

(Nerven- und psychiatrische Klinik, Sofia, Bulgarien
[Direktor: Prof. A. Sachattschieff].)

Über einen Fall von Schizophrenie mit hämorrhagischen Erscheinungen.

Von
Dr. G. Usunoff.

(Eingegangen am 30. Dezember 1941.)

Die Erforschung der psycho-somatischen Syndrome stellt einen zuverlässigen Weg zur Klärung der sonst schwer zugänglichen und noch vor kurzer Zeit für das biologische Wissen vollkommen unbekannten Seelenleiden dar.

Die hämorrhagischen Erscheinungen bei gewissen Schizophrenieformen, die nicht isoliert, sondern gleichzeitig mit einer Reihe anderer eigenartiger somatischer Symptome zu beobachten sind, stellten bis vor kurzem kein Forschungsobjekt für die Psychiatrie dar, einerseits infolge ihres seltenen Vorkommens und andererseits, wie dies die Fälle *S. Goldenbergs* beweisen, weil in vielen Fällen eine ganz falsche Diagnose gestellt wird. *G. Steiner* und *A. Strauß* in *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten — Bd. IX. Die Schizophrenie — begnügen sich, hervorzuheben, daß bei den katatonischen Stuporen viele punktartige Hautblutergüsse zu beobachten sind.

Ausführlicher wird diese Frage von *K. H. Stauder* (1934) erörtert. Er versucht gewisse Fälle tödlich verlaufender Katatonien in eine Gruppe — die tödliche Katatonie — zu vereinigen. Wie der Autor selbst bemerkt, verstecken sich ähnliche Fälle in der Literatur unter dem Gesamtbegriff *Delirium acutum* der älteren Autoren. Seine Gründe zur Verallgemeinerung der von ihm selbst beobachteten Fälle sieht *Stauder* in folgenden, seiner Ansicht nach wesentlichen Punkten: heftiger Ausbruch der Psychose, kurzdauernder akuter Verlauf mit der charakteristischen psychosomatischen Symptomatologie, tödlicher Ausgang, Mangel eines Sektionsbefundes, der über den Tod Aufschluß geben könnte.

Stauder mißt den vasomotorischen und hämorrhagischen Erscheinungen in seinen Fällen eine besondere Bedeutung bei. Schon während der ersten Stunden, bevor die Kranken selbst sie in ihrer Erregung hervorrufen können, erscheinen auf den Extremitäten und auf dem Rumpf flache Hämatome, die bei der anhaltenden Erregung sich derart rasch vergrößern, daß ohne die Annahme von vorausgehenden Gefäßstörungen und eine besondere Neigung zur Blutung ihre Anzahl und Größe nicht erklärt werden können. Ähnliche Hämatome können auch experi-

mentell hervorgerufen werden. Sie sollen die Eigentümlichkeit aufweisen, schon in wenigen Stunden so die Farbe zu wechseln, als ob sie bereits vor einigen Tagen hervorgerufen worden wären. Die Blutungsbereitschaft sei auch aus den besonderen Menstruationsstörungen bei den Frauen zu ersehen. Ein anderes, wichtiges Körpersymptom bei diesen Kranken sei die extreme Akrocyanose, bedeutend stärker als die bei den gewöhnlichen Katatonien beobachtete. Diese Cyanose erscheine am Anfang der Erkrankung zusammen mit der Erregung, und in gewissen Fällen gehe sie sogar ganze Tage und Wochen dem erregten Zustand voran.

Stauder spricht von einer regelmäßig erscheinenden und oft ganz unerklärlichen Temperatursteigerung (ohne klinische und pathologische Angaben über ihre Erklärung). Man könne dabei an ein Resorptionsfieber bei Blutergüssen in der Muskulatur oder an eine zentralbedingte Temperatursteigerung denken.

K. Neubürger (1934) findet an Sektionsmaterial akuter, letal ausgegangener Psychosen (Schizophrenie, Epilepsie, epidemische Encephalitis) schwere Blutungen in den inneren Organen, die per diapedesin entstanden sind. *Stauder* hat bei seinen Fällen ähnliche „angioneurotische“ Blutergüsse in den inneren Organen nicht gefunden.

1935 hat *Goldenberg* eine Mitteilung über 20 Fälle (10 Männer und 10 Frauen) von Schizophrenie mit hämorrhagischen Erscheinungen (13 klinisch und 7 ambulatorisch beobachtet) gemacht. Seine Fälle unterscheiden sich bedeutend durch ihren Verlauf von jenen *Stauders*. Nur eine umständliche Verfolgung dieser Fälle konnte einerseits den Charakter der psychischen Erkrankung, andererseits — die hämorrhagische Diathese feststellen. Es sind Fälle, bei welchen die psychische Erkrankung nicht derart stürmisch verlaufen und früher oft als eine hysterische Erscheinung angesehen worden ist, während die Blutungsneigung Gründe für die Diagnose rein somatischer Leiden gegeben hatte. Ein Teil von diesem Material ist mit Diagnosen wie „hämorrhagische Colitis“, „hämorrhagische Endometritis“, „Magengeschwür“ usw. in psychiatrische Behandlung gekommen; es gab sogar Fälle, die z. B. als Magengeschwür und als Nierenkolik operiert worden sind. *Goldenberg* gibt auch eine ausführliche Beschreibung von 2 solchen Fällen.

Im 1. handelte es sich um eine 34jährige Frau. Die ersten Symptome datierten seit ihrem 14.—15. Lebensjahr. Die Erkrankung hat einen remittierenden Verlauf gehabt — alljährliche Zustände von schlechtem Selbstfinden, Schwäche, Schläfrigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit. Im Alter von 23 Jahren ausgeprägte katatonische Erscheinungen, 2jähriger psychotischer Zustand, eine charakterologische Umänderung — geschlossen, passiv, verdächtig. Nach Abklingen der Krankheit neue Verschlechterung mit zweifellosen katatonischen Erscheinungen — Halluzinationen, Ohnmachtzustände, Neigung zu partiellen Krampferscheinungen, Aphonien, nicht selten ausgesprochene Bewußtseinsstörungen. Die stattgefundenen Blutungen

trafen mit den Krankheitsverschlechterungen zusammen; nach ihrem 14 Jahre, nach einem schweren psychischen Trauma (Beschießung der Stadt), hat sie zum erstenmal eine Nasenblutung gehabt; später, bei einem anderen psychischen Trauma (Versenkung des Schiffes, in welchem sie sich befand, durch Auflaufen auf eine Mine und langem Verbleiben im Wasser) erschienen auf dem Halse und auf der Brust große Blutergüsse; nach 2 Wochen fleckiger Ausschlag am ganzen Körper; bei einer Verschlimmerung hatte sie Bluterbrechen und Darmblutung. Sie wurde irrtümlich wegen Geschwür operiert; Anfang 1934, während einer heftigen Verschlimmerung ihrer psychischen Erkrankung, ist eine Blutung aus der unbeschädigten Stirnhaut aufgetreten; nach 1 Monat Blutung in der Form schweißartiger kleiner Tropfen aus der Haut an der Nasenwurzel.

Im 2. Falle handelt es sich um eine fortgeschrittene Schizophrenieerkrankung mit überstandenen katatonen Anfällen und mehrmaligem Aufenthalt in psychiatrischen Anstalten. Die Massivität der hämorrhagischen Erscheinungen ist ganz offenbar. In den verschiedenen Perioden ihrer Erkrankung hatte die Kranke Schmerzen mit Bluterbrechen, Enterorrhagien, Mutterleibsblutungen, Hämaturien (operiert wegen angeblichem Nierenstein, wobei die Niere unverändert gefunden).

Sämtliche Fälle *Goldenbergs* sind gleichzeitig auch vom Hämatologen geprüft worden. Nur in einzelnen Fällen gab es Blutungen mit einer bestimmten Lokalisation; in den meisten Fällen unterlag das hämorrhagische Syndrom keinem Zweifel — bei ein und demselben Kranken waren Hautextravasate, Zahnfleischblutungen, Darm- und andere Blutungen zu verzeichnen. Das hämorrhagische Syndrom wird von Hämatologen als eine spezielle Form von hämorrhagischer Diathese angesehen, die nach ihrem klinischen Bilde der *Werlhofschen* Krankheit nahesteht. Nur in 2 Fällen stand die hämorrhagische Diathese nach klinischen und hämatologischen Befunden der *Henochschen* Krankheit näher.

Bei den Fällen *Goldenbergs* waren außer den hämorrhagischen Erscheinungen auch eine Reihe von Symptomen seitens der Haut zu verzeichnen, welche als allergische Reaktionen — Ekzeme, Urticarien, Geschwüre vom Typus *Quincke* u. a. — aufgefaßt worden sind.

Bei allen Fällen ist die Temperatur subfebril gewesen.

Bei der Analyse des psychischen Bildes hebt der Autor hervor, daß bei seinen Fällen die Diagnose „Schizophrene Psychose“ keinem Zweifel unterliegt. Die „hysteroförmige“ Symptomatik ist gesetzmäßig mit einer Reihe psychomotorischer und psychosensorischer Störungen und hämorrhagischen Erscheinungen verknüpft. Am nächsten standen diese Fälle den katatonen Formen, obwohl die katatone Symptomatik im engeren psychopathologischen Sinne wenig ausgeprägt erscheint — es sind keine großen psychomotorischen Erregungen, eigenartige Posen, Grimassen, grober Autismus usw. beobachtet worden. Beim Vorhandensein von Halluzinationen, Ängsten, Wahnideen, Depersonalisationserscheinungen und einer zweifellos schizophrenen Persönlichkeitsänderung wurden kurzdauernde Zustände von Schwindelgefühl, „Halbanfallszustände“, Ohnmachtzustände mit Bewußtseinsverlust, Orientierungsstörungen, eigenartige Zustände von Muskelschlaffheit oder

-starre beobachtet. Es sind auch Zustände von Wahlmuskelatonie mit partiellen Krämpfen an einzelnen Extremitäten, Empfinden von Kontraktion im Magen, im Herzen und in den Därmen aufgetreten. Der Verlauf ist anfallsartig gewesen, mit Perioden eines bedeutenden Nachlassens des Leidens.

K. F. Scheid (1937) stellt sich zur Aufgabe, körperliche Erscheinungen ausfindig zu machen, die den schizophrenen Psychosen (*Morbus dementiae praecocis*) zugrunde liegen. In der Annahme, daß während bestimmter Episoden des mannigfaltigen Verlaufs der Schizophrenie-leiden der körperliche Prozeß sich für unsere Forschungsmethoden deutlicher und greifbarer gestalten wird, stellt er sich zur Aufgabe, solche Episoden pathophysiologisch zu erforschen. Als Richtungsprinzip dient ihm die erhöhte Temperatur.

Es interessiert uns hier vorwiegend die Gruppe der febril-cyanotischen Episoden mit stark unterstrichener symptomatischer Triade: Fieber, Tachykardie mit kleinem weichem Puls, der die Temperaturkurve oft kreuzt, und Cyanose ohne Dispnoe. Dies sind Fälle mit der Symptomatologie des *Delirium acutum*. Wie *Scheid* mit Recht unterstreicht, ist es nicht der Tod, der diese Fälle in eine Gruppe vereinigt. Die Episode bricht entweder plötzlich nach verschiedenen psychotischen Prodromen aus, oder im Laufe des psychischen Leidens entwickelt sie sich schnell und endet nicht immer tödlich. Unter 22 Fällen dieser Gruppe hatte nur ein Fall hämorrhagische Erscheinungen; im Verhältnis zur gesamten Zahl der Fälle belaufen sich die hämorrhagischen Formen bei *Scheid* auf 1⁰/₁₀₀. Bei den febrilen stuporösen Episoden und bei den febrilen schizophrenen Schüben sind von ihm keine Fälle mit hämorrhagischen Erscheinungen beobachtet worden.

Im Falle von *Scheid* hat es sich um eine 37jährige Frau mit Neigung zu idiosynkratischen Reaktionen gehandelt (Exanthem bei Berührung einer Epheuart), die am 14. Tage nach einer Geburt eine Gebärmutterblutung mit febrilem urticariaähnlichem Exanthem bekommen hat. Ungefähr 3 Wochen nach der Geburt entwickelte sich eine depressiv-asthenische Psychose, welche 5 Wochen dauerte; gleichzeitig mit dieser letzteren sind fleckenhafte Hautblutungen aufgetreten. Nach 4 Wochen von neuem ein flüchtiges urticariaähnliches Exanthem, Temperatur 38°. Auftreten von psychotischen depressiv-paranoischen Erscheinungen und Hautblutergüssen. In der Klinik ist eine Temperatur bis 40,7° festgestellt worden, Puls 160; es entwickelte sich eine heftige Cyanose, und spontan entstanden neue Hautblutergüsse. Die Kranke, nicht besonders stark motorisch erregt, starb unter Kollapserscheinungen des Blutkreislaufes und allmählich auftretendem Bewußtseinsverlust. In diesem Falle betrug die Erythrocytenzahl über 7 000 000 (ohne eine Wasserverminderung), und man konnte keine Erythropoese des Knochenmarks feststellen.

Wir haben den folgenden Fall beobachtet:

R. T. Chr., 37jährige Frau, in der Nerven-Psychiatrischen Klinik am 27. 9. 35 aufgenommen und am 30. 6. 36 entlassen. Ihr Vater sei Alkoholiker gewesen, 70jährig an Schlaganfall gestorben. Er sei ein groß gewachsener Mann gewesen, selbstsüchtig, nicht besonders sprechlustig, in betrunkenem Zustande wütend,

einmal wegen Mordversuch verurteilt. Ihre Mutter sei klein gewachsen, gutmütig, still, bescheiden, etwas ängstlich gewesen, gestorben im Alter von 50 Jahren (man wisse nicht woran). Die Großmutter ihrer Mutter sei seelisch krank gewesen (über Symptomatologie der Erkrankung und Todesursache ist nichts bekannt). Eine Schwester der Kranken sei Alkoholikerin gewesen; ein Vetter der Kranken (mütterlicherseits) ebenfalls Alkoholiker; eine seiner Töchter schwachsinnig.

Die Kranke habe sich gut entwickelt und an keiner schweren Körperkrankheit gelitten. Im Alter von 20 Jahren heiratete sie einen Mann, den sie nicht liebte. Er sei ein Säufer und Kartenspieler gewesen. Er habe sie mit Gewalt entführt. Vor der Erkrankung sei sie sehr empfindlich, erregbar, vorwiegend traurig gewesen; wenn sie in Zorn geriet, habe sie längere Zeit mit ihrem Mann nicht gesprochen; geizig, fromm, abergläubisch, oft nicht selbständig, unterwarf sie sich der Suggestion ihrer Schwester, einer Alkoholikerin. Sie sei geschlechtskühl gewesen. Mit dem Mann habe sie in ständigen Zwistigkeiten gelebt.

Seit ihrem 14. Lebensjahr menstruiert sie regelmäßig alle 30 Tage 4—5 Tage lang; 4 Geburten, davon 2 lebende Mädchen im Alter von 15 und 7 Jahren, beide gesund.

Seelisch ist sie 17—18jährig erkrankt (d. h. vor der Heirat). Damals sei sie aufgeregt gewesen: sie soll geschrien und gesungen haben und im Felde umhergeschweift sein (man weiß keinen genaueren Bescheid darüber). Sie sei nach 1 Monat genesen, und über 20 Jahre lang sei sie seelisch gesund gewesen.

Die gegenwärtige Erkrankung datiert seit dem Herbst 1934. Sie habe ein Mißverständnis mit ihrem Schwager gehabt; er habe versucht, sie zu erwürgen und sie sei sehr erschrocken. Die Menstruation stellte sich nicht ein; sie war darüber sehr beunruhigt, fürchtete, schwanger zu sein, und klagte über Kopfschmerzen. Sie fühlte einen Druck auf der Brust. Im Mai 1935 seien die ersten Zeichen eines Seelenleidens zum Vorschein gekommen — ihre Angst vor Schwangerschaft habe sich verstärkt, trotz der Widerlegungen des Gynäkologen. Sie fürchtete, daß die Straßenwalze, die die Dorfstraße bearbeitete, ihre Kinder zermalmen würde. Ihr Zustand habe sich allmählich verschlimmert. Sie habe angefangen zu sprechen, daß ihre Kinder im Ofen der Straßenwalze verbrannt seien, sie sei erregt gewesen, habe vor Angst gezittert, nicht geschlafen, habe keine Nahrung genommen (man habe sie mit Gewalt genährt), sei Tag und Nacht aufrecht gestanden; manchmal stürzte sie zur Tür, zerschlug Fenster- und Türscheiben, wehrte sich gegen jeden Versuch, sie ins Bett zu legen oder ihre Lage zu ändern — sie erklärte, sie wolle ausgehen, doch habe sie sich beim ersten Versuch, sie hinauszuführen, dagegen gewehrt. Sie habe derart fest zugefaßt, daß beim Lösen ihres Griffes die Haut an den Händen sich abschürfte. Sie habe eine große Angst empfunden. Auf Fragen habe sie nicht geantwortet. Sie habe oftmals geweint. Manchmal sei sie „von Entsetzen ergriffen“ worden, habe schrill geschrien, daß man ihr den Hals abschneiden und sie bestehlen wolle. Oftmals wiederholte sie, „Sie kommen, sie kommen!“ Manchmal habe sie ihrem Mann Untreue vorgeworfen. Einmal habe sie versucht, sich im Brunnen zu ertränken.

Bis zu ihrer Aufnahme in die Klinik am 27. 9. 35 blieb sie in diesem Zustande mit vorübergehenden kurzdauernden Besserungen zu Hause. 10 Tage vorher seien ihre Ohren geschwollen, rot und warm geworden.

Die klinische Untersuchung ergab, daß sie sich fast in demselben Zustande, wie oben beschrieben, befand. Ein Kontakt war unmöglich, die Mimik, das Benehmen drückten eine heftige Angst aus, sie schrak oft zusammen, verfolgte gespannt alles, was um sie geschah, belauschte die fremden Gespräche, war negativistisch, nahm ihre Nahrung wider Willen. Stets aufrecht, schaute sie oft in die Schlüssellocher hinein, und sobald sie eine offene Tür sah, stürzte sie dahin, um die Flucht zu ergreifen.

In körperlicher Beziehung war sie erschöpft, von asthenischem Körperbau. Die Schilddrüse war schwach vergrößert, die Pupillen sehr breit, mit auf Licht schlaffer und ungenügender Reaktion. Die Sehnenreflexe sehr rege, fast klonisch; deutlich ausgedrückter *Hoffmann*-Reflex an beiden Händen. Doppelseitige Othämatome. Der Harn ohne Eigentümlichkeiten, die Cerebrospinalflüssigkeit ebenfalls ohne Eigentümlichkeiten. Luesuntersuchungen mit negativen Ergebnissen, Augenhintergrund bds. ohne Eigentümlichkeiten.

Am 8. 10. 35 (11. Tag nach der Aufnahme) animisiert die Kranke rasch; kurz vormdem hat sie aus dem Darm etwa 1,5 Liter eines schwarzen Stoffs (Blut) entleert, erbricht nicht, in derselben Zeit steigt jedoch die Temperatur auf 40°. Der allgemeine Zustand ist schwer, Puls klein, sie ist nicht imstande, aufzustehen. Sie klagt darüber, daß ihr Kopf nicht in Ordnung ist, daß ihr der ganze Körper weh tut; möchte, daß man sie in Ruhe läßt; sie ist ziemlich gut über Zeit und Ort orientiert, weint und möchte nach Hause.

Parallel mit der Entwicklung der Enterorrhagie und der Temperaturerhöhung traten seitens der Kopfhaut und des Muskeltonus Symptome auf. Die Othämatome nahmen trotz Incision immer mehr zu, die Ohrmuscheln sind fast deformiert, die Haut sehr gespannt, heiß, glänzend, gerötet. Die Gesichtshaut ist übermäßig geschwollen, die des Halses ebenso (weniger), jedoch blaß, beim Drücken verbleiben in derselben tiefe Grübchen. Der Kopf ist vollständig deformiert, sieht sehr groß aus, abgeplattet auf der Seite, auf der die Kranke gelegen ist. Die Augenlider sind sehr geschwollen, können nicht geöffnet werden. Der Tonus der Rumpfmuskulatur ist normal, der Bauch sehr weich, nicht schmerzhaft; der Tonus der Hals- und Extremitätenmuskulatur ist erhöht. Die Muskulatur ist schmerzhaft. Auf der Haut werden keine Blutergüsse festgestellt. Keine Cyanose. Rumpelleede negativ.

Die Blutuntersuchung ergab: Erythrocyten 1110000; Hb 19; FI 0,86; Leucocyten 10850; Junge Formen 0%; Stabkerne 1%; Segmentkerne 87%; Eosinophile 1%; Lymphocyten 10%; Monocyten 1%. Die Blutungszeit und die Thrombocytenwerte sind normal.

Die Untersuchung während des schweren Zustandes der Kranken auf Typhus oder ein anderes Leiden des Verdauungssystems, z. B. Magengeschwür, hat vollkommen negative Ergebnisse gehabt. Die Röntgenuntersuchung hat keine krankhaften Abweichungen ergeben. Im allgemeinen haben die Untersuchungen des Internisten keine Krankheit aufgedeckt, die die Hyperthermie und die Enterorrhagie erklären könnte.

Behandelt mit großen Mengen physiologischer Lösung, Ca und Campolon, ist die Kranke am Leben geblieben. Innerhalb 7 Tagen ist die Temperatur lytisch bis zur normalen gesunken. Die Gesichtsgeschwulst verschwand binnen 12 Tagen, die Ohrmuscheln jedoch blieben deformiert. Die Fäkalien enthielten Blut während eines Monats. Blutergüsse sind nicht nochmals aufgetreten.

Die Kranke ist 9 Monate in der Klinik geblieben. Allmählich hat sie sich somatisch erholt; nicht jedoch psychisch. Obwohl psychomotorisch ruhiger, ist sie doch negativistisch geblieben, stets in aufrechter Haltung mit einem mißtrauischen Gesichtsausdruck. Oft weinte sie längere Zeit, hatte Illusionen: im Lärm der Umgebung nimmt sie die Stimmen ihrer Kinder wahr. Einmal verkannte sie ein fremdes Kind als ihr eigenes. Der Kontakt ist sehr erschwert: nach immer wiederholtem Drängen beantwortet sie elementare Fragen nach einem ziemlich langen Schweigen. Ein anderes Mal wieder geht es besser: plötzlich und spontan fängt sie an, viel zu reden, alsdann wird klar, daß sie annähernd über Zeit und Ort orientiert ist; sie gibt ihrer Unzufriedenheit Ausdruck, indem sie sich selbst bedauert: „Was war ich und was bin ich jetzt!“ Sie sei eine ältere Frau, besäße ein Haus, eine gute Frau, die nicht hierher gehöre, wo man sie verspottet und sie stößt. Sie denkt, daß man

ihr Unrecht tut, und ist sehr unzufrieden. Oft sagt sie, als ob sie nicht begreifen kann: „Was ist mit mir los, warum heute so, morgen anders? Jeden Tag ändert ihr mich um; ich will nicht, daß man mich verspottet!“ Sie schläft nur mit Hilfe von Arzneien, nährt sich ungenügend — nur wenn man darauf besteht; manchmal dagegen ißt sie reichlich. In diesem Zustande wurde die Kranke entlassen.

Am 14. 3. 38 haben wir die Möglichkeit gehabt, die Kranke noch einmal zu untersuchen. Zustand unverändert. Sie ist unruhig, hält sich stets aufrecht und bewegt sich mit kleinen Schritten, als ob sie auf demselben Platz stampft, knackt die Finger, schweigt und beantwortet Fragen nicht. Die Mimik ist einförmig. Blick ohne viel Verständnis, als ob sie etwas sagen möchte, es aber nicht tun kann — ihre Augen haben einen lebendigen, sogar lachend-fragenden Ausdruck, während der andere Gesichtsteil so aussieht, als ob sie weint.

Nach Auskunft ihres Mannes habe sie sich zu Hause eigenartig benommen, manchmal habe sie mehrere Tage keine Nahrung genommen, während sie ein anderes Mal das Essen ihrer Kinder verzehrte. Sie habe getrachtet, zu essen, ohne daß man sie sieht. Sie habe gearbeitet, jedoch unregelmäßig, stoßweise, manchmal habe sie heftig gewoben oder auf dem Felde gearbeitet. Sie sei fromm gewesen, habe Haushaltgegenstände verschenkt und Nahrung zum Heil ihrer Seele verteilt. Sie sei schweigsam und traurig gewesen; kaum habe sie über etwas gelacht, habe sie plötzlich angefangen zu weinen, um ebenso plötzlich aufzuhören.

Sie menstruierte unregelmäßig, über 35—40 Tage, manchmal blieben die Menstruationen ganze Monate aus und seien karg gewesen. Blutergüsse habe sie keine gehabt.

Nach weiteren 2 Jahren haben wir über diese Kranke erfahren, daß sich seit Anfang 1940 ihr Zustand bedeutend gebessert habe; man könne sagen, es gehe ihr sehr gut; sie sei ruhig, arbeite auf dem Felde und zu Hause, Sorge für die Kinder und sei mitteilksam. Sie sei jedoch sehr fromm geblieben. Die Menstruationen seien regelmäßig, sie habe keine Blutergüsse.

Es handelt sich also um eine Frau, die im Alter von 17—18 Jahren den ersten kurzdauernden Anfall ihrer seelischen Erkrankung gehabt hat. Nach einer gesunden Periode von 20 Jahren erkrankte sie im Herbst 1934 nach ängstlich-depressiven prodromalen Erscheinungen an Schizophrenie, mit Erscheinungen katatoner Erregung; oftmals bestanden Mutismus, Negativismus, depressiv-paranoische Wahnideen und vor allem große, zuweilen bis zum Entsetzen gesteigerte Angst. Während eines Schubes der Psychose entwickelte sich ein eigenartiges Syndrom, bestehend aus Hyperthermie, großen Othämatomen, übermäßig großen und blassen nichtentzündlichen Ödemen am ganzen Kopf und teilweise am Hals, Hypertonie der Hals- und Extremitätenmuskeln, Schmerzen in der Muskulatur und schwere Enterorrhagie.

Die Kranke überstand diesen lebensbedrohlichen Zustand. Nach mehr als 5jähriger Dauer der Psychose hat sich der Zustand weitgehend gebessert; die Kranke ist arbeitsfähig geworden.

Bei der Betrachtung unseres Falles wie auch der anderen Fälle in der uns zugänglichen Literatur können wir das uns interessierende Syndrom folgendermaßen zusammenfassen: Erhöhte Temperatur (subfebril bis Hyperthermie), die bei allen ähnlichen Fällen ohne Ausnahme zum Vorschein kommt und die mit dem psychischen Leiden selbst zusammenhängt; Tachykardie; bei vielen Fällen Cyanose; bei den tödlich

endigenden Fällen Mangel eines pathologisch-anatomischen Befundes, der über den Tod Aufschluß geben könnte. In engerem Rahmen gehören zu diesem Syndrom die hämorrhagischen Erscheinungen, wie Hauthämatome, Blutung aus unbeschädigter Haut, Blutergüsse im Magen, in den Därmen, Nieren, Geschlechtsorganen und eine Reihe anaphylaktischer Erscheinungen, wie Urticaria, Ekzeme, Ödem usw.

Die psychopathologischen Bilder der Fälle mit hämorrhagischen Erscheinungen, immer im Kreise der schizophrenen Symptomatik, sind nach ihrem Anfang, Verlauf und Ausgang recht mannigfaltig: mit der „tödlichen Katatonie“ von *Stauder* beginnend, die akut auftritt und tödlich endet, über unseren Fall hinaus, bei welchem das hämorrhagische Syndrom im Verlauf einer langdauernden, ängstlich kolorierten Katatonie auftrat, und mit den Fällen von *Goldenberg* endigend, welche auf eine „hysteroförmige“ Symptomatologie deuten.

Unsere Auffassung wäre sehr einseitig und unvollkommen, wenn wir das hämorrhagische Syndrom isoliert betrachten würden, ohne die anderen somatischen Erscheinungen in Betracht zu ziehen. Das hämorrhagische Syndrom muß eben nur als eine der Erscheinungen des Grundleidens aufgefaßt werden, welches, außer psychischen Erscheinungen, von Zeit zu Zeit auch eine Reihe somatischer Symptome, vor allem eine erhöhte Temperatur, aufweist. Aus diesen Gründen gehören viele Fälle, obwohl bei ihnen keine hämorrhagischen Erscheinungen zu beobachten sind, zu diesen Typen von Erkrankungen (Fälle, die der bereits zerfallene Begriff „Delirium acutum“ umschließt, akute Katatonien mit und ohne tödlichem Ausgang, die febrilen Episoden von *Scheid*, Fälle mit anaphylaktischen Erscheinungen). Unsere Auffassung auf diese Weise ausdehnend, heben wir hervor, daß vorläufig keine Begründungen hierzu vorliegen, diese Fälle in eine neue nosologische Einheit abzusondern. Viele Autoren tragen diese Fälle zum Schizophreniekreise hinüber. Wir werden noch hervorheben, daß man die Bedeutung der hämorrhagischen Erscheinungen in bezug auf die Prognose nicht überschätzen darf. Der Begriff „tödliche Katatonie“ darf nicht unbedingt mit hämorrhagischen Erscheinungen verknüpft werden, wie auch die hämorrhagischen Erscheinungen den Tod des Betroffenen nicht besiegeln.

Bei diesen Bildern enthalten die psychomotorischen Erscheinungen kaum etwas Spezifisches; während bei den *Stauderschen* Fällen eine heftige Erregung vorhanden ist, war diese Erregung in den Fällen von *Scheid* und *Goldenberg* nicht heftig gewesen. In unserem Falle stand im Vordergrund die Angst. Wie *Scheid* bemerkt, können in bezug auf die kinetischen Erscheinungen sämtliche Übergänge von psychologisch als Folge der Angst gut verständlichen Hyperkinesen bis zu den primitiven, psychologisch nicht mehr verständlichen kinetischen Erscheinungen während eines Dämmerzustandes beobachtet werden. Bei diesen Fällen werden zum Unterschied von der allgemein angenommenen Auffassung

der Schizophrenie, Bewußtseinsstörungen beobachtet. *Scheidegger* unterstreicht den Umstand, daß in diesen Fällen die Krankheit den Eindruck eines organischen Gehirnleidens macht. *Stauder* bemerkt, daß die Bewußtseinsstörung bei diesen Fällen ein sehr wichtiges und charakteristisches Symptom ist. *Scheid* spricht von einem komatösen Stadium als einem pathogenetisch-obligaten Symptom und von einer vollen Amnesie im Falle eines Überstehens dieses lebensgefährlichen Zustandes. Wie in unserem Falle muß es nicht unbedingt zu einem Bewußtseinsverlust kommen. Bei den schweren hämorrhagischen Fällen muß man abschätzen, inwieweit der Bewußtseinsverlust dem großen Blutverlust zu verdanken ist.

Die Angst ist ein anderes Symptom. Nach *Stauder* ist sie kein charakteristisches Symptom dieser Katatonien; die Erregung kann durch sie keinesfalls erklärt werden, wie dies bei gewissen agitierten Zuständen des thymopathischen Kreises der Fall ist. Wir sind der Ansicht, daß die Erregung und die Angst gleichzeitige Erscheinungen sind, die in kausaler Beziehung mit dem Grundleiden stehen. Die Angst bricht öfter plötzlich stürmisch aus, um, wie bei unserem Fall, im psychischen Bilde bis zum Schluß zu dominieren. Die Katatonien von *Scheidegger* werden auch durch die Angst gefärbt gewesen sein. *Scheid* meint, daß auch diese neben der Bewußtseinsstörung von einer gewissen obligaten pathogenetischen Bedeutung ist.

Die Erforschung der Ursache dieser akuten, das Leben gefährdenden Psychosen berührt das schwierige Problem der Ursache der Schizophrenie überhaupt. Gerade diese nach ihrer charakteristischen Symptomatik verdichteten Fälle können einen Anfang zur Lösung dieser Frage bieten. In dieser Richtung wurden von *R. Gjessing*, *D. Jahn*, *D. Jahn* und *H. Greving* und *K. F. Scheid* Forschungen unternommen. Man denkt an toxische Produkte, die das blutbildende System schädigen. *Jahn* und *Greving* finden sowohl bei den akuten und tödlich endenden Katatonien (es wurden die Fälle *Stauders* untersucht) wie auch bei den klassischen Formen von Schizophrenie charakteristische Veränderungen des Blutes und des Knochenmarks — die tödliche Katatonie stellt nur eine quantitative Steigerung des schizophrenen Prozesses dar. Nach *Scheid* sind die febrilen Episoden einer Hämolyse zu verdanken, die durch ein unbekanntes Agens herbeigeführt wird; eines der Produkte dieser Hämolyse muß für die Herbeiführung dieses schweren klinischen Bildes mit Hyperthermie, Tachykardie und Cyanose verantwortlich gemacht werden. Die Untersuchungen von *Gjessing* bei Stuporen, die jenen von *Scheid* vorangehen, widersprechen dieser Hypothese nicht; dieser Autor denkt an Blutzersetzung und an Leberschädigung. Die Hypothese von *Scheid* bemüht sich, nur die febrilen Episoden zu erklären, ohne darauf Anspruch zu erheben, ein volles Licht auf das komplizierte und höchst schwierige Schizophrenieproblem zu werfen.

Die hämorrhagischen Erscheinungen können nicht durch die psychomotorische Erregung erklärt werden, wie dies *Neubürger* annimmt. Die Ursache für deren Entstehen muß in der Grundnoxe der Schizophrenie selbst gesucht werden. Bei der Erklärung der hämorrhagischen Erscheinungen muß der Zustand des peripheren Blutkreislaufes in Betracht gezogen werden — peripherer Kollaps mit capillärer Schwäche und darauffolgender Blutung per diapedesin. Wir wissen nichts darüber, warum in einem Falle diese Hämorrhagien entstehen und in anderen Fällen nicht. Wahrscheinlich handelt es sich, wie dies auch *Goldenberg* annimmt, um irgendeine konstitutionelle Minderwertigkeit des vegetativen Nervensystems bzw. des vasomotorischen Apparates bei Vorhandensein einer toxischen Grundnoxe: des Schizophrenieprozesses. Immerhin schließt dieser Autor die Möglichkeit einer ausschließlich erworbenen Schwäche des vegetativen Nervensystems in Verbindung mit einer „eigenartigen Lokalisation des Schizophrenieprozesses“ nicht aus.

Es muß hervorgehoben werden, daß die hämorrhagischen Erscheinungen besonders häufig sich mit allergischen Erscheinungen vereinigen. Bei diesem Syndrom kann die Cyanose fehlen, und oftmals sind die motorischen Erscheinungen nicht stürmisch (*Goldenberg* und *Scheid*s Fälle), doch bleibt die erhöhte Temperatur (subfebril bis Hyperthermie) niemals aus; die allergischen Erscheinungen sind sehr häufig. Bei der allgemeinen Abwägung des Syndroms darf diese Tatsache nicht unterschätzt werden.

Bei den tödlichen Fällen sind die Sektionsbefunde öfters ungenügend, um den Tod zu erklären. Bekannt ist die Bedeutung, welche gewisse Autoren (*Reichardt*, *Pötzl* u. a.) dem Gehirnodem zur Erklärung der plötzlichen tödlichen Fälle beimessen. In der Tat ist, wenn auch nicht bei vielen Fällen, ein Gehirnodem vorzufinden; bei denen von *Stauder* ist keines gefunden worden; bei den Fällen von *J. Fischer* sind ebenfalls keine gleichwertigen Sektionsbefunde vorhanden gewesen, die über den Tod Aufschluß geben könnten. Bei den tödlichen febrilen cyanotischen Psychosen von *Scheid* ist ein Gehirnodem nur in einem Falle gefunden worden. Bei den anderen Fällen war eine venöse Stauung in allen Organen mit Blutergüssen vorhanden — kleine Blutergüsse der Pia und Petechien der inneren Organe, die nicht mit den großen Ekchymosen der hämorrhagischen Formen verwechselt werden dürfen. Nicht selten könnten Thrombosen und Embolien der Lungen mit den pathophysiologischen Veränderungen des Blutes, die von *Jahn* und *Greving* entdeckt wurden, erklärt werden. *Peters* hat bei den febrilen cyanotischen Episoden von *Scheid* keine mikroskopischen Gehirnveränderungen gefunden. *T. J. Judin* (1939) gelangt nach klinischer und pathologisch-anatomischer Untersuchung tödlicher Schizophrenieformen zu der Schlußfolgerung, daß „die mystische Vermutung einer raschen endogenen Abnutzung bestimmter Gehirnzellen unnötig erscheint“, und unterstreicht

dabei die Bedeutung der Eigentümlichkeit des Gefäß- und des anoxämischen Prozesses.

Obwohl wir noch zu weit von der endgültigen Lösung des Schizophrenieproblems in seiner Fülle entfernt sind, sind doch bei dieser Krankheit somatische Erscheinungen zu verzeichnen, die für nutzbringende pathophysiologische Forschungen ausgewertet werden könnten. Eine dieser Erscheinungen ist auch das anaphylaktisch-hämorrhagische Syndrom. Es ist nur ein äußerer Ausdruck des noch immer unbekannten Grundleidens.

Literatur.

- Bumke, O.*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München 1935. — *Fischer, J.*: Inaug.-Diss. Leipzig 1934. — *Gjessing, R.*: Arch. f. Psychiatr. **96**, 319 (1932); **104**, 355 (1935). — *Goldenberg, S. I.*: Neuropathologia, Psychiatria, Psychohygiene (russ.) **5**, 127 (1936). — *Jahn, D. u. H. Greving*: Arch. f. Psychiatr. **105**, 105 (1936). — *Judin, T. J.*: Sovjetskaja Psychoneur. (russ.) **15**, No 4—5 (1939). — *Neubürger, K.*: Z. Neur. **150**, 670 (1934). — *Scheid, K. F.*: Febrile Episoden bei schizophrenen Psychosen. Leipzig 1937. — *Scheidegger, W.*: Z. Neur. **120**, 587 (1929). — *Stauder, K. H.*: Arch. f. Psychiatr. **102**, 614 (1934). — *Steiner, G. u. H. Strauß*: Schizophrenie. Die körperlichen Erscheinungen. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 9, S. 264. 1932.
-