vierten Fall, die wir deshalb weit kürzer abhandeln können, obwohl auch sie gewisser Eigenheiten nicht entbehren.

3. Fall. Am 29. November 1891 wird die 50jährige Arbeiterfrau B. geb. J. in moribundem Zustande in die Anstalt eingeliefert. Die gracil gebaute, mittelgut genährte, früher gesunde Patientin, welche „immer kräftig gearbeitet“ hat, erkrankte zwei Wochen vorher nach den Angaben ihrer Angehörigen an Fieber, Husten, Kopf- Hals- und Leibschmerzen mit Appetitlosigkeit und Durchfall, bedeutender Mattigkeit in den Gliedern. Nach einigen Tagen Schmerzen im linken Unterschenkel. Weiterhin Anschwellung des linken Oberarms. In den letzten Tagen Schlaflosigkeit, Unruhe, Benommenheit, Bettflucht, lautes Aufschreien, Hallucinationen.

Bei der Aufnahme mittleres Fieber, kein Puls, ängstlicher Blick, reactionslose Pupille, trockene Lippen, borkige Zunge. Die unteren Extremitäten sind an den Leib herangezogen und rigid. Bei Streckungsversuchen heftige Schmerzáusserung. Stuhl diarrhoisch, gleich dem eiweisshaltigen, 1031 schweren Urin (Katheter!) ins Bett. Weicher Leib. Ab und zu lauter Aufschrei. Beide Oberarme in toto geschwollen, bläulich ohne deutliche Grenzen, stellenweise bläulich angelaufen, fühlen sich teigig an. Reichliches Rasseln über den unteren Lungenpartien. Ungeachtet stärkster Reizmittel Exitus in 6 Stunden. Section: Beide Oberarme geschwollen; Epidermis stellenweise in Fetzen abgelöst, Corium braunroth imbibirt. Die darunter liegenden Muskeln dunkelroth, blutig infarcirt, leicht zerreiblich bis matsch. Keine Spur von Eiter. Weder Emboli noch Thromben in den Gefässen. Leptomeninx der Convexität links hinter der Centralwindung handtellergross eitrig infiltrirt. Dicke Eiterstrassen längs der Gefässe. Das Exsudat leicht ablösbar. Keine eitrige Otitis. Am Gehirn selbst nichts bemerkenswerthes. Eitrige Bronchitis. Milz gross, hyperämisch, fast matsch. Nieren von kleinen Hämorrhagien durchsetzt. Sonst keine erwähnenswerthe Anomalie.

Also auch hier begleitende hämorrhagische Prozesse unter der Form von Nierenblutungen und einer ganz ungewöhnlichen hämorrhagischen Dermatomyositis, nicht zu verwechseln mit den von Gerhardt u. a. beschriebenen, auf Arterienembolie oder spontaner Thrombose beruhenden Nekrosen der Extremitäten und vollends nicht mit Erysipel. Man erinnere sich der angeführten Leichtenstern'schen Beobachtung, wo die Combination von suppurativen und hämorrhagischen Zuständen im Bereich des Gehirns sich fand. Auch Virchow traf begleitende eitrige Infiltration der Pia an.

4. Fall. Im vierten Falle war Patient, der 52jährige Hausdiener E. G., nach Angabe seines Sohnes, am 2. December 1891 ziemlich plötzlich mit Kopfwahl, Schmerzen in allen Gliedern und Husten fieberhaft erkrankt, alsbald bettlägerig geworden. Weiterhin schweres Darniederliegen, Unruhe, Bettflucht; am Vortage der Aufnahme Röcheln, unverständliches Murren beim Anrufen. Seitdem hat er nicht mehr gesprochen, auch wohl niemanden mehr erkannt. Bei der Einlieferung (am 10. December) reagirt Patient, ein muskulöser Mann von mittlerem Ernährungszustand, nur noch auf Hauteize mit schwachen Abwehrbewegungen. Starke Cyanose, hochgradige Dyspnoe (36 R.), 112 harte, etwas unregelmässige Pulse, Temperatur 40°. Spitzenthail der rechten Lunge infiltrirt (scharfes Bronchialathmen ohne alle Nebengeräusche), über den übrigen Lungenabschnitten R und L, besonders U reiches feuchtes Subcrepitation. Uncoordinirte Augenbewegungen, Bulbi bald stark divergirend, bald convergirend. Pupille rechts grösser als links, von träger Lichtreaction. Ophthalmoskopisch fehlen gröbere Veränderungen. Patellarreflexe gesteigert. Keine deutlichen Lähmungen. Grosse Unruhe, Jactationen. Leichte und kurze Aufhellung des Sensoriums auf ein lauwarmes Bad mit kalten Uebergiessungen. Harn enthält Eiweiss und Epithelialcylinder. Nachts kleiner bis filiformer Puls, dessen Frequenz sehr wechselt (112—140). Fortdauer des hohen Fiebers. Am nächsten Morgen tiefes Coma, Trachealrasseln; mittags Exitus. Diagnose: Croupöse Pneumonie und Leptomeningitis.

Die Section ergibt schlaffes, hellrothbraunes Myocard, croupöse Pneumonie im Bereich des rechten Oberlappens. Die Unterlappen, besonders links, enthalten zumal nahe der hinteren Kante der Basis kleine, luftleere, ziemlich derbe Herde, die der Schnittfläche eine höckrige Beschaffenheit geben; Gewebe stark hyperämisch; in einigen erweiterten Bronchien schleimig-eitriges Secret. Milz stark vergrössert, Parenchym blutreich, ziemlich derb. Nierenrinde etwas trüb und prominirend, verbreitert, grau-roth.

¹⁾ Verh. d. IX. Congress f. innere Med. (Wiesbaden 1890) p. 306 u. 311.

²⁾ Berl. klin. Wchschr. 1890 No. 12. Eine Phthisica, die auf unserer Abtheilung neulich an Influenza erkrankte, hat sich von Stund an, innerhalb weniger Tage, aller Behandlung zu Trotz aus dem Darm zu Tode verblutet!

Leptomeninx im Bereich der Convexität fast durchweg grüngelb infiltrirt, ödematös bei starkem Blureichthum. Eiterstrassen längs der Venen. Das eitrige Exsudat setzt sich in den Rückenmarkscanal und die grossen Nervenscheiden, soweit sichtbar, fort. Ohren frei. Sonst keine besondere Anomalie.

Ich würde mich hier bei der so häufigen Combination von gewöhnlicher fibrinöser Pneumonie und eitriger Meningitis beruhigt haben, wenn nicht die Anamnese, das Grassiren der Influenza-epidemie und vor allem der für die gewissermaassen essentielle Lungencomplication so charakteristische Befund der höckrigen Schnittfläche der Unterlappen sich entgegenstellte hätten. Ob die nur wenige Tage alte croupöse Pneumonie hier ausser ursächlichem Zusammenhang mit der Influenza steht oder eine Complication derselben, wie etwa beim Typhus, darstellt, lasse ich dahingestellt. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab die Anwesenheit einer sehr mässigen Zahl von kapsellosen Diplococci und noch spärlicheren, meist zwei- und dreigliedrigen Streptococci.

Es folgen zum Schluss zwei Fälle unseres Themas, die in Heilung ausgegangen sind.

5. Fall. Zu dem einen, also fünften Falle, wurde ich von Herrn Collegen Aye am 30. November 1891 gerufen. Die 27jährige Dame, Miss A., ein kräftiges, gut genährtes Mädchen, die im allgemeinen leicht erregbar gewesen sei, indess niemals Zeichen deutlicher Hysterie dargeboten habe, erkrankt am 15. November plötzlich mit heftigen Kopfschmerzen, Husten, Wehgefühl in Brust, Rücken, Gliedern, Anorexie. Die Untersuchung ergibt hohes Fieber, ziemlich grossen, empfindlichen Tumor, mässige Bronchitis. In den nächsten Tagen allgemeine Schwäche und Apathie, am 20. November Besserung, am 22. fast völlige Euphorie; am 25. steht die Dame auf und beschäftigt sich trotz Verbots stundenlang eifrig mit Nähen, Klavierspielen, Briefschreiben und Besuchempfangen. Abends heftiger Hustenanfall, Nasenbluten. Unruhige Nacht. Am Mittag des nächsten Tages wieder plötzlich sehr heftiger Schmerz in Stirn und namentlich Hinterkopf, Schwindel, Apathie, grösste Schwäche. Die folgende Nacht schlaflos. Am 28. November ausserdem Uebelkeit, Herzklopfen, Collapsanfall (kleiner, jagender Puls), so dass Reizmittel nöthig werden. Mittags langsamer (52), sehr voller Puls bei prall gespannter Radialis. Trockne Zunge. Derselbe Befund am nächsten Tage bei Klage über heftigen Kopfschmerz. Am 30. früh erneuter Schwächeanfall mit vorübergehender Contractur der Nackenmuskulatur. Bald nach demselben sah ich die Patientin. Sie lag mit geschlossenen Augen lang ausgestreckt im Bette, vermied ängstlich jede Bewegung, gab nur spärliche und zögernde Auskunft. Ausgesprochener Druckpuls. Uebelkeit, Stuhlverstopfung. Träge Pupillenreaction. Leicht gesteigerte Patellarreflexe. Geringes Fieber. Keine auf Neuritis deutende Druckempfindlichkeit an den Extremitäten. Patientin erhält neben den früheren gewöhnlichen Maassnahmen etwas Cocain. Am 1. December bei geringem Nachlass der Kopfschmerzen eigenthümlicher, an Hysterie erinnernder Anfall von Rückwärtsbeugen des Kopfes unter Cheyne-Stokes'schem Athmen leichten Grades bei kleinerem, frequenterem Puls. Am 4. December meldet mir Patientin, schmerzfrei zu sein. Normaler Puls, langsame Besserung des Allgemeinbefindens. Bulletin vom 8. December: Bis auf Schwächegefühl recht gutes Befinden.

6. Fall. Der sechste Fall stammt aus der Praxis des Herrn Collegen Boll und betrifft ebenfalls ein 26jähriges Mädchen (Fr. M.), das ich am 22. und 30. November 1891 sah. Die früher ganz gesunde, nur bisweilen von Kopfschmerzen geplagte Dame, deren Gemüth in der letzten Zeit durch ein zwischen den Eltern bestehendes eheliches Zerwürfniß stark in Mitleidenchaft gezogen worden, erkrankt plötzlich in der Nacht zum 17. November, nachdem sie sich ganz wohl gefühlt hatte unter heftigen gastrischen-nervösen Symptomen. Patientin ist — mit Unrecht — geneigt, dieselben auf eine mässige Rhabarberdose zu beziehen. Kopfschmerzen, heftiges Erbrechen, Wehgefühl in Magenregion und Unterleib bei angehaltenem Stuhl und Schlaflosigkeit bilden die in ihrer Intensität vielfach schwankenden Hauptsymptome der nächsten Tage. Ueber Fieber nichts erwähnt, jedenfalls beträchtliche Temperatursteigerung ausgeschlossen. Am 21. Nackenschmerzen und eingenommener Kopf. Am nächsten Tage traf ich die mässig gut genährte Patientin schwer darniederliegend an, ganz ähnlich der vorigen (Fall 5), über heftigste Kopf-, Genick- und Rückenschmerzen klagend. Leichte Nackenstarre. Andeutung lancinirender Schmerzen in den unteren Extremitäten. Keine auffallende Temperaturerhöhung. Sehr langsame Besserung in den nächsten Tagen. Am 30. hatte sie das Bett verlassen, fühlte den Kopf fast ganz frei, sich aber im übrigen noch äusserst schwach und müde. Starke Anämie.

Der stricte Beweis der organischen Influenzanatur der Meningeal- bzw. Cerebrospinalsymptome dieser beiden Fälle ist selbstverständlich nicht zu führen. Dem Erfahrenen wird indess aus dem gegebenen Ensemble die nöthige Unterscheidung von schlichten hysteroneurasthenischen Aeusserungen nicht besonders schwer fallen. Ich gestehe übrigens, dass ich anfangs, zumal bei dem fünften Falle, angesichts des hysteroiden Charakters der Anfälle ins Schwanken gerathen war, und will gern zugeben, dass sich hier rein functionelle Störungen eingemischt haben mögen. Ist es doch gerade von der Influenza bekannt, dass sie imstande, längst erloschene Hysterie wieder auszulösen, den Charakter früherer Neurosen den Influenza-hemiplegien und -Paraparesen wieder aufzuprägen (Bilhaut u. a.). Wir erinnern hier an die sog. Typhushysterie, deren klinische Bilder unter Umständen der Unterscheidung zwischen Neurose und Folgen anatomischer Läsionen unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten.

Jedenfalls lehrt die mitgetheilte, hoffentlich durch die Ergebnisse der „Sammelforschung“ baldigst vermehrte und erweiterte Casuistik aufs neue die unheimliche Tücke des modernen Gastes, der das ahnungslose Opfer in der Convalescenz beschleicht, wie der Dieb in der Nacht, das junge blühende Leben apoplectisch darniederstrecken kann und keinen Schutz vor seinem zerstörenden Wirken im Hirn kennt.

Nachtrag während der Correctur. Leider erst jetzt kommt mir die werthvolle Abhandlung von Strümpell über acute Encephalitis (D. Archiv f. klin. Med. XLVII, p. 53) zu Gesicht. Unzweifelhaft kann also der seltene Process auch als primärer auftreten. Damit rückt unsere anamnestische Begründung des Influenzaursprungs in den Vordergrund.