

Vergiftungen und symptomatische Psychosen.

Von

Dr. Fritz Kant.

Unter obiger Diagnose wurden in der Zeit vom 1. IV.—31. XII. 1924: 14 (11 Männer und 3 Frauen) und im Jahre 1925: 25 Patienten (18 Männer und 7 Frauen) behandelt. Es finden sich gerade unter diesen Erkrankungen zahlreiche ätiologisch nicht geklärte Fälle, und zwar ergeben sich Zweifel in verschiedener Hinsicht:

1. Handelt es sich überhaupt um die angenommene exogene Reaktion oder um eine endogene Psychose oder genetisch andersartige exogene Reaktionsform, ohne daß das greifbare exogene Moment überhaupt eine Beziehung dazu hat?

2. Besteht die Beziehung nur darin, daß es auslösender Faktor ist ohne pathogenetisch oder pathoplastisch wirksam zu sein?

3. Spielt es nur pathoplastisch eine Rolle im Verlauf einer endogenen Psychose oder anderartigen exogenen Reaktionsform?

4. Wirkt es auslösend und tritt zugleich pathoplastisch in Erscheinung?

5. Und schließlich, welcher von mehreren exogenen Noxen kommt pathogenetische, welcher pathoplastische Bedeutung zu?

Es häufen sich die Fragestellungen nach der Ätiologie weiter, wenn man bedenkt, daß zugleich mehrere Faktoren pathogenetisch und mehrere pathoplastisch wirken können, oder wenn man noch dazu die Konstitution als gestaltendes Moment oder im Sinne einer Reaktionsbereitschaft einbezieht.

Bei einzelnen Fällen werden wir auf die Ätiologie näher eingehen müssen.

Es folgt eine Übersicht über die als exogene Ursachen angenommenen Noxen.

Veronalvergiftung	3	Gelenkrheumatismus	2
Luminalvergiftung	1	Pneumonie	3
Schellackvergiftung	1	Influenza	1
Pilzvergiftung	1	Bronchiektasen	1
Kohlenoxydvergiftungen	4	Tuberkulose	2

Sepsis	4	Urämie	1
Cholangitis purulenta	1	Nephrosklerose	1
Brechdurchfall (Enteritis)	1	Gangrän	2
Ca.	1	Herzinsuffizienz	3
Schwangerschaft	1	Postoperative Störungen	3
<hr/>			
39			

Von den 3 Veronalvergiftungen hatten 2 Patienten es in suizidaler Absicht genommen, der andere wegen Schlafstörung. Bei ersteren trat der Tod in einem Fall nach 19 Stunden (die Dosis soll nur 4,5 g betragen haben), in dem anderen nach 30 Stunden (Dosis unbekannt) ein, nachdem dauernd Bewußtlosigkeit bestanden hatte, der dritte Pat. erwachte nach 60 Stunden allmählich aus dieser (außer täglichem Mißbrauch letzte Einzeldosis von 4 g) und wurde später gesund entlassen.

An neurologischen Symptomen fanden sich in allen Fällen aufgehobene oder stark herabgesetzte Sehnen- und Hautreflexe, die Pupillen waren in den Fällen, die ad exitum kamen, eng und lichtstarr, in dem anderen ohne Befund; die Atmung war übereinstimmend oberflächlich, die Herztätigkeit schwach.

Die 3 Luminalvergiftungen waren Selbstmordversuche. Der eine Fall kam aus dem Zustande von Bewußtlosigkeit nicht mehr heraus und starb nach 42 Stunden. Es trat eine Bronchopneumonie hinzu. Die Pupillen waren eng, und die Reaktion auf Licht war erloschen. Sonst waren keine neurologischen Symptome nachweisbar. In den beiden übrigen Fällen bestand nur Benommenheit und taumelnder Gang.

Eine Gehirnsektion der an Veronal- und Luminalvergiftung Gestorbenen konnte nicht vorgenommen werden, da die Leichen gerichtlich beschlagnahmt wurden.

Die akute Schellackvergiftung war durch andere Alkoholwirkung kompliziert. Man hatte dem Pat., der versehentlich mehrere Schluck aus einer Schellackflasche genommen hatte, als Gegenmittel reichlich Schnaps zu trinken gegeben. Der Zustand, in dem er in die Klinik eingeliefert wurde, unterschied sich nicht von einem gewöhnlichen Alkoholausbruch.

Die Pilzvergiftung konnte nur mit großer Wahrscheinlichkeit als solche diagnostiziert werden. Ein 65 jähriger Arbeiter hatte mittags selbstgesuchte Pilze gegessen und erkrankte 3 Stunden später mit Übelkeit und Schwindelgefühl. Bei der Aufnahme in die Klinik war er motorisch leicht erregt, sprach dabei fortwährend unartikulierte Laute vor sich hin, danach war er schläfrig und nicht klar orientiert. Am folgenden Tage wieder orientiert, doch machte er einen krampfhaft lebhaften Eindruck, es bestand eine leichte Merkschwäche, und für den Vortag vollständige Amnesie. Am 4. Tage hatten sich alle diese Störungen zurückgebildet und Pat. erschien unauffällig. Von

körperlichen Symptomen war bei der Aufnahme eine träge Lichtreaktion beider Pupillen festgestellt worden. Die Hautreflexe waren nicht auszulösen, die Muskeleerregbarkeit erhöht, und es bestanden zeitweise Zuckungen in den Extremitäten und dem Facialisgebiet. Die Körpertemperatur betrug 37,5°; die Magenausheberung ergab eine große Menge nicht verdauter Pilze.

Bei den 4 Kohlenoxydvergiftungen handelt es sich um eine akute und 3 chronische Einwirkungen durch die klinisch sehr verschiedene Erscheinungen hervorgerufen wurden. 2 der chronischen Fälle konnten diagnostisch nicht genügend geklärt werden.

Die akute Vergiftung war durch die Öffnung eines Gashahnes in suizidaler Absicht entstanden. Die Frau war 48 Stunden in einem Zustande von Bewußtlosigkeit, der allmählich in eine tiefe Somnolenz überging, aus der sie nur für Augenblicke erwachte. Nach einer Woche wurde die Pat. bewußtseinsklarer, längere Zeit blieb eine Merkschwäche bestehen; von neurologischen Symptomen herrschten neben Pyramidenerscheinungen striäre Symptome vor.

Eine chronische Gasvergiftung bekam nach einer katatonen Hyperkinese und Akinese einen monatelang anhaltenden Zustand rigorfreier Starre.

Die beiden diagnostisch weniger geklärten Fälle gaben anamnestisch an, daß sie bei der Arbeit der Einwirkung von Kohlengasen ausgesetzt waren, und seit längerer Zeit über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Übelkeit und rauschartige Zustände zu klagen hatten. Der eine Pat. bekam im Anschluß an einen derartigen Rausch einen Erregungszustand, nachdem sich bei ihm schon mehrere Monate lang eine paranoide Einstellung seiner Ehefrau gegenüber bemerkbar gemacht hatte. Diese Erscheinungen waren bei der Aufnahme in die Klinik schon wieder abgeklungen, und Pat. wurde mit voller Krankheitseinsicht entlassen. Neurologische Symptome waren nicht vorhanden.

Der andere Pat. bot in der Klinik das Bild eines maniakalischen rauschartigen Zustandes, welcher ungefähr 3 Wochen anhielt und einer flachen Heiterkeit wich, die noch bei der Entlassung nach weiteren 14 Tagen bestand. Die neurologische Untersuchung ergab Nystagmus, sehr lebhaftes Patellarsehnenreflexe, rechts stärker als links, und einen breitbeinigen spastischen Gang, welcher besonders bei Wendungen eine deutliche Unsicherheit erkennen ließ.

Die übrigen symptomatischen Psychosen behandeln wir in den statistischen Übersichten zusammen ohne Rücksicht darauf, ob sie mit Fieber einhergehen, oder nicht, der Annahme *Bonhöffers* folgend, daß die Temperaturerhöhung lediglich ein Symptom bestimmter toxischer Wirkungen ist, und daß die toxische Schädigung der wesentliche Faktor bei dem Zustandekommen der Psychose ist. Auch unter unserem

Material finden sich Fälle, die diese Ansicht als richtig erweisen. Es sind exogene Reaktionen auf toxischer Grundlage, die unter dem gleichen Bilde wie Fieberpsychosen verlaufen, ohne daß überhaupt eine Temperaturerhöhung oder nur eine sehr unbedeutende bestand.

Tabelle 1 zeigt das Erkrankungsalter bei unseren symptomatischen Psychosen, und zwar bei Männern und Frauen gesondert.

	10—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60 u. darüber
Männer . . .		3	7	1	5	3
Frauen . . .		1	1	6		
Zusammen .		4	8	7	5	3

Sechs von den 8 Frauen erkrankten demnach im Rückbildungsalter.

In Tabelle 2 haben wir die symptomatischen Psychosen nach den exogenen Reaktionsformen *Bonhöffers* eingeordnet und außerdem die exogenen Momente und die Geschlechter getrennt aufgeführt. Der Versuch, unser Material in dieser Weise zu rubrizieren, muß naturgemäß unvollkommen sein. Es finden sich fließende Übergänge zwischen einzelnen Formen; bei manchen Kranken stehen Züge, die für verschiedene Reaktionen charakteristisch sind, nebeneinander, bei anderen entspricht die erste Phase der Erkrankung mehr dieser, die nächste mehr jener exogenen Reaktionsform. Fälle, die wir ohne Zwang nirgends unterbringen konnten, haben wir in der letzten Rubrik als atypische Zustandsbilder bezeichnet.

	Delirien	Epileptiforme Erregungen	Dämmerzustände	Halluzinosen	Stuporen	Amentia		Atypische Zustandsbilder
						halluzinatorische	katatonische	
Gelenkrheumatismus						♀ 1		♂ 1
Pneumonie	♂ 2					♂ 1		
Influenza	♂ 1							
Tuberkulose				♂ 1			♀ 1	
Sepsis	♂ 1					♀ 2	♂ 1	
Bronchiektasen . . .							♀ 1	
Cholangitis purulenta								♂ 1
Brechedurchfall (Enter.)		♂ 1						
Ca.	♂ 1							
chwangerschaft . . .					♀ 1			
Urämie	♀ 1							
Nephrosklerose . . .								♂ 1
Gangrän	♂ 1					♂ 1		
Herzinsuffizienz . . .	♂ 3							
Postoperative Störg.	♀ 1							♂ 2
Zusammen	11	1		1	1	5	3	5

Von diesen 27 Fällen waren 6 bereits früher an einer symptomatischen Psychose erkrankt, und zwar sind es vorwiegend Patienten, deren Psy-

chosen unter dem Bilde einer Amentia verliefen. Hier finden sich unter 8 Fällen 5, die früher eine symptomatische Störung durchgemacht haben.

Angaben über erbliche Belastung waren in 7 Fällen vorhanden. Von solcher sprechen wir hier nur, wenn Psychosen in der näheren Blutsverwandtschaft des Pat. aufgezeichnet wurden. Psychopathische Persönlichkeiten haben wir nicht berücksichtigt. Auch hier sind es wieder die Amentiabilder, welche mit 4 Angaben unter 8 Fällen hervorragen.

Es starben von den 27 symptomatischen Psychosen in der Klinik 10. Die Gehirnsektion wurde bei 8 der Verstorbenen gemacht. In einem Fall wurde kein pathologischer Befund erhoben. In einem anderen uncharakteristische chronische Veränderungen, die zur exogenen Noxe keine Beziehungen hatten. In 6 Fällen dagegen fanden sich anatomische Veränderungen geringeren oder stärkeren Grades, die wohl in ursächlichem Zusammenhang mit der exogenen Schädigung standen. Über Einzelheiten verweisen wir auf den anatomischen Teil des Jahresberichtes.

Die Mortalitätsziffer erhöht sich noch wesentlich auf Grund unserer katamnesticchen Erhebungen. Über 14 von den 17 aus der Klinik entlassenen Patienten konnten wir katamnesticche Angaben erhalten. Von diesen waren kurz nach der Entlassung oder im darauffolgenden Jahr 7 gestorben, und zwar an dem der symptomatischen Psychose zugrunde liegenden Leiden. Demnach leben von den seit dem 1. IV. 1924 in die Klinik aufgenommenen 27 Patienten mit symptomatischer Psychose im Höchstfalle 10 (von 3 Pat. bekamen wir keine Nachricht). Von diesen 10 Patienten liegen 2 ebenfalls an demselben Grundleiden darnieder, und es ist mit ihrem baldigen Ableben nach dem Bericht der Angehörigen zu rechnen. Nur über 5 Pat. bekamen wir die Angabe, daß sie wieder gesund sind, und zwar waren dies:

1 atypischer symptomatischer Zustand nach Gelenkrheumatismus (wieder berufsfähig, aber sehr „nervös“).

1 Amentia hallucinatoria nach Gelenkrheumatismus (körperlich und psychisch gut erholt, ist wieder tätig).

1 Amentia hallucinatoria bei Pneumonie (hat unter Beschwerden von seiten der Lunge zu leiden, Asthma, Catarrhe, ist wieder berufsfähig, psychisch gegen früher nicht verändert).

1 Amentia hallucinatoria bei Gangrän (hat noch Beschwerden von der Operationswunde, soll psychisch ganz intakt sein).

1 deliranter Zustand nach Ileusoperation (soll im August 1926 nach körperlicher Erkrankung, Darmbeschwerden? „leichte geistige Störungen“ gehabt haben).

Wir gehen nun auf die Ätiologie einzelner Fälle ein. Unter den 9 Delirien findet sich ein Fall, welcher wohl als symptomatische Phase infolge einer Pneumonie im Verlauf einer anderen Psychose aufgefaßt werden muß. Es handelt sich um einen 36 jährigen ledigen Genossen-

schaftsdirektor, welcher in einem Erregungszustande in die Klinik eingeliefert wurde. Wir wissen, daß der Vater des Pat. in einer Anstalt in der Rheinpfalz war, aber sonst nichts Näheres über dessen Erkrankung.

Patient selbst wurde prämorbid als unermüdlich tätiger, sehr ehrgeiziger, dabei gutherziger und besonnener Mann geschildert. Der Erregungszustand setzte akut ein und bot in der Klinik katatoniforme Züge; Pat. war dabei ängstlich gespannt und es bestand eine ideenflüchtige inkohärente Denkstörung. In dem Erregungszustand brach er den linken Oberarm und bekam infolge Fettembolie eine Unterlappenn pneumonie. Von diesem Zeitpunkt an wurde das Zustandsbild delirant; nach 3 Tagen trat der Exitus ein. Eine Diagnose der ursprünglichen Psychose hatte nicht mit Sicherheit gestellt werden können. Die Körpersektion ergab das Vorliegen einer Fettembolie in der Lunge, die Gehirnsektion war o. B.

Ein anderes infektiöses Delir bei Pneumonie bot das typische Bild eines Berufsdelir; anamnestisch konnte Alkoholmißbrauch (Bier und Schnaps) festgestellt werden, jedoch ist es nicht sicher, ob dieser Mißbrauch sehr hochgradig war. Jedenfalls ist zu erwägen, ob in diesem Falle der Alkoholismus nicht eine mitwirkende Rolle spielt.

Eine Kombination exogener und endogener Faktoren haben wir wahrscheinlich bei einem deliranten Zustandsbild vor uns, das bei einer 58 jährigen Frau im Anschluß an eine Ileusoperation auftrat. Von Jugend an zu hypochondrischen Befürchtungen neigend, erkrankte sie mit 53 Jahren an einer katatongefärbten Melancholie. Nach 4 Monaten konnte die Pat. aus Haar gesund entlassen werden und blieb es bis nach 13 Monaten eine ähnliche melancholische Phase einsetzte. Sie gesundete auch diesmal und wurde erst 3 Jahre später nach der Ileusoperation wieder psychotisch. Diese symptomatische Phase dauerte 5 Monate bis Heilung eintrat. Zunächst war die Pat. bewußtseinsgetrübt, delirant unruhig, sehr ängstlich, äußerte, sie werde gepeitscht, dabei bestand Rededrang und Neigung zu ideenflüchtigen Verbindungen. Allmählich nahm der Zustand bei Aufhellung des Bewußtseins mehr eine depressive Färbung an. Die früheren Erkrankungen der Pat. sowie der Verlauf und die Gestaltung des jetzigen symptomatischen Zustandes legen die Vermutung nahe, daß an seinem Zustandekommen endogene Momente pathogenetisch und pathoplastisch beteiligt sind.

In 3 Fällen mußte auf Grund des klinischen Bildes die Frage offengelassen werden, ob es sich um eine symptomatische Psychose im engeren Sinne oder um einen exogen ausgelösten schizophrenen Prozeß handelte. Es sind dies die Halluzinose bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose, der Stuporzustand bei Schwangerschaft und eine katatone Amentiaform bei Tuberkulose. Der weitere Verlauf konnte

zu einer Klärung auch nicht herangezogen werden, da alle 3 Patienten starben.

In dem letztgenannten Fall handelt es sich um ein 40jähriges Mädchen. Körperlich ist sie asthenisch, in der Jugend wird sie als heiteres Temperament, witzig, gesellig, „ein liebes Geschöpf“, sehr fleißig und geschickt im Haushalt, sonst in keiner Weise auffällig, geschildert. Von einer erblichen Belastung ist nichts bekannt. Mit 20 Jahren erkrankte sie zunächst unter den Erscheinungen von Leibschmerzen, es trat Ascites auf und die Laparotomie ergab das Bild einer subakuten Tuberkulose des Bauchfelles, die auch im pathologischen Institut histologisch diagnostiziert wurde. Im Anschluß an die Operation wurde die Pat. psychotisch. Sie war motorisch erregt, aber der Bewegungsdrang beschränkte sich im wesentlichen auf eine delirante Unruhe, bot keine katatonen Züge, auch nicht kompliziertere Ausdrucksbewegungen oder Zweckhandlungen. Die Stimmungslage war wechselnd erregt-euphorisch und depressiv gefärbt. Sie halluzinierte szenenhafte delirante Erlebnisse. Es bestand eine ideenflüchtige und auch inkohärent-zerfahrene Denkstörung. Das Bewußtsein erschien wechselnd stark getrübt. Bei der Aufnahme wurden subfebrile Temperaturen gemessen, die vorübergehend ganz verschwanden, worauf dann höheres Fieber bis $38,7^{\circ}$ folgte. Die motorische Erregung ging mit dem Temperaturanstieg ziemlich parallel.

Nach $5\frac{1}{2}$ Monaten setzte bei Besserung des körperlichen Zustandes vollständige psychische Gesundheit ein. In ihrer Persönlichkeit war die Pat., wie wir mehreren ausführlichen katamnästischen Berichten des Vaters, der Arzt ist, entnehmen, in keiner Weise verändert; sie blieb wie sie es zuvor war, in ihrem Wesen aufgeschlossen und weltzußewandt.

Im Jahre 1917 wurde sie wegen eines Ovarial-Cystoms operiert, ohne daß sich psychische Störungen bemerkbar machten. Erst 19 Jahre nach der ersten Psychose erkrankte sie wiederum an einer solchen und zwar diesmal im Anschluß an eine Grippe, welche eine tuberkulöse Lungenerkrankung aktiviert zu haben schien.

Es bestand diesmal nur eine leichte traumhafte Bewußtseinstrübung, aus der sie zeitweise erwachte, im wesentlichen war sie orientiert, was allerdings bei ihrem ablehnenden negativistischen Wesen schwer zu prüfen war, da sie meist ausweichende Antworten gab. Sie halluzinierte visuell und akustisch, sah „scheußliche Fratzen“, hörte Glockenläuten und Getrappel „ein furchtbarer Gespensterspuk sei es zu Haus gewesen“. Alles kam ihr verändert, komisch und durcheinander vor. Sie verkannte Personen, hatte das Erlebnis des déjà vu. Die Stimmungslage verriet keine tiefere affektive Beteiligung, sondern hatte eine läppische Färbung. Eine Denkstörung war im Gegensatz zur ersten Erkrankung nicht vorhanden.

Es bestanden zunächst nur subfebrile Temperaturen und erst gegen das Ende hohes Fieber. Pat. verfiel körperlich zusehends und starb 17 Tage nach der Aufnahme. Die Sektion wurde verweigert.

Angesichts derartiger Fälle, wo wir vor der Unmöglichkeit stehen, zu entscheiden, ob es sich um eine Schizophrenie oder um eine symptomatische Psychose handelt, ist zu erwägen, ob nicht vielleicht die Fragestellung in dieser Form überhaupt falsch ist, doch ist hier nicht der Ort, darauf näher einzugehen.

Ein weiterer unklarer Fall, den wir in dem Schema unter den atypischen Zustandsbildern aufgeführt haben, betrifft einen 34jährigen Lokomotivführer, der im Anschluß an einen Gelenkrheumatismus psychisch erkrankte.

Prämorbid bot er keine abnormen Züge, er hatte ein heiteres Temperament, war sehr gesellig, besuchte häufig Wirtshaus und Tanzboden, war eifriger Kartenspieler und trank dabei viel Bier und Schnaps. Auffällig wurde er erst ein halbes Jahr vor der eigentlichen Erkrankung durch unbegründete Eifersuchtsideen seiner Ehefrau gegenüber. 8 Tage nach einem angeblich abgeheilten Gelenkrheumatismus trat dann akut ein Erregungszustand auf, welcher, wie wir der Krankengeschichte aus der Heilanstalt Deggendorf entnehmen, ängstlich-delirant gefärbt war, — Pat. glaubte erschossen zu werden, sah Mäuse springen — und nach 9 Tagen vollständig abklang. Er nahm seine Arbeit wieder auf, trank auch wieder reichlich Alkohol und erkrankte nach weiteren 3 Wochen zum zweiten Male.

Hier in der Klinik machte er einen benommenen Eindruck, er war desorientiert und motorisch unruhig, es bestand eine ideenflüchtig-inkohärente Denkstörung, die Affektlage war labil, für Halluzinationen, bestanden keine Anzeichen, jedoch gab Pat. nach 3 Tagen, als er wieder zugänglicher geworden, an, er hätte eine Stimme gehört, wie die eines Bauchredners, die hätte gesungen und er hätte mitsingen müssen. Nach 14 Tagen konnte Pat. entlassen werden, er war völlig geordnet und hatte eine gewisse Krankheitseinsicht. An körperlichen Symptomen hatte bei der Aufnahme Brechreiz bestanden; die Pupillen sollen ungleich gewesen sein, außerdem die rechte Pupille entrundet und lichtstarr. Sonst fanden sich keine pathologischen Symptome von seiten des Nervensystems, der Blut- und Liquorbefund war normal. Eine katamnestische Anfrage beantwortete die Ehefrau unter dem 7. IX. 1926 dahingehend, daß Pat. „zweimal wieder Nervenfälle gehabt habe, — die Nerven immer noch schlecht seien, er aber bisher arbeiten könne“.

Wir werden fortlaufend Katamnesen über den Patienten erheben und überlassen eine epikritische Beurteilung des Falles späterer Zeit.