Rätsel Schiller – sein Leben post mortem.

Jeder von uns hat so seine Gedanken über das Leben nach dem eigenen Tod. Je nach Art des Glaubens oder der Lebensphilosophie wird die Art der Bestattung und der Verlassenschaft geregelt, gewünscht oder gar nicht angedacht. Keiner denkt nur irgendwie daran, dass unsere Gebeine als Art Reliquie anders als üblich oder gar unerwünscht eigentümliche Wege beschreiten. Nun, wer hätte wohl schon Interesse die Gebeine eines einfachen Menschen auszustellen – wohl nur bei anatomischen Besonderheiten, wie dies beim hünenhaften Riesen vom Tegernsee oder bei O’Brien, dem irischen Riesen vorgelegen war. O’Brien sagte sogar bewusst, er möge nicht in die Hände der Anatomen fallen, die zur Todesstunde sein Haus - wie Harpuniere einen Wal - umlagerten.

Auch die Prominenz eines Menschen, insbesondere dann, wenn man nach dem morphologischen Ort seiner Begabung suchen mochte, war Anreiz seiner Leiche anheim zu werden. Im 19. Jahrhundert war gerade die Phrenologie aktuell, die auf Franz Josef Gall aus Tiefenbronn zurückgeht. Eine Lehre, die meinte, in der Schädelkonfiguration charakterliche Eigenschaften wiederzufinden. So waren es in dieser Zeit vor allem die Schädel außergewöhnlicher Menschen, die Gefahr liefen, der Wissenschaft zu liebe, der Leiche entzogen zu werden. Neben Descartes und Luigi Lucheni – dem Mörder von Kaiserin Sissy – war Schillers Schädel einer von ihnen.

Neben dem kultischen Asservieren prominenter Leichenteile, ist es auch ein sportliches Vergnügen der Wissenschaftler und Ärzte geworden, unerklärte Todesfälle oder Krankheitsbilder wohlbekannter Personen mit dem modernen Wissen zu korrelieren. Meist auch, weil von Hinz und Kunz nicht so genaue Aufzeichnungen vorliegen, wie von den populären Berühmtheiten. Der Gesang der Sirenen, Symptome und Krankheitsbilder neu zu interpretieren, ist derart verlockend, dass es kaum eine Generation von Ärzten gibt, die sich nicht an diesem wissenschaftlichen Knobbelspiel beteiligt – ein Reiz, dem auch der Autor dieser Zeilen erliegt. Es ist schlicht spannend nachzudenken, wie wir heute z.B. Schillers Krankheitsbilder erfassen würden.

Exakt in diese Kerbe schlägt Kollege Hach mit zwei rezenten Artikel zu Schillers Krankheiten. Im Detail unterzieht er das Bauch- und Atemübel des großen Dichters einer aktuellen chirurgischen Interpretation. Hach stützt sich dabei auf das vielbeachtete Werk von Wolfgang Veil, der eine internistische Bewertung vollzog. Veil erfuhr allein schon deswegen eine besondere Würdigung, weil er die Legende des schwindsüchtigen Schillers ein Ende setzte. Wie kann es denn sein, dass jemand wie Schiller Tuberkulose hatte ? Undenkbar, nicht wahr !? Nichts desto trotz, Schiller hatte eine Pneumonie – ob tuberkulös oder anders bakteriell verursacht sei zunächst hintangestellt. Grundsätzlich lässt sich eine Tuberkulose bei Schillers allgemeinen Symptomen gut nachvollziehen – viele der bisherigen Autoren schließen sich daher dieser Ansicht auch an.

Kollege Hach bleibt bei der sinnvollen Gruppierung zweier Schlüsselkrankheiten, die klar bei Schiller abzugrenzen sind. Einmal ist demnach eine Atemwegsbeeinträchtigung und als zweites ein Bauchgeschehen festzuhalten. In der thorakalen Symptomatik sieht Hach die Ausprägung einer Lobärpneumonie, die hochakut mit Schüttelfrost beginnt und anschließend von einem gleichbleibenden hohem Fieber (Kontinua) gefolgt wird. Zur klinischen Differenzialdiagnose der Lungenentzündung zählt die Abgrenzung der verschiedenen infektiösen und nicht-infektiösen Auslöser. Ätiologisch spricht vieles für eine infektiöse Natur der *Lungenaffektion* bei Schiller. Eine Reihe von Erregern sind heute bekannt und vermögen ähnliche Symptome hervorzurufen. In einer Zeit ohne Keimnachweis, Blutbefunde und bildgebender Verfahren verfällt die Unterscheidung der verschiedenen Formen der Lungenentzündung zu einem simplen Ratespiel. Gerade in der Ergründung des Auslösers einer Pneumonie kann der Obduktionsbefund entscheidend Hilfe leisten, da morphologische Strukturänderungen der Lunge und der Entzündungscharakter klare Hinweise auf die Grunderkrankung geben können. Ein tuberkulöses Infiltrat hat teilweise ein so typisches Aussehen, dass man ohne Mikroskop mit hoher Sicherheit die Diagnose stellen kann. Überdies kann gerade eine sekundäre Lungentuberkulose sich als Komplikation zu einer akuten Pneumonie anderer Genese hinzugesellen - womit die eine Erkrankung die andere oftmals nicht ausschließt. Schiller wurde obduziert, allerdings ist nur eine Diagnosenliste überliefert (siehe Tafel). Dieser Bericht stammt vom Leibmedicus Dr. Huschke an Herzog Karl August und ist in einem Brief vom 19. Mai 1805 enthalten. Huschke führte die Autopsie am 10. Mai, einen Tag nach Schillers Tod, durch und schildert in Art von erweiterten Diagnosen elf an der Leiche erhobene Befunde. Diese Form einer Niederschrift ist aber kein herkömmliches Autopsieprotokoll ! Auch zu Schillers Zeit waren ausführliche Obduktionsberichte mit exakten Beschreibungen der erhobenen Befunde üblich und – modern ausgedrückt – State-of-the-art. Sogar Schiller selbst verfasste 1778 als Medizinstudent ein 4-seitiges und großformatiges Sektionsprotokoll über die Leichenöffnung des Eleven Hillers in Stuttgart. Somit ist die Diagnosenliste von Huschke eher als kurze Schilderung aufzufassen, um tunlichst schnell, seinen Herzog zu informieren. Der Kurzbericht der Schiller-Autopsie erwähnt also elf erweiterte Diagnosen, die teilweise bereits eine Interpretation darstellen und damit nicht die wirklich sichtbaren morphologischen Veränderungen wiedergeben. Dennoch kann man diese mit gewissen Einschränkungen einer neuzeitlichen Deutung unterziehen.

Hach ordnet demnach der ersten Schlüsselerkrankung einer Lobärpneumonie zu, die zu einem eitrigen Erguss in der Thoraxhöhle (=Pleuraempyem) führte. Im Gegensatz zu zeitgenössischen Interpretationen, sieht Kollege Hach das Bauchleiden getrennt von diesem Ereignis. Während man zur Zeit Schillers die Schmerzen im rechten Unterbauch mit Übelkeit und Erbrechen als ein Fortschreiten des eitrigen Geschehens im Brustkorb verstand, erklärt Hach dies als eine davon unabhängige *Blinddarmentzündung*. In den Obduktionsdiagnosen wird nämlich unter Punkt 10, eine rechtsseitige Verwachsung des Bauchfells mit dem Darm beschrieben – ohne Zweifel, dass wir dies heute als Folge eines abgelaufenen Entzündungsgeschehens im Unterbauch erkennen. Häufigkeit und Lokalisation stützen daher die postmortale Diagnose einer komplizierten Appendizitis.

Die zweite Schlüsselkrankheit trat 1791, drei Monate nach der ersten auf und äußerte sich als krampfartiger Erstickungsanfall mit Brustschmerzen, die sich erneut an derselben Stelle wie Wochen zuvor wiederfanden. In einem Brief schildert Schiller, dass er diesen Schmerz beim starken Einatmen, Husten oder Gähnen gemeinsam mit einem Spannungsgefühl empfinde. Zur damaligen Zeit nannte man dieses Krankheitsbild „*Stickfluss*“, der von Kollegen Hach als schwere Lungenarterienembolie gedeutet wurde (siehe Abbildung). Sicher passt diese Interpretation sehr gut zu dem in den Briefen belegten Symptomenkomplex. Hach merkt richtig an, dass der Zusammenhang zwischen Thrombose und Embolie damals nicht bekannt war, dies aber nichts an der grundsätzlichen Diagnose ändere. Dennoch waren so genannte *Gerinnungspröpfe* bei der Obduktion durchaus geläufige Feststellungen – und derartige Gerinnsel wurden nicht im verkürzten Obduktionsbericht Schillers genannt. In der Diagnosenliste wird die Lunge wohl als faul und brandig bezeichnet – von Gerinnungspfröpfen wird jedenfalls nicht berichtet. Allerdings können solche Gerinnsel als unwesentliche Veränderungen, die nach dem Tod entstanden sind, verkannt worden sein, wenn auch die Fäulnis als postmortales Phänomen ja ebenso erwähnt wurde. Es wäre hingegen unlogisch, bestimmte postmortale Veränderungen zu nennen und andere wiederum nicht. Dies zeigt uns allgemein, wie wichtig ein guter Obduktionsbericht ist, um den späteren Interpretationsspielraum einzuschränken ! Klinisch gesehen ist die moderne Diagnose von Kollegen Hach aufgrund der beschriebenen Symptomatik jedenfalls sehr gut nachvollziehbar. Somit ergänzen die Artikel von Kollegen Hach die bisher bekannten Krankheitsbefunde sehr gut um die Sicht des Chirurgen und ermöglichen einen sehr schönen Vergleich zwischen der Medizin zu Schillers Zeit und der modernen Heilkunde.

Literatur:

W. Hach (2012) Schillers Krankheiten und seine Bestattungen. Neue Erkenntnisse aus Sicht eines Chirurgen. Phlebologie Teil 1: 25-31 und Teil 2: 94-99.

W. Hach, V. Hach-Wunderle (2012) Schillers „Bauch-und Atemübel“. Gefäßchirurgie 17:1753-62

Tafel:

Obduktionsdiagnosen zur Schiller-Autopsie

*1. Die Ripppenknorpel waren durchgängig und sehr stark verknöchert.
2. Die rechte Lunge mit der Pleura von hinten nach vorne und selbst mit dem Herzbeutel ligamentartig so verwachsen, dass es kaum mit dem Messer gut zu trennen war. Diese Lunge war faul und brandig, breiartig und ganz desorganisiert.
3. Die linke Lunge besser, marmoriert mit Eiterpunkten.
4. Das Herz stellte einen leeren Beutel vor und hatte sehr viel Runzeln, war häutig, ohne Muskelsubstanz. Diesen häutigen Sack konnte man in kleine Stücke zerflocken.
5. Die Leber natürlich, nur die Ränder brandig.
6. Die Gallenblase noch einmal so groß als im natürlichen Zustande und strotzend von Galle.
7. Die Milz um 2/3 größer als sonst.
8. Der vordere konkave Rand der Leber mit allen nahe liegende Teilen bis zum Rückgrat verwachsen.
9. Die rechte und linke Niere in ihrer Substanz aufgelöst und völlig verwachsen.
10. Auf der rechten Seite alle Därme mit dem Peritonäum verwachsen.
11. Urinblase und Magen waren allein natürlich.
Bei diesen Umständen muß man sich wundern, wie der arme Mann solange hat leben können.*

*Weimar, 19. Mai 1805*

*Zitiert nach H Ullrich (2004) Schädel-Schicksale p75*

Abbildungslegende:

Periphere Pulmonalarterienembolie mit Gerinnungspröpfen innerhalb der Gefäße (Pfeile)