V. Beitrag zur Casuistik und Aetiologie der Pneumoniepsychosen.

Von Dr. P. Juliusburger in Berlin.

Wir sind gewohnt, die uns im Verlauf einer fibrinösen Pneumonie begegnenden Psychosen entweder als Effect abnormer arterieller Blutdruckverhältnisse im Gehirn aufzufassen, oder für den Ausdruck einer acuten Ernährungsstörung dieses Organs zu halten, oder endlich in einer, sei es erworbenen, sei es erbten Disposition des Kranken zu Alterationen seines Nervensystems zu suchen.

Diese uns überkommene Theorie entsprang lediglich der Erfahrung, dass solche Psychosen in das Stadium incrementi oder in das Defervescenzstadium der Pneumonie zu fallen pflegen, und ihr Hauptrepräsentant, das Delirium tremens, für Potatoren eine fast regelmässige Complication der Krankheit bildet.

Nichtsdestoweniger blieb sie eine Hypothese, weil die einzigen Hilfsmittel zur Deutung dieser Krankheitsphänomene, die Erfahrung am Krankenbett und die Autopsie, zur Eruirung des wahren Agens der Erscheinungen nicht ausreichten, und man sich deswegen mit der Zurückführung des von einem noch unbekannten Etwas ausgelösten Krankheitsbildes auf physiologisch-plausible Processe begnügen musste, obgleich der Beweis nicht erbracht werden konnte, dass denselben die erste ätiologische Rolle zufalle.

Die Ausfüllung dieser Lücke scheint nun in nicht unabsehbarer Zeit erfolgen zu sollen. Einzelne Erfahrungen in der neuesten Zeit bringen den Erreger der Pneumonie selbst in so nahe Beziehungen zu den sie begleitenden Psychosen, dass bei weiterer Verfolgung der hierdurch aufgefundenen Spur eine Aufhellung des bisherigen auf dem Gegenstande ruhenden Dunkels zweifellos zu erwarten steht.

Nach diesen Erfahrungen scheinen die Pneumoniepsychosen nicht Consequenzen der Lungenerkrankung zu sein, sondern sich neben dieser durch Invasion des Pneumococcus in das Schädelinnere als selbstständiges Leiden zu entfalten.

Einen treffenden Beleg hierfür gab vor einiger Zeit Josef Coats in der Medical chirurgical Society zu Glasgow durch den Bericht über eine von ihm beobachtete Pneumonie mit Leptomeningitis, die unter dem Bilde eines foudroyanten Delirium tremens verlaufen war und bei der Section den Fraenkel'schen Kapselcoccus im Meningealexsudat ergeben hatte. Der Vortrag schien in den Zuhörern die Ueberzeugung erweckt zu haben, dass nicht vielhundertjähriger Erfahrung gemäss das habituelle Potatorium des Kranken oder seine hohe Temperatur oder endlich die Verbindung beider Momente, sondern nur die Existenz der Pneumococcen zwischen den Meningen das Krankheitsbild erzeugt haben konnte. Eine solche Annahme verstösst allerdings gegen das Fundamentalgesetz der Bacteriologie, dass die pathogenen Mikroben nur nach einer Richtung hin zu Krankheitserregern werden können. Sectionstisch und Mikroskop haben dem Pneumococcus diejenige specifische Mission bestätigt, welche ihm das Experiment imputirt hatte. Seine toxische Wirksamkeit müsste daher durch den erzielten specifischen Effect, die Pneumonie, als erschöpft gelten. Allein schon die Thatsache, dass dieser Mikrobe vielfach in idiopathischen Pleuraexsudaten gefunden wird, mithin auch als deren ätiologischer Factor angesehen werden muss, rechtfertigt die Vermuthung, dass seinem Toxin mit der Fähigkeit, in den Lungen einen ganz bestimmten pathologischen Zustand zu setzen, die Kraft zu effectvoller Wirksamkeit auch auf anderen Gebieten des occupirten Organismus noch nicht erloschen sei. Aus der histologischen Verwandtschaft zwischen Pleuren und Meningen würde sich dann die Möglichkeit herleiten lassen, dass die Invasion des Pneumococcus zwischen die letzteren ebenso gut zu Exsudaten führen könne, wie zwischen den Pleurablättern, und dann einen hohen Grad von Verschuldung, wenn nicht die ausschliessliche, an dem Eintritt von Psychosen in sich trage. Für die wahrscheinliche Richtigkeit dieser Annahme liefert eine vor längerer Zeit von mir beobachtete Pneumoniepsychose unabweisbare Kriterien. Der Kranke hatte die Pneumonie überstanden, erlag aber einer nachfolgenden Pleuritis und liess bei der Section einen ähnlichen Befund, wie der Coats'sche Fall registriren.

Ich erlaube mir, den Verlauf des Falles etwas ausführlicher zu schildern, weil er schon durch die Exceptionalität seines Exterieurs vor der bündigen Kritik durch den bekannten Ausspruch Ben Akiba's geschützt zu sein scheint.

Im April 1891 wurde ich eines Abends zu dem damals eine Etage unter mir wohnenden Zahntechniker N. gerufen. Derselbe, ein kräftiger, gut genährter Mensch von einigen 60 Jahren, der sich bis dahin einer ungeprüften Gesundheit erfreute und dem Abusus spirituosorum niemals gehuldigt haben wollte, zeigte die Erscheinungen einer linksseitigen Pleuritis, jedoch ohne Temperaturerhöhung. Zwei Tage vorher wollte er einen mässigen Schüttelfrost gehabt haben.

Bei der landläufigen Therapie waren Tags darauf, also vom Schüttelfrost abgerechnet am vierten Krankheitstage, die subjectiven Beschwerden

des Kranken geringer, aber an seinem linken unteren Lungenabschnitt die Zeichen einer Pneumonie zu constatiren. Da die Temperatur des Morgens gar nicht, des Abends nur mässig anstieg ($38,2^{\circ}\text{C}$), Puls- und Respirationsfrequenz mit ihr zwar harmonirten, die Qualität des ersteren aber viel zu wünschen übrig liess, und die spärlichen Sputa den katarhalischen Charakter zeigten, beschränkte ich mich auf eine roborirende Therapie.

Der fünfte Krankheitstag brachte keine Veränderung in dem Krankheitsbilde. Am sechsten machten sich Erscheinungen eines drohenden Lungenödems geltend, konnten jedoch durch eine Verstärkung der bis dahin angewandten Roborantien und Excitantien zurückgedrängt werden, worauf die Lysis eintrat. Dieselbe blieb am folgenden Tage in ungestörtem Gange, und bis zum späten Abend liess der Kranke auch ein zufriedenstellendes Allgemeinbefinden constatiren. Allein gegen zwei Uhr morgens wurde ich zu ihm gerufen, weil er „sehr unruhig“ geworden sein sollte.

Ich fand ihn auf dem Bettrand sitzend, mit bleichem Gesicht und stierem Blick nach dem Lieutenant des Polizeireviere verlangend und jegliche ihm meinerseits angebotene Hilfe energisch abweisend. Eine Psychose mit dem Charakter des Verfolgungswahns hatte ihn erfasst! Er beschuldigte Frau und Tochter, ihn vergiften zu wollen, und die Wärterin sowie mich als mit diesem Plan einverstanden. Deshalb wünsche er „aus dieser Mörderhöhle“ in ein Krankenhaus übergeführt zu werden.

Bald darauf begann er zu toben, so dass ihm die Extremitäten gefesselt, und für den Rest der Nacht einige Herren aus demselben Hause, welche auf seinen Ruf „Hülfe, Mörder!“ herbeigeeilt waren, bei ihm zurückgelassen werden mussten.

Seine Herzthätigkeit indicirte in diesem Zustande keinerlei Medication, und Narcotica, welche hier in Betracht kommen konnten, erschienen mir wegen des adynamischen Verlaufes der Pneumonie contraindicirt.

Auf meine Erkundigung bei der Ehefrau des Kranken, ob derselbe thatsächlich, wie er mir versichert hatte, kein Potator gewesen sei, wurde dies zwar bestätigt, dagegen die Möglichkeit seiner psychopathischen Belastung hervorgehoben, weil mehrere seiner Geschwister durch Selbstmord oder Geisteskrankheiten zugrunde gegangen sein sollten. Etwas Bestimmtes war jedoch über dieses wichtige anamnestische Moment nicht zu erfahren.

Am Morgen fand ich den Kranken ruhiger, nachdem er den Rest der Nacht wachend zugebracht und aus Furcht vor Vergiftung nichts hatte geniessen wollen.

Er sass in Sonntagstoilette — es war dieser Tag ein Sonntag — auf einem Stuhl, rauchte eine Cigarre und verlangte unter Wiederholung der in der Nacht ausgesprochenen Gründe nach einem Krankenhause. Da er für keinen anderen Rath zugänglich war, bewerkstelligte ich seine Uebersiedelung in ein Hospital, in Begleitung von vier Herren und mit einem Krankheitsbericht versehen. Allein schon am Nachmittage verkündete mir die Tochter, dass er wieder zurückgebracht worden sei und sich nun im Kreise seiner Begleiter bei Bier und Cigarren allem Anscheine nach recht wohl befinde.

Diese Schilderung entsprach der Situation, in welcher ich den Kranken wiedersah, vollkommen. Derselbe sass mitten unter seinen Begleitern und hatte, wie jeder von diesen, ein Seidel Bier vor sich und eine Cigarre im Munde, deren Rauchwolken die Atmosphäre des Zimmers zu einer auch für gesunde Lungen wenig erträglichen machten.

Wie in der Nacht perhorrescirte er mich auch jetzt und rief mir erregt zu: „Bleiben Sie mir nur vom Leibe! Für Ihre Mithewaltung werden Sie schon honorirt werden, aber weiter will ich von Ihnen nichts wissen. Uebrigens werde ich morgen ins Hospital zurückkehren!“

Auf meine Frage, warum er nicht sogleich aufgenommen worden wäre, berichtete mir einer seiner Begleiter Folgendes: Bei ihrer Ankunft im Hospital hätte der du jour-habende Arzt die Nothwendigkeit der Aufnahme des Kranken zwar anerkannt, demselben aber auf seine Bitte die Erlaubniss zu einige Stunden späterem Eintritt ins Hospital ertheilt. Darauf wäre der Kranke mit seinen Begleitern in ein benachbartes Restaurant gegangen, und nachdem er daselbst eine Portion Braten und vier Glas Pilsener Bier mit gutem Appetit consumirt hatte, in einer geschlossenen Droschke nach Hause gefahren. Auffallend wäre in dieser Zeit zum Unterschiede von der exaltirten Gesprächigkeit in der Nacht sein schweigsames Wesen und die Unfähigkeit oder Unlust zur Beantwortung von Fragen gewesen, und in dem Restaurant hätten seine Begleiter die Speisen und Getränke für ihn bestellt, nachdem er durch Zeichen zu erkennen gegeben, dass er dasselbe geniessen wolle, was dem einen oder anderen Gaste am Nachbarisch servirt worden war.

Während dieses Berichtes bemerkte ich, dass der Kranke collabirte, und liess ihn zu Bett bringen. Willig folgte er dieser Anordnung und schlief bald darauf ein, um erst nach 38 Stunden zu erwachen. In diesem Zeitraum trat an ihm, soweit eruirbar, keinerlei Indication zu irgend welcher therapeutischen Maassnahme hervor, und mechanisch schluckte er die ihm von Zeit zu Zeit zugeführten flüssigen Nährmittel.

Am dritten Tage nach jener Bierreise erwachte er, frei von seiner Psychose und wusste sich nur sehr dunkel an seine Excursion, sonst aber an nichts aus den jüngst verflossenen Tagen zu erinnern. Die nun ausführbare Exploration in loco affecto seiner Lungen ergab eine noch nicht vollständige Aufhellung des früheren Dämpfungsbezirks. Ungefähr handbreit von der untersten Grenze ab und seitwärts von der Wirbelsäule bis an die Axillarlinie bestand die Dämpfung noch fort und liess das Athmungsgeräusch kaum hörbar vernehmen. Ausserdem hatte sich in der Fossa supraspinata dextra ein Katarrh etablirt. Trotz alledem trug der Kranke ein so zufriedenstellendes subjectives Befinden vor sich her, dass ich ihm den nächsten Tag das Verlassen des Bettes concediren zu können glaubte. Die Euphorie war jedoch nur von kurzer Dauer. Schon nach wenigen Tagen fing der Kranke über unruhigen und ungenügenden Schlaf zu klagen an. Kaum zwei Stunden des Nachts und eine halbe Stunde nach der Mittagsmahlzeit vermochte er Schlaf zu finden und fühlte sich

durch ihn wenig gestärkt. Hierzu stellte sich allabendlich eine, wenn auch nicht beträchtliche Temperaturerhöhung ($38,3^{\circ}$) ein, und sein bis dahin ziemlich gutes Fettpolster nahm zusehends ab.

Unter diesen Umständen glaubte ich annehmen zu müssen, dass zwar das pneumonische Infiltrat resorbirt sei, die neben demselben aber zur Entwicklung gelangte Pleuritis ein Exsudat gesetzt habe, welches wegen des rechtsseitigen Spitzenkatarrhs als secundäres, id est tuberkulöses anzusprechen sei. Deshalb rieth ich dem Kranken — es war dies am Schlusse seiner dritten Krankheitswoche — zu einer Uebersiedelung nach dem Städtischen Krankenhause am Urban, welchen Vorschlag er gern acceptirte. Im Krankenhause war bald nach seiner Ankunft eine Proben-punction gemacht worden, welche seröse Flüssigkeit extrahiren liess.

Etwas Auffallendes sollte damals die Untersuchung nicht ergeben haben, namentlich konnte der Charakter des Exsudates als tuberkulöses durch Nachweis von Bacillen nicht festgestellt werden.

Trotzdem nahmen die Kräfte des Kranken rapide ab, während sich das Exsudat von Tag zu Tag vergrösserte, so dass die Resection einer Rippe vorgenommen werden musste.

Dadurch wurde nun zwar eine grosse Quantität des Exsudates entfernt, aber der Kranke ging dennoch drei Tage nach diesem operativen Eingriff zugrunde. Die Section ergab als hervorragendsten Befund ein eitriges Exsudat mit Unmassen von Pneumococcen zwischen den Meninges.

Zweifellos kennzeichnet dieser Fall, abgesehen von der Eigenartigkeit seiner Form, die Schwäche der bisher für ätiologische Kriterien solcher Krankheitszustände angesehenen Momente. Denn hier fehlen nicht bloss die zur Vermittelung der nervösen Alterationen für unerlässlich geltenden abnormen Temperaturverhältnisse, sondern auch die Indicien für ein vorhanden gewesenes Potatorium.

Allerdings könnte für letzteres Moment die hereditär-psychische Disposition des Kranken als gleichwerthig in Betracht kommen. Allein, abgesehen von ihrer nicht ausreichend festgestellten Existenz, harrt selbst unter dieser Voraussetzung die Frage, welcher Factor die bestehende Disposition des Kranken zur Aeusserung der geschilderten Erscheinungen angeregt habe, immer noch der Beantwortung. Die Pneumonie konnte wegen ihrer Localisirung und ihres ganzen Verlaufes mit diesem Vorgange nicht in Verbindung stehen, und allgemeine Ernährungsstörungen waren hier nicht nachweislich zu verzeichnen. Es bleibt daher als causa peccans nur die Invasion des Mikroben in das Schädelinnere übrig.

Auffallen muss es allerdings, dass weder die Invasion, noch die durch sie gesetzte Entzündung der Hirnhäute durch Schmerz oder Temperaturerhöhung sich markirten. Allein der Fall präsentirt sich in allen seinen Phasen als ein der Alltagserfahrung so zuwiderlaufender, dass auch diese Erscheinung nicht frappiren kann. Zudem kommt, dass Psychosen bekanntlich das Schmerzgefühl herabzumindern und seine Aeusserung zurückzudrängen vermögen, und bei einem Individuum, dessen Temperatur durch eine Pneumonie nicht alterirt wird, der Mangel ihrer Beeinflussung durch eine Complication mit Meningitis nicht zu überraschen braucht. Der Ausdruck der Reaction auf die invadirte Schädlichkeit bestand eben hier einzig und allein in der Psychose, und dass letztere nicht so lange andauerte, als die Mikroben das Schädelinnere des Kranken bewohnten, d. h. also bis zu dessen Tode, dürfte mehr für ein Accommodationsvermögen der Meningea gegenüber dem erfahrenen Insult, als gegen die Annahme sprechen, dass nichts anderes, als der Pneumococcus die Psychose verschuldet habe. Auch die Pleura schmerzt im Beginn einer Pneumonie infolge ihrer Zerrung und Dehnung durch die Infiltration der Lungenalveolen, während im Stadium der Hepatisation die Schmerzen gänzlich zu fehlen pflegen.

Die Therapie dürfte durch die auf diese Beobachtung gestützte Annahme kaum beeinflusst werden, auch wenn dieselbe durch weitere ähnliche Erfahrungen von einer individuellen zu einer allgemeinen werden sollte; es müsste uns denn ein Mittel zu Gebote stehen, mit Hilfe dessen wir imstande wären, die Fähigkeit des Pneumonikers zur Production des Antitoxins in dem Maasse zu erhöhen, dass nicht bloss die pathogenen Mikroben in seinen Lungen, sondern auch die nach seiner Schädelhöhle verschlagenen unschädlich gemacht werden.