

(Aus der Psychiatrischen und Nervenkl. der Universität Bonn [Direktor: Geh.
Rat Prof. Dr. A. Westphal].)

Halluzinatorisch-paranoide Bilder bei Metencephalitis.

Von

Dr. E. v. Domarus,

Assistenzarzt.

(Nach einem Vortrag, gehalten am 19. VI. 1926 in der 101. ordentlichen Haupt-
versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz.)

(Eingegangen am 13. Juli 1926.)

Im Gegensatz zu den bekannten psychischen Veränderungen im Gefolge der Encephalitis, die ihrerseits wieder in die Veränderung der Kinder und Jugendlichen einerseits und Erwachsenen andererseits zerfallen, sind neuerdings Fälle bekannt geworden, die als atypisch im Gegensatz zu den obigen bezeichnet werden müssen und von denen 3 ältere und 2 neu beobachtete zunächst kurz mitgeteilt seien, um daran anschließend eine theoretische Bemerkung über die Eigenart und Klassifizierung dieser atypischen Bilder folgen lassen zu können.

Der erste der erwähnten Fälle stammt aus der hiesigen Klinik, woselbst sich der am 21. III. 1908 geborene Pat. vom 3. I. bis 9. I. 1924 aufhielt. In einer Inauguraldissertation von *Josef Hermanns*¹⁾ wird das Wesentliche folgendermaßen zusammengefaßt:

Ein aus sehr guter Bürgerfamilie stammender, etwas unter dem Durchschnitt stehender Junge erkrankt (im Alter von 10 Jahren) an einer akuten Encephalitis epidemica in der klassischen lethargischen Form. Augen- oder sonstige Nebenerscheinungen — außer Delirien — sind auch bei der Nachuntersuchung nicht aus den Eltern zu erfragen. Nur werden noch Eigentumsdelikte aus den Jahren 1918 bis 1922 erwähnt. Nach anscheinender Abheilung der Encephalitis Umwandlung der Psyche: Sexualsphäre stark erregt. Der vorher intakte Junge wird albern bis zum gewaltsamen Einbruch, faßt Mordpläne und verursacht sogar deren Ausführung. Seine Erklärung bleibt immer konstant: Stimmen hätten ihm den Befehl gegeben. Dafür spricht ein aufgefundener Zettel. — Die Nachuntersuchung ergibt, wenn auch in geringerem Maße, Fortsetzung der Eigentumsdelikte, merkwürdig im Hinblick auf den geringen Betrag. Zu Hause hätte ihm dem Anschein nach mehr zur Verfügung gestanden. . . . Das Charakteristische unseres Falles ist die Halluzinose in ihrer Dauer von ca. 5 Jahren bei erhaltener Besonnenheit.

Ein weiterer Fall wurde von *Scholz* beschrieben, der in der Arbeit von *Edgar Leyser*: Zur Differentialdiagnose metencephalitischer und schizophrener Störungen²⁾ folgendermaßen zusammengefaßt ist:

Besonders wichtig . . . ist die Psychose mit Halluzinationen und Wahnideen, Versündigungs-, Verfolgungsideen, Vergiftungsfurcht, mit stundenlangem Schreien und Weinen und Nahrungsverweigerung, mit der gleichzeitig . . . eine Verschlechterung des körperlichen Zustandes Hand in Hand ging. Auch das Abklingen der Psychose erinnert an das von uns beobachtete Verhalten.

Seinen eigenen Fall schildert L. zusammenfassend wie folgt: Einen 27-jährigen, bis dahin angeblich stets gesunden Mann befällt eine Encephalitis epidemica mit choreatischer Unruhe und Verwirrtheit. Nach einiger Beruhigung treten Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen auf, 2 Tage Schlafsucht, die allmählich abklang. Nach 2 Jahren kommt ein metencephalitischer Starrezustand zur Entwicklung. Hierbei bleibt es etwa 2 Jahre lang, dann treten akustische Halluzinationen auf. Diese versetzen den Pat. in hochgradige Erregung, daß seine Unterbringung in die Klinik notwendig wurde. Diese Maßnahme brachte zuerst eine rasche Beruhigung mit Schwinden der Halluzinationen; nach 2 Monaten aber wird der Pat. allmählich mißtrauisch und fängt an, Gespräche auf sich zu beziehen. Nach Verlauf von 3 weiteren Monaten kommt es zu folgenden psychotischen Erscheinungen: Zuerst Wandlungsideen und Angstzustände, dann Verfolgungs- und Größenwahnzustände. Abstammungs- und Heiratsgedanken beunruhigen ihn, optische und akustische Halluzinationen ängstlichen Inhalts werden in traumhaftem Zustande erlebt. Dazu gesellen sich Verzauberungs- und Prophetenwahn. Alle diese Wahnbildungen sind sehr schwankend und werden nur zweifelnd hervorgebracht. Nach einigen ruhigeren Tagen schwere ängstliche Erregung mit motorischen und sprachlichen Iterationen, Vergiftungsfurcht und Nahrungsverweigerung. Während er bis dahin Widerspruch gegen seine Behauptungen ruhig aufgenommen hat und sich meist in eine Diskussion einließ, wird er jetzt bei Widerspruch erregt und iteriert sprachlich. Nach 8 Tagen schwindet die Palilalie, einen Tag besteht noch Echopraxie, dann ist der Kranke wieder zugänglich und nimmt sein Essen. In der Folgezeit wechseln ruhige und erregte Zustände in unregelmäßigen Abständen, wobei in der letzteren jedesmal besondere Wahnbildungen im Vordergrund stehen, einmal Größen-, das andere Mal Beeinträchtigungsideen. Seine wahnhaften Gedankengänge führt er stets auf gewissermaßen eingegebene Gedanken, die er traumhaft erfährt, zurück; manchmal bezeichnet er sie in freieren Perioden als Blödsinn. Niemals machte sich eine autistische Einstellung bemerkbar; stets besteht ein guter gemüthlicher Rapport. Eine Persönlichkeitsveränderung läßt sich nicht feststellen, Pat. bleibt stets der gleiche, bescheidene, etwas furchtsame, freundlich zutunliche und höflich-zufriedene Mensch. Eine gewisse Hilfsbereitschaft und Kameradschaftlichkeit, die zu seiner eigenen bedauerlichen Lage in komisch-rührendem Widerspruch steht, ist nicht zu verkennen. In der letzten Zeit ist Pat. ganz ruhig, halluziniert nicht mehr und hält nur an seinen Heiratsideen fest.

Theoretisch werden folgende Schlußsätze aufgestellt:

1. Im Verlauf einer Metencephalitis entwickelt sich eine Psychose mit Halluzinationen und Wahnideen, mit interkurrenten ängstlichen Erregungszuständen und Iterationen. Die genaue Analyse deckt die differentialdiagnostischen Merkmale gegenüber einer Schizophrenie auf und erweist sie als metencephalitische Psychose.
2. Diese Psychose weicht stark von den sonst bei Infektionskrankheiten üblichen, auch in der akuten Phase der Encephalitis sich einstellenden exogenen Reaktionstypen ab, sie bildet eine wichtige Ausnahme, wenn anders aus einem Fall Schlußfolgerungen gezogen werden dürfen.
3. Es entsteht ein der Dementia praecox sehr ähnliches Zustandsbild, doch fehlt die typische schizophrene Umwandlung der Persönlichkeit. Hieraus er-

geben sich gewisse Anhaltspunkte für die Weiterführung des Schizophrenieproblems.

Der erste der beiden selbst beobachteten Fälle betrifft eine Frau, die am 17. II. 1888 geboren wurde und nach einer normalen Entwicklung — soweit sich eruieren ließ — ohne jede charakterologische Eigentümlichkeit im Januar 1920 eine Grippe akquirierte, bei der sie 14 Tage überhaupt nicht schlief, dann sich zwar normale Schlafverhältnisse einstellten, aber „dafür“ Speichelfluß und die jetzigen Bewegungsbehinderungen im Sinne eines amyostatischen Symptomenkomplexes, gelegentlich Pulsbeschleunigung, gelegentlich lichtstarre Pupillen. Am 10. II. 1926 wurde sie für einige Zeit in der Klinik aufgenommen und sie gab — soweit erwähnenswert — etwa folgendes an: Seit einiger Zeit höre sie Stimmen, und zwar sei es die Stimme Gottes, die sie leise zu sich sprechen höre. Gott habe ihr z. B. gesagt, daß sie eine im Kriege tatsächlich gestohlene Decke zurückgeben solle, was sie daraufhin auch wirklich getan habe. Sie stehe unter Gottes besonderem Schutz, so fühle sie es, aber sie fühle sich nicht etwa irgendwie verfolgt; sei es denn etwas Besonderes, wenn man unter Gottes Schutz stehe, das ständen doch andere auch? — Sie müsse viel grübeln, ein Hanswurst mache mit ihr allerdummes, der Hanswurst spreche mit ihr dummes Zeug, z. B. daß sie morgen im Himmel sein werde, daß ihr Mann bald stürbe; auch Befehle würden ihr zugerufen: solle aufstehen, ins Bett gehen und dergleichen; aber fürchten tue sie sich nicht etwa davor, denn sie stehe ja unter Gottes besonderem Schutz. — Wenn ihr das Grübeln hinter der Stirn zu lästig wäre — Genaueres darüber war nicht erfahrbare — so streiche sie es mit beiden Händen von der Stirn aus zur Seite, mache diese Handbewegung aber auch aus Gewohnheit. Auf Station hat sie immer viele Wünsche, betet fast fortgesetzt, bereitet sich aufs Sterben vor, das Geld solle man den Armen geben, macht gern Verbotenes. — Innerlich fühle sie sich manchmal so glücklich, Gott habe ihr geholfen, dann wieder sei sie mutlos, wenn sie erfahren müsse, sie könne nicht arbeiten. Etwa 3 Wochen nach der Aufnahme äußert sie, sie höre jetzt den Herrgott seltener, aber er sage doch hin und wieder noch, was sie tun solle, z. B. sie solle bis zum nächsten Sonntag hier bleiben und spazieren gehen, damit sie rote Backen bekäme. Zu anderer Zeit äußert sie wieder, der Herrgott habe ihr gesagt, sie solle ihre Pflicht tun und ihre Pflicht sei, nach Hause zu gehen; auch würde sie beobachtet von den Herren und von den Mitpatienten, „alles wegen dem Herrgott“.

Die Patientin wurde allmählich ruhiger und konnte am 20. V. 1926, zu welcher Zeit sie kaum noch Stimmen hörte, nach Hause entlassen werden. Dort hat sie bisher angeblich kaum mehr Stimmen gehört usw., sei aber nachher, wie der Mann berichtet, wieder wesentlich unruhiger geworden; das Stimmenhören usw. hält sie nicht für krankhaft.

Der zweite der neu zu beschreibenden Fälle betrifft eine Frau, die am 8. VIII. 1896 geboren wurde und vom 23. III. 1926 ab bis jetzt sich hier aufgehalten hat. Ihre Vorgeschichte ist belanglos, auf der Schule ist sie immer mitgekommen, war fleißig und verträglich. Mit 27 Jahren hat sie einen Witwer mit 3 Kindern geheiratet, um versorgt zu sein und nicht mehr in Stellung zu müssen; sie habe 2 uneheliche Kinder, jedoch mit ihrem Manne keinen Geschlechtsverkehr gehabt, da dieser impotent ist. Mit diesem Mann habe sie viel Streit wegen des Geldes oder wegen der „Liebe“.

An früheren Erkrankungen sei zu erwähnen, daß sie wohl an die 12mal Lungen- spitzenkatarrh gehabt habe, auch Brustfell- und Rippenfellentzündung und ein Magengeschwür.

1921 habe sie die Grippe gehabt, an Einzelnes könne sie sich nicht erinnern, doch habe der Arzt ihr gesagt, es sei Gehirngrippe und die Leute hätten es die

Schlafkrankheit genannt; aber eben Näheres wisse sie auch nicht mehr. Ebenso wenig gäbe es einen Angehörigen oder dergleichen, der sich darum oder überhaupt um ihr Leben früher bekümmert habe, vielmehr habe sie schon von früh auf aus äußeren Gründen ihren Weg allein machen müssen. Noch nach der Grippe habe sie, wie schon erwähnt, geheiratet und seit November 1924 sehe sie nach oben. Früher seien diese „Anfälle“ alle 8 Tage gekommen, dann wieder seltener und jetzt wieder häufiger. Außerdem, daß ihr so die Augen zur Decke stiegen, habe sie zu klagen, daß sie müde sei und die Hände ihr so schwer vorkämen. Schon seit einiger Zeit vor der Aufnahme, Genaueres wisse sie halt nicht, sehe sie manchmal „Gespenster“, den Tod sehe sie immer, „aber ich fürchte mich nicht davor, das bin ich schon gewöhnt — ist das schlimm, wenn ich den Tod immer sehe, muß ich da bald sterben? — er kommt so durchs Zimmer und langt dann nach mir, — wenn Sie das all vom Tod schreiben, komme ich dann nicht in die Irrenanstalt? Lassen Sie mich doch nicht wegtransportieren, sonst sehe ich nichts und höre auch nichts. Sterben will ich nicht und verrückt will ich auch nicht werden, aber wenn ich zu den Irren komme, werde ich verrückt, denn ich kann niemand durch ein Gitter sehen, das greift mich zu sehr an.“ — Körperlich: amyostatischer Symptomenkomplex, häufige Schauanfälle mit Pupillenstarre während der Anfälle. Auf der Station ist sie unrastig, hat viel zu wünschen, immer wieder Neues zu klagen, wird leicht grob zu den Patienten, betitelt diese mit „gemeines Pack“ usw., will sie nachts schlagen, „selbst wenn ich in die Irrenanstalt komme, aber ich bin doch noch nicht verrückt“. Nach einiger Zeit befragt, behauptet sie, man belöge sie jetzt, sie habe solches nicht geäußert. Nach dem Toderlebnis geäußert, fragt sie: „Der Tod kommt nicht zum Fenster herein, sondern er steht vor der Tür, sieht aus wie ein Gerippe, hier habe ich ihn noch nicht gesehen, nur neulich abends sind hier zwei Gestalten hereingekommen, es waren auch nur Gerippe, die Mönchskleider anhatten, sie hatten keine Augen, nur so Höhlen, und die haben einen Sarg gebracht und den vor mein Bett gestellt und dann sind sie ohne etwas zu sagen, zu derselben Tür wieder herausgegangen. Wo der Sarg dann geblieben ist, weiß ich nicht. Ich habe etwas zu sagen vergessen, zu Hause hat es schon auf meine Bettdecke und an die Tür geklopft, ganz laut — aber es war niemand da und dann ist das Licht über meinem Bett ausgegangen. — Ich glaube, das kommt daher, weil ich mich so viel fürchten muß, denn die erste Frau meines Mannes haben sie ihm tot ins Haus gebracht . . . Ich habe jetzt immer so viel Furcht, bin ich jetzt verrückt, muß ich nun in die Irrenanstalt?“

Anfang April äußert sie weiter, man solle sich doch endlich etwas mit ihr beschäftigen und sie untersuchen; äußerte bei einem Schuanfall dabei: „Wenn ich die Augen schließe, dann bin ich im Kino, so, jetzt sehe ich eine Straße — darauf spielen die Kinder, aber jetzt kommt ein Wagen und jetzt bin ich zu Haus, mein Mann ist da, der kocht. Nun tuen mir aber meine Augen weh, jetzt muß ich sie wieder aufmachen.“

Liepmann und Wernicke waren stets negativ. Schuanfälle waren suggestiv beeinflusbar.

Eines Tages kommt Patientin und bittet, ihr doch ein Bett an der Wand zu geben, denn der Tod könne jetzt an jede Seite ihres Bettes herantreten und wenn sie in einem Bett an der Wand läge, könne sie sich besser vor dem Tod verstecken. Gestern abend sei er auch zu beiden Seiten zu ihr ans Bett getreten und habe ihr mit der Laterne ins Gesicht geleuchtet. Gegen Mitte April häufiger Schuanfälle mit sympathicogenen Erscheinungen³⁾. Die Patientin ist jetzt ruhiger geworden und zeigt nichts mehr von den oben erwähnten psychischen Abwegigkeiten. Keine weiteren Auffälligkeiten — hält ihre Erlebnisse nicht mehr für krankhaft.

Die psychischen Abwegigkeiten der beiden zuletzt beschriebenen, wenn nicht überhaupt der sämtlichen Fälle, dürfte am zweckmäßigsten als halluzinatorisch-paranoides Symptomenbild klassifiziert werden: Halluzinationen waren bei dem zuerst erwähnten Fall im Sinne von Stimmen und imperatorischen Phonemen vorhanden, im zweiten und dritten Fall ebenfalls in Form von akustischen Phonemen, im dritten auch wieder imperatorischen Phonemen, im vierten Fall weniger akustische als visionäre Erscheinungen; in einem Fall findet sich auch die Möglichkeit, Gedankenlautwerden anzunehmen; paranoisch deshalb, weil, obgleich im ersten Falle Entsprechendes nicht geschildert wird, solches dafür beim zweiten bekannt geworden ist, ebenfalls im dritten Fall.

Geht man von der Annahme aus, daß die in Frage kommende psychische Abwegigkeit durch die Bezeichnung halluzinatorisch-paranoides Zustandsbild genügend gekennzeichnet ist, so wird man bei der Absicht, einen Vergleich mit ansonst bekannt gewordenen ähnlichen Zustandsbildern bei anderen Erkrankungen zu führen, wohl nicht denjenigen halluzinatorisch-paranoischen Bildern den Vorzug geben, bei deren Auslösung man mehr weniger einer chromosomogenen Ursache den Primat zuerteilt, sondern man wird denjenigen Erkrankungen den Vorzug geben, die, wie hier ebenfalls annehmbar, gehirnexogen bedingt sind und bei denen dieses pathogene exogene Agens während langer Zeit auf das Cerebrum gewirkt hat. Beispiele solcher Halluzinosen wären etwa die alkoholische Halluzinose, die Lues-Halluzinose und diejenige Halluzinose, die bei der Paralyse gelegentlich auftritt bzw. bei solchen Paralyse, die durch eine entsprechende Behandlung besonders chronisch geworden sind: die Paralyse-Remissionshalluzinose. Und also, wie gesagt, erst in zweiter Linie als Vergleichsbeispiel diejenige Halluzinose heranziehen, die, mit der ersteren symptomatologisch in etwa übereinstimmend, auch bei der Schizophrenie beobachtet wird.

Vergleicht man die Metencephalitishalluzinose, sei es, daß diese mit oder ohne paranoide Symptome auftritt, mit den soeben erwähnten Halluzinosen, die ja ebenfalls wohl durch die Halluzinose bedingte paranoide Züge tragen können, so hat man, wie wiederholungsweise angeführt, außer der Übereinstimmung im Symptomenbild die Ähnlichkeit der vermuteten exogenen Auslösung und endlich die Ähnlichkeit im Gesamtverlauf*), da ja die Metencephalitishalluzinose nach länge-

*) Anmerkungsweise sei gebracht, daß bei den hier beobachteten Metencephalitishalluzinosen keine manifeste Bewußtseinsverminderung vorhanden war, wenn schon auch visionäre Erlebnisse geschildert werden; diese könnten als pseudodeliriös bezeichnet werden, weil sie wie Traumerinnerungen im Wachbewußtsein auffaßbar sind. Hiermit soll jedoch nicht gesagt werden, daß nicht überhaupt echt deliriöse Züge bei der Metencephalitis zur Beobachtung kommen könnten.

rer oder kürzerer Zeit abzuklingen pflegt — wenigstens soweit unsere bisherigen Kenntnisse reichen — ohne hierauf beziehbaren Defekt, wie es die Voraussetzung für eine weitergehende Vergleichung mit der Schizophrenie wäre.

Zusammenfassend ließe sich daher vielleicht folgendes sagen: Nachdem die die Metencephalitis verursachende schädigende Noxe lange Zeit auf das Gehirn gewirkt hat, ist jetzt eine Zahl von Fällen bekannt geworden, bei denen sich eine wohl vorübergehende Halluzinose ausgebildet hat, die einen Vergleich mit der gleichnamigen Form anderer exogener Reaktionsformen im Sinne *Bonhoeffers*⁴⁾ gestattet — wenn diese Metencephalitishalluzinose nicht überhaupt lediglich ein neues Beispiel einer solchen liefern sollte.

Literaturverzeichnis.

- ¹⁾ Über einen Fall von chronischer Halluzinose bei Encephalitis epidemica. (Aus der Bonner Universitäts-Nervenklinik. Direktor: Geh. Med.-Rat Professor Dr. *Westphal*.) Inaugural-Dissertation von *Josef Hermanns* aus Köln vom 15. V. 1925. — ²⁾ *Leyser, Edgar*: Zur Differentialdiagnose metencephalitischer und schizophrener Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **16**. 1925. — ³⁾ Die außerpsychischen Erscheinungen der Patientin werden in einem Aufsatz von *Hugo Haas* in der Klin. Wochenschr. berücksichtigt werden. — ⁴⁾ *Bonhoeffer*: Die symptomatischen Psychosen. Leipzig und Wien 1910.
-