

Aus der Provinzial-Irrenanstalt in Kosten.

Atropinwahnsinn bei einem Asthmatiker.

Von Dr. Alfred Fickler, Oberarzt.

Ziemlich häufig finden sich in der Literatur Fälle von akuter Atropinvergiftung beschrieben, in denen nach einem einmaligen Genuß größerer Mengen von Atropin oder Pflanzenteilen der Tollkirsche sich Delirien und soporöse Zustände von kurzer Dauer neben den körperlichen Symptomen der Atropinvergiftung einstellten. Sehr spärlich sind die Beobachtungen, in denen nach längerem Gebrauch von Atropinlösungen oder Belladonnaabkochungen Vergiftungserscheinungen von seiten des Nervensystems auftraten. In der Mehrzahl handelte es sich dabei um fortgesetzte Einträufungen von Atropin in die Augen (v. Graefe¹⁾, Kowalewski²⁾ Link³⁾, Freudenberg⁴⁾; nach innerlichem Gebrauch wird von solchen, soviel ich sehen kann, nur von Michéa⁵⁾ und Müller⁶⁾ berichtet. Im Müllerschen Falle, der klinisch nur ungenügend beobachtet wurde, scheint es sich dabei um eine immer erneute akute Belladonnavergiftung gehandelt zu haben: eine Frau gab ihrem Manne etwa elf Monate lang wahrscheinlich in unregelmäßigen Zwischenräumen Abkochungen von Belladonnawurzeln in Kaffee zu trinken, wodurch sich Depression, Gedankenträgheit, leichter Stimmungswechsel, zeitweise Exzitation mit Bedrohung der Umgebung und Verwirrtheit einstellten, Symptome, die bei mehrmaligem Aufenthalt im Krankenhaus stets sehr bald schwanden. Brouardel, Ogier und Vibert⁷⁾ teilen einen Fall mit, wo eine Frau ihrem Manne neun Tage lang Atropin beibrachte, im ganzen etwa 1 cg; auch da traten nur akute Vergiftungserscheinungen auf. In den anderen angeführten Arbeiten werden als Vergiftungserscheinungen angegeben: erethische Schwäche und Darniederliegen der Assimilation (v. Graefe), intellektuelle Abstumpfung und Apathie neben hesitierender Sprache, Schwanken, manueller Ungeschicklichkeit und Anästhesie (Michéa), Delirien von vier und zehntägiger Dauer nach Aussetzen des Atropins (Lück, Kowalewski). Von dem Müllerschen Falle abgesehen, der nicht eindeutig ist, sind also nach länger dauerndem Atropingebrauch von geistigen Störungen außer Geistes-trägheit und Apathie nur Delirien beobachtet worden, die einen ähnlichen Verlauf zeigten wie die bei akuter Atropinvergiftung. Eine länger dauernde Geistesstörung, wie sie bei anderen Nervengiften, dem Alkohol, Kokain u. a., so häufig ist, scheint bisher noch nicht beobachtet worden zu sein, was die Veröffentlichung des folgenden Falles rechtfertigt.

Am 8. November 1909 wurde der Müllermeister S. M. in die hiesige Anstalt wegen Geistesstörung eingeliefert mit folgender Anamnese:

M. ist am 29. Oktober 1869 geboren als Sohn eines ordentlichen, nüchternen Schneidermeisters, der in höherem Alter starb; die Mutter lebt noch und ist gesund, ebenso ein Bruder und drei Schwestern. Geistes- oder Nervenkrankheiten, Trunksucht oder sonstwie Auffallendes sind in der Familie nicht vorgekommen.

In der Kindheit und Jugend hat sich M. körperlich und geistig normal entwickelt. Er besuchte die Volksschule und soll gut gelernt haben. Nach der Schulzeit arbeitete er bei einem Rechtsanwalt als Schreiber und wurde dann Müller. Er ist Soldat gewesen und hat es nach einem Jahr zum Gefreiten gebracht. Irgendwelche Leidenschaften oder

besondere Neigungen sind bei ihm nicht hervorgetreten; gelegentlich, z. B. wenn er einen guten Kauf abgeschlossen, soll er wohl mal etwas reichlicher Alkohol getrunken, im übrigen aber durchaus mäßig gelebt haben. Nach Angabe des Bruders soll er gegen Alkohol intolerant sein. Seine Gemütsart schildert seine Frau, mit der er sieben Jahre in glücklicher Ehe lebt und drei gesunde Kinder hat, als heiter und zugänglich, hypochondrisch sei er nicht; sein Bruder meint indes, er sei immer „nervös“ gewesen und wurde leicht erregt. Infolge einer Beschädigung seiner Mühle geriet er im letzten Jahre in mißliche pekuniäre Verhältnisse und grämte sich viel.

Am 20. August 1909 suchte er wegen Atembeschwerden einen Arzt auf; dieser diagnostizierte Bronchialasthma und verschrieb ihm eine Jodkali-Atropinlösung, und zwar so, daß M. dreimal täglich 0,5 Kal. jod. + 0,001 Atropin einzunehmen hatte; die Lösung enthielt 0,01 Atropin und war in 3 1/2 Tagen, also am 24. August, aufgebraucht. 15 Tage später am 8. September, suchte M. den Arzt abermals auf, erhielt 60 Pillen verordnet, deren jede 0,001 Atropin enthielt, und nahm dreimal täglich eine Pille. Am 28. oder 29. September war er mit den Pillen zu Ende; in den letzten acht Tagen, also etwa vom 20. September ab, habe er, wie er später angab, Trockenheit im Munde und Rachen, Doppelt- und Nebel-sehen, besonders bei Licht, und Unsicherheit bei Bewegungen verspürt. Am 8. Oktober ging er dann zum drittenmal zum Arzt, welcher ihm eine gleiche Schachtel Pillen verordnete, jedoch sollte er von jetzt ab viermal täglich eine Pille (abends zwei) nehmen, was er bis zum 15. Oktober, also eine Woche lang, tat. Im ganzen hat also M. 0,01 + 0,06 + 0,028 = 0,098 g Atropin zu sich genommen.

Bald nachdem er die zweite Schachtel Pillen einzunehmen begonnen hatte, klagte er über große Trockenheit im Mund und Rachen, über starke Schluckbeschwerden und Doppeltsehen. Er war völlig appetitlos, magerte ab und wurde zusehends schwächer; auch Erbrechen und Stuhlverstopfung stellte sich ein. „Er konnte keine Nadel mehr einfädeln, keine Zeitung lesen, die Pillen mußte er in Brot hüllen, um sie schlucken zu können.“

Am 13. und 14. Oktober war er in sehr heiterer Stimmung, lachte sehr viel und sang fortwährend Soldatenlieder. In der Nacht vom 15. zum 16. Oktober brach plötzlich eine akute Geistesstörung aus: Mit lebhaftem Ausdruck der Angst erhob er sich vom Bett und durchsuchte das Zimmer; Leute mußten da versteckt sein, er sehe den Schein einer Lampe, rieche Zigarrenrauch, Fliegen schwirrten in der Luft umher etc. Nach einer Weile ging er ins Bett zurück, um bald von neuem aufzuspringen: es klopfte an die Tür, er höre sprechen, er sehe die Nachbarn durchs Fenster blicken, auch auf dem Dache seien Leute. Zitternd vor Furcht suchte er schließlich das Bett wieder auf, ohne Schlaf zu finden. Am Tage wurde es etwas besser, doch blieb die Angst bestehen und wurde in der Nacht wieder stärker: man beobachte ihn, wolle ihm ans Leben, er solle geschlachtet werden etc.

Am 18. Oktober wurde der Arzt gerufen; dieser fand M. im Bett liegend mit maximal erweiterten, lichtstarrten Pupillen; er haschte sehr häufig in der Luft nach Gegenständen, sah Menschen und Tiere auf sich zukommen; wenn die Hände auf dem Bett lagen, waren sie in ständiger Bewegung ähnlich wie bei der Paralysis agitans. Zeitweise trat starker Bewegungsdrang auf, „nur weg aus dem Zimmer an die frische Luft“. Manchmal wichen für kurze Zeit die Halluzinationen, sodaß er geordnete Auskunft geben konnte; bald belegten sie ihn aber wieder vollkommen mit Beschlag. Oft ging er ratlos und angstvoll im Zimmer umher, wischte sich dabei häufig mit der Hand über den Kopf, „sehen Sie denn nicht, daß die Decke abbröckelt; der Mörtel fällt mir ja fortwährend auf den Kopf“. Auch äußerte er Vergiftungsideoen: das Essen rieche nach Lysol etc., man wolle ihn aus der Welt schaffen. So blieb das Bild mehrere Tage, dann legte sich allmählich die Erregung, und es trat ein Zustand der Depression ein; die Pupillenstörungen gingen allmählich im Laufe einer Woche etwa zurück. Als der Kreisarzt ihn am 31. Oktober untersuchte, fand er die körperlichen Zeichen der Atropinvergiftung geschwunden. „M. liegt mit ernstem Gesicht, gefalteten Händen und unruhigen Fingern im Bett, sieht immer auf die gegenüberliegende Wand und macht den Eindruck eines Betenden. Nach ausdrücklichem Befragen gibt er dies zu und erklärt, sich mit dem lieben Gott, mit Jesus Christus und der Jungfrau Maria zu unterhalten. Ueber Gesichtstäuschungen läßt sich Näheres nicht feststellen. Gegen Abend soll bei M. heftiger Bewegungsdrang auftreten; die Nacht bis drei Uhr soll er im Zimmer umher laufen. Schlaf in der letzten Zeit bis zu drei Stunden pro Tag. Ueber seinen Aufenthalt etc. ist M. jetzt orientiert.“

Am 8. November, also 24 Tage nach Beginn der Erkrankung, erfolgt dann die Aufnahme in die hiesige Anstalt.

Aufnahmebefund. Körperlich: Erheblich abgemagerter Mann. 172 cm groß, 56 1/2 kg schwer. Haut schlaff, von bräunlich-gelber Farbe. Muskulatur schlaff. Schädel 55 cm im Umfang, rechte Hälfte etwas voluminöser als die linke. Keine Degenerationszeichen. Fazialis intakt. Lidschluß, Augenbewegungen ohne Störung. Pupillen mittelweit, die rechte etwas größer als die linke. Reaktion auf Licht und Akkommodation prompt. Zunge wird gerade und ruhig vorgestreckt. An Gaumen, Gaumensegel, Rachen nichts Abnormes. Lunge zeigt auskultatorisch

¹⁾ Archiv für Ophthalmologie 1864, Bd. 10; zitiert nach Eulenburgs Real-Enzyklopädie, Art. Atropin. — ²⁾ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 36. — ³⁾ Memorabilien 1883; zitiert nach Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1885. Litt. — ⁴⁾ Journal of Amer. Assoc. 1909, zitiert nach Deutsche medizinische Wochenschrift. — ⁵⁾ Gazette des hôpitaux. 1861, zitiert nach Krafft-Ebing, Psychiatrie. — ⁶⁾ Friedreichs Blätter 1895. — ⁷⁾ Annales d'hygiène publique. 1900.

und perkutorisch die Zeichen geringen Emphysems. Herz nicht vergrößert, Töne rein. Herzaktion beschleunigt. Puls 132 per Minute, klein; Radialarterie weich, Temporalarterien geschlängelt. Leib hart; Obstipation. Leber, Milz nicht vergrößert. Urin ohne Eiweiß und Zucker, hellgelb. Motilität ungestört, nirgends Tremor oder Muskelzittern. Sensibilität normal. Kein Romberg. Haut-, Schleimhautreflexe lebhaft. Patellarreflexe schwach.

Psychisch: Zeigt ein ängstliches, scheues, gedrücktes Wesen, antwortet mit matter, tonloser Stimme, ist aber sonst völlig orientiert, faßt gut und rasch auf und gibt zutreffende Antworten. Er habe in der letzten Zeit viel mit Sorgen zu kämpfen gehabt, dies müsse ihm wohl im vorigen Monate „zu Kopf gestiegen“ sein; er habe im Oktober mehrere Anfälle von Geistesstörung gehabt, es sei ihm eine Todesangst angekommen, er habe nicht schlafen, seine Gedanken nicht zusammenhalten können. Jetzt sei er gesund, man solle ihn möglichst noch heute wieder nach Hause schicken. Erhebt aber keinen Widerspruch, als ihm gesagt wird, das gehe nicht.

9. November 1909. Hat in der Nacht nur wenig geschlafen, ist meist ruhelos, stöhnend und seufzend, die Hände ringend im Saale umhergegangen. Macht heute morgen unfreien, sehr ängstlichen Eindruck, ist mißtrauisch, sehr einsilbig, gibt über den Grund seines nächtlichen Umherwanderns keine Auskunft. Verläßt auch am Tage mitunter das Bett und geht ratlos und stöhnend im Saale umher, bittet inständig, ihn doch zu entlassen oder ihn wenigstens in ein anderes Zimmer zu legen, „hier haben alle einen Neid auf mich geworfen“. Als seine Temperatur gemessen werden soll, gerät er in hochgradige ängstliche Erregung, „gehen Sie weg, Sie wollen mich vergiften oder schlachten“. Nahrung nimmt er nur wenig zu sich. Obstipation hält an; Medizin weigert er sich zu nehmen, man wolle ihn vergiften. Puls 108.

10. November 1909. Zustand ähnlich wie gestern. Hat wieder sehr wenig geschlafen, viel gestöhnt und ist ruhelos umhergewandert. Ängstliche, mißtrauische, deprimierte Stimmung hält an; zieht sich von allen zurück, spricht mit niemandem. Den Arzt bittet er inständigst, ihn doch am Leben zu lassen. Er höre Leute sprechen, draußen auf dem Korridor; sie sprächen von ihm, riefen ihm höhnende Worte zu. Feuer und Strahlen gingen von seinem Kopfe und Gesichte aus. Er werde elektrisiert oder mit X-Strahlen beleuchtet, er fühle das. Auf Fragen gibt er an, daß er früher Menschen und verschiedene Tiere auf sich habe loskommen sehen, jetzt sei das nicht mehr.

Obstipation noch immer anhaltend. Nahrung nimmt er an einzelnen Mahlzeiten keine zu sich, ohne einen stichhaltigen Grund dafür anzugeben.

12. November 1909. Zustand unverändert. Als ihm ein Einlauf gemacht werden soll, neuer ängstlicher Erregungszustand, man wolle ihn umbringen, ihn vergiften oder dgl.

13. November 1909. Angstaffekt beginnt etwas nachzulassen; zeitweise ist er frei davon und liegt dann apathisch, abgeschlagen da und gibt auf Fragen mit matter Stimme geordnete Antwort; zeigt sich orientiert; meint, er fühle ein Prickeln am ganzen Körper, er müsse mit Röntgenstrahlen bestrahlt werden. Dann kommt wieder die Angst über ihn, er verläßt das Bett und geht ruhe- und ratlos, ächzend und stöhnend im Saale umher. Fürchtet, daß er umgebracht werden solle, und bittet, den Geistlichen zu holen, damit er beichten könne. Schlaf noch immer sehr unvollkommen. Nahrungsaufnahme ganz unregelmäßig. Nimmt Rizinusöl.

15. November 1909. War gestern im ganzen weniger ängstlich, hat Stuhl gehabt, Schlaf etwas besser. Pupillen gleichweit. Heute morgen springt er plötzlich in großer Angst aus dem Bett, schreit: „Mich hat jemand gestochen, von unten herauf, durch die Matratze.“ Er habe den Stich genau gefühlt, in die linke Seite, das Herz müsse ihm bluten. Zeigt die Stelle, wo er den Stich bekommen habe, und bittet den Arzt, das Herz nachzusehen. Ist den ganzen Tag über in ängstlicher Erregung.

16. November 1909. Weniger ängstlich wie gestern, hält aber daran fest, daß er gestochen worden sei. Äußert heute, man müsse ihm doch von unten her eine Lampe oder ein Feuer an die Beine halten, es habe beständig das Gefühl, daß er gebrannt werde an den Beinen. Verlangt entlassen zu werden, damit er für den Unterhalt seiner Familie sorgen könne. Stuhl auf Abführmittel. Puls 84, weich und klein.

In der folgenden Zeit trat die Angst mehr und mehr zurück. Ab und zu (18., 21., 30. November und 15. und 18. Dezember) übermannte sie ihn vorübergehend von neuem. Er fastete dann den ganzen Tag, angeblich, weil seine Religion es ihm gebiete; nach der Genesung gab er den wahren Grund an: er habe gefürchtet, vergiftet zu werden, und lieber durch Hunger als durch Gift sterben wollen. Meist zeigte er ein schlaffes, energieloses, etwas gedrücktes Wesen, hielt sich für sich, sprach nur selten mit anderen Kranken. Ohne Affekt sprach er von seinen Halluzinationen: dauernd gab er an, es brenne ihn jemand von unten her am Rücken und an den Beinen, es müßten elektrische Ströme oder Röntgenstrahlen sein, die man nach ihm richte, oder auch eine Lampe oder ein Kohlenbecken, das jemand unter dem Bett oder im Keller aufgestellt habe. Manchmal erklärte er auch, Stimmen von unten her zu hören, meist könne er nicht verstehen, was sie sagten, manchmal höre er „Uhu“ und ähnliches rufen; auch Poltern vernehme er zuweilen. Zeitweise hatte er Geruchshalluzinationen: er verspüre so einen scharfen Geruch wie Aether, dann

wieder noch es nach Petroleum. Meist ließen ihn die Halluzinationen völlig gleichgültig; trotzdem er lebhaft über das Brennen an seinem Rücken klagte, das von einer Flamme unter seinem Bett herrühren müsse, blieb er ruhig im Bett liegen; niemals geriet er in Zorn über die ihm zugefügten Schmerzen und höhnenden Zurufe; auch baute er kein Wahnsystem auf diesen Halluzinationen auf. „Ich werde mich deswegen doch mit niemandem verfeinden.“ Allmählich stellte er sich dann kritischer zu den Halluzinationen; mitunter berichtete er mit Humor von ihnen: „Herr Doktor, Sie sehen gerade so aus, als ob Sie mir ans Leben wollten“, äußerte er einmal unter Lachen. Der Schlaf besserte sich mehr und mehr, Stuhlgang erfolgte ohne Nachhilfe. Auf Antrag seiner Ehefrau wurde er am 22. Dezember 1909 entlassen. Zu Hause halluzinierte er die ersten Tage noch und war apathisch. Anfang Januar 1910 aber schwanden die Sinnes-täuschungen, er nahm seine Tätigkeit als Müller wieder auf und übt sie seitdem dauernd aus. Eine Nachuntersuchung am 10. März ergab völlige Krankheitseinsicht; die Erinnerung an die Vorgänge während der Krankheit war für die Zeit von Mitte November ab etwa vollkommen, für die Zeit vorher aber nur eine summarische, wie „an einen bösen Traum“. Es bestanden noch leichte neurasthenische Symptome (kann keine Tür zuschlagen hören, trägt nicht, wenn die Kinder lebhaft sind, ermüdet, fröstelt leicht u. ä.).

Kurz zusammengefaßt: Ein nüchterner, 40 Jahre alter Mann aus gesunder Familie, der leicht erregbar und alkoholintolerant ist, nimmt wegen Bronchialasthma acht Wochen lang mit zwei Unterbrechungen von 14 und zehn Tagen Atropin in maximaler Dosis, die letzten acht Tage 1 mg darüber. Er bekommt, nachdem er schon etwa in der sechsten Woche Sehstörungen, Trockenheit im Munde und Bewegungsstörungen verspürt hatte, in der achten Woche — in der siebenten nahm er kein Atropin — starke Schlingbeschwerden, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Stuhlverstopfung, Sehstörungen, maximale Erweiterung und Reaktionslosigkeit der Pupillen, Pulsbeschleunigung, dann nach einer zwei bis dreitägigen heiteren Erregung (infolge von Halluzinationen?) eine akute Halluzinose in sämtlichen Sinnesgebieten und daraus resultierend Unruhe, Angst und Wahnvorstellungen. In den ersten acht Tagen der Psychose macht er den Eindruck des Alkoholdeliranten; dann schwinden die Gesichtstäuschungen, während die übrigen Sinnestäuschungen und ihre Folgeerscheinungen weiter bestehen. Sie lassen allmählich an Intensität nach und hören, am letzten die Gefühlstäuschungen, elf Wochen nach Beginn der Psychose ganz auf. Der Mann ist seitdem, abgesehen von leichten neurasthenischen Symptomen, geistig gesund. Er hat also eine akute halluzinatorische Paranoia von elfwöchiger Dauer durchgemacht.

War diese akute halluzinatorische Paranoia die Folge einer Atropinvergiftung? Es wird wohl kaum jemand daran zu zweifeln wagen. Der Kranke bot vor und im Beginn der psychischen Erkrankung die körperlichen Zeichen der Atropinvergiftung dar, das Krankheitsbild selbst glich dem Wahnsinn, wie er nach Alkohol- und Kokainmißbrauch auftritt, fast wie ein Haar dem andern. Differentialdiagnostisch kommt kaum etwas in Betracht. Eine erschöpfende Krankheit oder ein Trauma ist nicht vorhergegangen, für Paralyse, Epilepsie bestehen keine Anhaltspunkte. Das einzige, woran man allenfalls denken könnte, wäre die Dementia praecox. Dagegen spricht das Alter des Patienten, der plötzliche Beginn des Leidens ohne Vorboten, das Fehlen jeder Absonderlichkeit im Benehmen, impulsiver Handlungen und jeglicher katatonischer Symptome. Es bleibt, auch ohne daß man die körperlichen Symptome in Betracht zieht, nur die Diagnose: Intoxikationspsychose; als Ursache der Intoxikation kommt aber nur das Atropin in Betracht. Also Atropinwahnsinn, analog dem Alkohol- und Kokainwahnsinn. Aber Atropin ist ja fast immer in mindestens 36 Stunden aus dem Körper ausgeschieden; wie kann es eine solche langdauernde Psychose verursachen? Nun, Alkohol wird auch rasch aus dem Körper eliminiert, und dann sind, abgesehen von den oben angeführten vier- und zehntägigen Delirien nach Instillationen auch schon nach akuter Atropinvergiftung länger dauernde Psychosen beobachtet worden; die längste wohl von Wallé¹⁾, wo ein Morphinist sich aus Versehen 4 cg Atropin einspritzte, danach ein viertägiges Delirium bekam und dann noch vier Wochen lang Gesichtshalluzinationen und Bewegungsstörungen hatte.

Wirkt Atropin kumulierend schädigend auf das Nervensystem? Man muß es nach unserem Fall wie nach den oben angeführten von Delirium nach Instillationen in den Konjunktivalsack fast annehmen. Jedenfalls braucht es nicht eine einmalige große Dose Atropin zu sein, um eine Geistesstörung auszulösen; es genügen zahlreiche kleinere, auch wenn sie die Maximaldosis nicht überschreiten. Eins scheint aber erforderlich zu sein: ein für Gifte empfindliches oder geschwächtes Nervensystem, wie es auch bei unserem Kranken der Fall war. Danach wird stets bei Einleitung einer Atropinkur zu fahnden sein.

Und noch eins lehrt unser Fall von neuem, was schon öfter betont worden ist: ein Kranker, dem eine Atropinkur verordnet wird, ist unter strenger Beobachtung zu halten. Es gehört allerdings die Indolenz und der Autoritätsglaube unserer hiesigen polnischen Bevölkerung dazu, um eine solche Psychose entstehen zu lassen wie in unserem Falle.

¹⁾ Aertzliche Sachverständigenzeitung 1896.