

XLIV.

Zur Aetiologie des Hirnabscesses.

Von

Dr. Rudolf Gnauck,

Assistenten an der psychiatrischen Klinik der Charité.

v. W., Offizier höheren Ranges, 50 Jahr alt, stammt angeblich aus einer durchaus nicht belasteten Familie. In der Jugend lebte er nicht besonders ausschweifend, war niemals syphilitisch inficirt und will nur einmal an Gonorrhoe gelitten haben. Vor ungefähr 20 Jahren stürzte er beim Rennen, was aber weder Bewusstlosigkeit, noch sonstige ernste Beschwerden nach sich zog. Ueberhaupt war der Kranke bis Anfang des Jahres 1878 vollkommen gesund. Aus erster Ehe stammten drei Kinder, welche wohl schwächlich und nicht besonders begabt, aber sonst gesund waren; nur eine Tochter litt an rechtseitiger Otorrhoe. Der Vater galt für einen sehr begabten Offizier, so dass noch grosse Hoffnungen auf ihn gesetzt wurden, von Temperament war er ziemlich heftig.

Im Februar 1878 erkrankte Patient an einem heftigen Gichtanfalle, der nach einigen Monaten und namentlich unter dem Gebrauche von Carlsbad und Teplitz wieder schwand. Darauf heirathete er im Juli zum zweiten Male und ging Ende August mit in das Herbstmanöver, Strapazen, die ihn scheinbar nicht im Geringsten anstrengten. Ueberhaupt war an ihm bis zum Ende des Jahres 1878 wenig Krankhaftes, besonders keine Nachlässigkeit im Dienste wahrzunehmen. Nur bemerkte die Frau, welche den Patienten schon vor der Verheirathung gekannt hatte, dass er im Gegensatze zu früher sich sanft und mild zeigte, dass er in Gesellschaft stiller war und sich wenig unterhielt. Ferner überliess er der Frau die Verwaltung ihres Vermögens und die Besteitung der Haushaltskosten ganz allein, ohne sich nur nach diesen Dingen zu erkundigen.

Am 1. Januar 1879 kam der sonst im Dienst sehr peinliche Offizier zu spät zur Parade; einige Tage später vergass er bei einem Hoffeste seine Frau aus dem Festsaale abzuholen und musste erst daran erinnert werden. Am

6. Januar kam Patient zum Diner bei einem höheren Offiziere zu spät, entschuldigte sich nicht und fiel durch sein lautes und zerstreutes Wesen auf. Am 12. Januar erkrankte er mit heftigem Schnupfen und Husten, welche mit Fieber und starken Kopfschmerzen verbunden waren. Während der Catarrh nun sich bald verlor, blieben die Kopfbeschwerden, mit leichter Benommenheit verbunden, bestehen. Patient machte von da ab wiederholte gesellschaftliche Verstösse und schien in der Unterhaltung hier und da etwas verwirrt, flocht auch häufig obsöne Reden ein. Schon damals begann der Harn spontan abzuträufeln, wogegen der Stuhlgang retardirt war.

Diese Erscheinungen verschlimmerten sich im Laufe des Februars rapide. Patient wurde immer verwirrter und vergesslicher; während er seit Mitte Januar das Zimmer nicht verlassen hatte, glaubte er wiederholt auf dem Regimentsbüro gewesen zu sein und Befehle gegeben zu haben. Ferner verwechselte er seine Bekannten mit einander; seine zweite Frau hielt er für die erste und erkundigte sich bei der vermeintlichen ersten Frau nach der jetzigen. Dazu gesellte sich eine ausserordentliche Langsamkeit in allen Bewegungen und eine leichte Unsicherheit beim Gehen; Sprachstörungen fehlten damals. Patient erschien unersättlich und gefrässig; sexuell war er sehr erregt, jedoch ohne Erectionen zu haben. Bettlägerig war er im Februar nicht mehr, hatte aber auch das Zimmer nicht verlassen. Am 28. Februar wurde Patient in die Heilanstalt für Nervenkranken zu Blankenburg a./H. aufgenommen. Er machte den Eindruck eines Schwerkranken und schien von der Reise sehr angegriffen zu sein. Ueber seinen Zustand konnte er selbst wenig Auskunft ertheilen und gab nur an, dass er sich sehr schwach fühle und an Kopfschmerzen leide; im Uebrigen habe er keine Klagen und sei ganz gesund.

Die Untersuchung ergab:

Temperatur nicht erhöht; Puls 80, etwas unregelmässig, Respiration 16 in der Minute. Körper gross, noch ziemlich gut genährt; Muskulatur leidlich kräftig; Haltung ziemlich straff. Haarwuchs spärlich; behaarter Kopf ohne Abnormitäten, ohne Narben. Temporalarterien nicht stark geschlängelt. Pupillen beiderseits gleich und mittelweit, auf Licht gut reagirend. Augen werden beiderseits gut geschlossen. Der linke Mundwinkel hängt etwas herab. Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert. Rachentheile normal. Schlingen nicht erschwert. Patient spricht sehr langsam und zeigt ein allerdings nicht sehr merkbares Silbenstolpern. Brust- und Unterleibsorgane ohne Abnormitäten. An den oberen Extremitäten ist die rohe Kraft kaum vermindert. Patient kann alle Bewegungen mit den Händen ausführen, allein er thut es sehr langsam und zittert dabei heftig. Das Aufstehen ist erschwert und Patient stützt sich dabei mit den Händen. Beim Gehen schleppet er das linke Bein ganz unbedeutend nach. Beim Umdrehen setzt Patient gleichsam erst an und macht dann eine schnelle Wendung auf dem Absatze. Auf einem Bein kann er nicht stehen und schwankt mit geschlossenen Augen ziemlich stark. Die Kniephänomene sind vorhanden, Sensibilitätsstörungen fehlen anscheinend. Der Harn träufelt dem Patienten fortwährend spontan ab, er enthält kein Eiweiss und reagirt schwach sauer. Die Untersuchung der Sinnes-

organe ergiebt nichts Abnormes, besonders auch nicht diejenige des Augengrundes. Patient macht den Eindruck eines sehr apathischen und leicht benommenen Menschen. Er antwortet auf Befragen sehr spät und dann sehr langsam; dabei ist er vergesslich und verwirrt und verwechselt fortwährend Personen und Thatsachen, ohne sich deren bewusst zu werden.

30. Februar. Während Patient gestern noch ohne Unterstützung einen Spaziergang im Garten machte, fühlt er sich heute sehr matt und geht nur aus einem Zimmer in das andere. Er spricht sehr wenig, isst aber ungemein viel und greift nach Speisen, so lange diese auf dem Tische stehen; werden dieselben fortgesetzt, so fragt er nicht mehr danach. Stuhlgang ist auf Decoc. Rhamn. frangulae erfolgt.

2. März. Patient klagt über stärkere Kopfschmerzen, die über den ganzen Kopf verbreitet seien.

3. März. Patient erbricht heute Morgen einige Male ohne besondere Veranlassung und ist danach sehr matt. Kein Fieber, Stuhlgang per clysmata.

4. März. Schlaf unruhig; Patient erbricht von Neuem und klagt über heftige Kopfschmerzen, der linke Mundwinkel hängt stärker herab. Die Zunge weicht beim Herausstrecken nach links ab. Das Schlingen ist etwas erschwert. Die Extremitäten der linken Seite sind weniger gut beweglich. Appetit fehlt.

17. März. Patient ist sehr matt und sieht bisweilen ganz verfallen aus. Sprache nicht auffallender behindert. Er spricht sehr leise, aber mehr als die vorhergehenden Tage und ist vollständig verwirrt und unorientirt, nur die Aerzte und seine Schwester kennt er, nicht die geringste Erregung ist vorhanden.

10. März. Schlaf unruhig. Temperatur in den letzten Tagen Abends bis 38,0. Schlingen noch immer erschwert. Bei einem Gehversuche konnte Patient nicht stehen bleiben, sondern ging, nur mit den Hacken auftretend, fortwährend rückwärts bis zur Wand; allein vorwärts gehen konnte er gar nicht, man musste ihn vorwärts schieben, wobei er dieselbe Gangart annahm. Schob man ihn nicht mehr nach vorn, so ging er wieder rückwärts.

13. März. Temperatur 38,4, Puls 100. Befinden schlechter. Patient ist benommen und verschluckt sich bisweilen. Die linke Seite scheint stärker paretisch zu sein; Patient bewegt das Bein fast gar nicht und den Arm nur sehr unvollkommen; keine Spasmen.

15. März. Temperatur 38,6, Puls 120, Respiration 36, stertorös. Vollkommener Sopor. Der Kopf ist krampfhaft nach links und oben gebogen. Eisblase.

16. März. Temperatur 38,4, Puls 120. Patient kommt für Augenblicke zu sich, so dass ihm etwas eingeflösst werden kann. Schlingen sehr erschwert.

17. März. Temperatur 38,0, Puls 120. Patient antwortet wieder auf Befragen, aber mit sehr behinderter Sprache. Er hat gar keine Bedürfnisse, auch keinen Durst. Zunge dick, schwarzbraun belegt. Die linke Seite ist vollstän-

dig gelähmt, auch die rechte Seite ist paretisch. Der Kopf kann nicht nach links, sondern nur nach rechts gedreht werden. Stuhlgang unter sich entleert.

19. März. Temperatur 38,6, Puls 100. Befinden besser; heftige Kopfschmerzen; Patient kann heute das linke obere Augenlid unvollständig heben.

22. Februar. Kein Fieber; Puls sehr unregelmässig; Schlaf unruhig. Patient spricht wieder mehr, ist aber niemals erregt. Schlingbeschwerden geringer. Lähmungserscheinungen auf der rechten Seite verschwunden, auf der linken Seite viel geringer. Das linke obere Augenlid wird wieder gut gehoben, jedoch kann heute links die Stirn nicht gerunzelt werden. Starke Abmagerung und schneller Verfall. Harn reagirt alkalisch und enthält phosphorsaure Ammoniakmagnesia. Ausspülungen der Blase mit 2 prozentiger Karbolsäurelösung.

24. März. Patient richtet sich selbst wieder auf und verlangt zu trinken. Sprache kräftiger. Geringer Decubitus.

27. März. Schlaf schlecht; Patient ist ungeduldiger und zankt ohne Grund mit seiner Umgebung. Appetit leidlich.

30. März. Befinden wieder schlechter; leichte Benommenheit. Sprache leise. Schlingen erschwert.

1. April. Starker Sopor; bisweileu unterbrochen durch Angstzustände mit kramphaftem Emporheben des Oberkörpers.

2. April. Zustände im Gleichen.

3. April. Tod gegen Morgen erfolgt.

Die Diagnose bereitete im vorliegenden Falle einige Schwierigkeiten und konnte zwischen progressiver Paralyse der Irren und einer localisirten Hirnerkrankung schwanken. Für progressive Paralyse sprachen der Beginn der Krankheit mit einem halbjährigen Prodromalstadium, in welchem die schon beginnende geistige Schwäche mehr latent blieb. Ferner der eigentliche Ausbruch mit Zerstreutheit, Vergesslichkeit, Gedächtnisschwäche und Aenderung des Charakters; dazu die wenn auch nur leichten Sprachstörungen und die apoplectiformen Anfälle; allein andere Erscheinungen wichen von dem gewöhnlichen Bilde der genannten Krankheit ab. Giebt es auch Fälle, welche in kaum Jahresfrist zu Grunde gehen, so ist es doch eigenthümlich, wenn bei neunmonatlicher Krankheitsdauer sechs Monate auf das Prodromalstadium und nur drei Monate auf das floride Stadium fallen. Das Ganze macht mehr den Eindruck eines subacuten Proesses, nicht eines chronischen, wie ihn die Dementia paralytica gewöhnlich darbietet. Bei dem schnellen Verlaufe war für Remissionen allerdings keine Zeit gegeben und manche Erscheinungen wie Schling- und Blasenbeschwerden, welche gewöhnlich erst nach längerer Zeit sich zeigen, sind hier auf viel engeren Rahmen zusammen gedrängt. Man kennt zwar sogenannte galoppirende Paralysen, allein so vollständig stimmungslos sowohl nach der Depression als nach der exaltativen Seite pflegen diese auch nicht zu verlaufen. Ueberhaupt erschienen im vorliegenden Falle der von vornherein auftretende nicht blos apathische, sondern auch leicht benommene Zustand, der sich in den apoplectischen Anfällen nur sehr steigerte,

eigenthümlich. Auch der bis in die letzten Wochen anhaltende intensive Kopfschmerz und der vom paralytischen ganz verschiedene Gang des Kranken war bemerkenswerth. Endlich ist noch zu erwähnen, dass vorwiegend die linke Seite an der Lähmung betheiligt war, und zwar nicht blos die Extremitäten, sondern auch der Hals, der Mundwinkel, das obere Augenlid und die Stirn. Nach diesen Symptomon konnte eine localisirte Rindenerkrankung, die man dann in der rechten Hemisphäre hätte suchen müssen, nicht absolut von der Hand gewiesen werden.

Die Autopsie ergab:

Schädeldach und Dura mater ohne besondere Abnormitäten. Pia mater der Convexität beiderseits bis auf das kleine Hirn herab getrübt und besonders längs der Stirn- und Centralwindungen eitrig infiltrirt. Auf dem vorderen Ende des rechten Stirnlappens zeigt dieselbe eine schwarzbraune Farbe; an vielen Stellen beider Hemisphären ist sie adhären und an der verfarbten Stelle kaum abzulösen. Die Oberfläche des Gehirns sieht grauröthlich und wie geschwollt aus. Der rechte Stirnlappen ist bis zu einer Linie, welche ungefähr 2 Ctm. vor dem Ramus anterior der Fossa Sylvii und parallel mit demselben bis zur medialen Fläche nach aufwärts steigt, braunröthlich verfarbt. Diese Stelle ist stark geschwollt, fühlt sich sehr weich an und hat ganz abgeplattete Windungen; Querschnitte zeigen die Hirnsubstanz daselbst roth erweicht. Ungefähr in der Mitte dieser Stelle $\frac{1}{2}$ Ctm. unter der Oberfläche findet sich eine wallnussgrosse Höhle mit zottigen durch zerfallenes Gewebe gebildeten Wänden und mit dickflüssigem gelbem Eiter als Inhalt. Die Umgebung der erweichten Stelle ist stark ödematos. Kein Ventrikeldurchbruch, kein Tumor; am übrigen Gehirn überhaupt keine Abnormitäten. Im rechten unteren Lungenlappen eine geringe Infiltration; sonst, besonders auch am Herzen, nichts Abnormes.

Von obigem Befunde müssten die Verdickung der Pia mater und deren Adhärenzen an die Rinde auf einem chronischen Processe beruhen, während der Eiterherd im rechten Stirnlappen und die ihn umgebende rothe Erweichung der Rindsubstanz acuterer Natur sind. Das Ende des Processe bildet jedenfalls die eiterige Infiltration der Pia mater, welche sich dicht an den Heerd anschloss. Auf jene chronische Erkrankung der Pia mater sind demnach ohne Zweifel die oben geschilderten Prodromalerscheinungen zu beziehen, während die Entstehung des Herdes, der noch durchaus keine Abkapselung gegen seine Umgebung zeigte, mit der acuten fieberhaften Exacerbation der Krankheit in den letzten drei Monaten zusammenfallen dürfte. Somit zeigt dieser Fall, dass an die chronische Erkrankung der Pia mater, welche gewöhnlich der progressiven Paralyse zu Grunde liegt, sich bisweilen ohne nachweisbare äussere Ursache eine acute localisirte eiterige Entzündung der Hirnrinde anschliessen kann, welche das im Anfange ziemlich deutliche Bild der Dementia paralytica wesentlich verändert.

Herrn Dr. Müller sage ich für Ueberlassung des Falles besten Dank.