

## XXI.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Tübingen  
(Prof. Siemerling).

### Statistischer Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse.

Von

Dr. Raecke,

vormalis Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik zn Tübingen, jetzt der psychiatrischen und Nervenklinik tn Kiel.

Trotz der umfangreichen Literatur, die sich in den letzten Jahrzehnten über die progressive Paralyse angesammelt hat, bestehen noch manche Controversen nicht nur hinsichtlich ihrer Aetiologie, sondern auch ihrer Symptomenlehre, sodass ein jeder weiterer statistischer Beitrag auf diesem Gebiete willkommen erscheinen muss.

Das mir zur Verfügung stehende Material ist freilich weit kleiner als dasjenige der grossen statistischen Arbeiten von Moeli<sup>1)</sup>, Siemerling<sup>2)</sup>, A. Westphal<sup>3)</sup>, Gudden<sup>4)</sup>, Wollenberg<sup>5)</sup> u. a. Es umfasst lediglich diejenigen Fälle von Paralyse, welche in der Tübinger psychiatrischen Klinik unter Leitung von Herrn Professor Siemerling zur Aufnahme gelangten, reicht also von der Eröffnung der Klinik im November 1894 bis zum 1. April 1901. Im Ganzen wurden in dieser

---

1) Ueber die Pupillenstarre bei der progressiven Paralyse. Dieses Archiv XVIII. S. 1.

2) Statistisches und Klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annalen XIII. S. 392.

3) Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annalen XVIII. S. 719.

4) Zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse etc. Dieses Archiv XXVI. S. 430.

5) Statistisches und Klinisches zur Kenntniss der paralytischen Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht. Dieses Archiv XXVI. S. 472.

Zeit 136 Paralytiker aufgenommen, von denen 115 Männer und 21 Frauen waren. Hiervon sind indessen noch 26 Recidivaufnahmen (23 Männer, 3 Frauen) abzurechnen, sodass mir schliesslich nur 110 Krankengeschichten (92 Männer, 18 Frauen) verbleiben.

Allein dieses kleinere Material hat den Vortheil sehr sorgfältiger, oft wiederholter Untersuchung und einer meist länger fortgesetzten Beobachtung, als sie sich in Kliniken mit schnell wechselndem Materiale durchführen lässt.

Konnte darum auch in Tübingen nur ein kleiner Theil (29 Männer, 3 Frauen) bis zum Tode in der Klinik behalten werden, so wurden dafür alle Paralytiker, solange sie sich in der Klinik befanden, fortlaufend hinsichtlich der bei ihnen auftretenden somatischen und psychischen Veränderungen auf das Genaueste controlirt. Es darf daher von unseren Krankengeschichten vielleicht für eine Reihe klinischer Fragen, welche Fürstner<sup>1)</sup> in seinem ausgezeichneten Referate über die spinalen Veränderungen bei der progressiven Paralyse als weiterer Klärung bedürftig bezeichnet hat, einiger Nutzen erwartet werden.

Was zunächst die Krankenbewegung in der Tübinger Klinik betrifft, so war, wie die Tabelle I zeigt, abgesehen von einzelnen leichten Schwankungen, im Ganzen unter den Aufnahmen ein allmäliges Anwachsen der Paralyse zu constatiren und zwar bei den Frauen in noch deutlicherem Grade als bei den Männern.

Tabelle I.

Es wurden aufgenommen im Jahr	Männer			Frauen			Summe der Aufnahmen			M. : F. Paralysen
	Ueberhaupt	Paralysen	Prozentzahl der Paralysen	Ueberhaupt	Paralysen	Prozentzahl der Paralysen	Ueberhaupt	Paralysen	Prozentzahl der Paralysen	
1894	14	2	14,3	7	—	—	21	2	9,5	—
1895	121	10	8,3	142	1	0,8	263	11	4,2	10 : 1
1896	159	14	8,8	150	1	0,7	309	15	4,9	14 : 1
1897	199	15	7,5	186	2	1,1	385	17	4,4	7,5 : 1
1898	209	12	5,7	235	1	0,4	444	13	2,9	12 : 1
1899	276	23	8,3	282	5	2,2	508	28	5,5	4,6 : 1
1900	292	28	9,6	286	9	3,1	578	37	6,4	3,1 : 1
1901	84	11	13,1	42	2	4,8	126	13	10,3	5,5 : 1
Summa	1354	115	8,5	1280	21	1,6	2634	136	5,2	5,5 : 1

1) Ueber die spinalen Veränderungen bei der progressiven Paralyse. Dieses Archiv XXXIII. S. 939.

Trotzdem bleibt der Procentsatz der Frauen erheblich zurück hinter den Zahlen, welche Wollenberg in Uebereinstimmung mit Siemerling in der Berliner psychiatrischen Klinik feststellen konnte, nämlich mit 1:5,5 gegenüber 1:3,5 bei den genannten Autoren.

Dieser Unterschied erklärt sich jedoch zur Genüge aus der Verschiedenartigkeit des beiderseitigen Krankenmaterials. Die Frauenparalyse ist immer noch eine relative Seltenheit auf dem Lande, und der grösste Theil der Aufnahmen der Tübinger Klinik rekrutirt sich aus der Landbevölkerung, resp. aus den Bewohnern kleinerer Städte. Die Männer, welche vielfach durch ihren Beruf, vor allem aber durch den Militärdienst, in die grösseren Städte gelangen, sind weit eher den Schädlichkeiten ausgesetzt, welche eine Paralyse nach sich ziehen können.

Diese Ueberlegung führt uns zur Besprechung der ätiologischen Factoren, die bei unseren Patienten in der Anamnese angegeben waren.

Da zeigt sich denn zunächst ganz zweifellos die hohe Bedeutung der Lues. Dieselbe war sicher voraufgegangen in 57,3 pCt., wahrscheinlich in 20,9 pCt. und wurde nur in 11,8 pCt. aller Fälle in Abrede gestellt, während sich in den übrigen 10 pCt. eine genaue Anamnese nicht hatte erheben lassen (s. Tabelle II). Bemerkt sei noch, dass die Syphilis recht oft in der Militärzeit erworben worden war.

Tabelle II.

L u e s	Männer	Frauen	Summa	Procent
Sicher . . . . .	55	8	63	57,3
Wahrscheinlich . . . .	15	8	23	20,9
Unbekannt . . . . .	10	1	11	10,0
Negirt . . . . .	12	1	13	11,8
Summa	92	18	110	100,0

Von den 63 sicher mit Syphilis Inficirten hatten sich nur 15 gleich nach der Ansteckung in ärztliche Behandlung begeben; 20 hatten überhaupt keine zweckmässigen Mittel angewandt.

Nach Ausbruch der Paralyse wurde in der Klinik bei 28 geeignet erscheinenden Fällen eine antiluetische Therapie eingeleitet. Die Erfolge dieser Behandlung waren zwar nicht glänzend, einerlei, ob nun Quecksilber allein oder in Verbindung mit Jodkali in Anwendung kam. Immerhin liess sich doch bei 12 Patienten, also in 42,9 pCt. eine gewisse Besserung bemerken, von der freilich schwer zu bestimmen ist,

wieweit sie wirklich allein der eingeschlagenen Therapie zu verdanken war. Dagegen wurde bei den stets sorgfältig ausgewählten Kranken niemals eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens gesehen, sodass eine weitere Anwendung von Quecksilber bei der Paralyse darnach nicht nur erlaubt, sondern unter den nothwendigen Cautelen sogar geboten erscheint.

Alle anderen ätiologischen Momente spielten eine weit geringere Rolle und waren in der Mehrzahl nur neben der Lues gewissermaassen als Hilfsursachen vertreten. Auf dieses Nebeneinanderwirken mehrerer ätiologischer Momente haben Oebecke<sup>1)</sup> und Wollenberg besonderes Gewicht gelegt.

Potus fand sich bei unseren Kranken viel seltener in der Anamnese, nämlich 28 mal = 25,5 pCt. Trauma wurde nur 5 mal angegeben, psychische Ursachen 6 mal.

Entschieden häufiger liess sich, wie auch Gudden fand, eine gewisse Disposition des Gehirns nachweisen, indem 27 mal ausgesprochene hereditäre Belastung bestand, 8 mal der Kranke von Kindheit an als „nervös“ oder sonderbar galt. Im Ganzen fand sich also eine neuropathische Veraulagung in 35 Fällen, d. h. in 31,8 pCt. Näcke<sup>2)</sup> hat sogar 43 pCt. berechnet.

Auf die einzelnen Berufe vertheilten sich unsere 135 Paralyse-Aufnahmen folgendermaassen: 26 Offiziere, Beamte und Aerzte, 31 Kaufleute und Fabrikanten, 11 Wirthe, Kellner und Bierbrauer, 37 Handwerker und Gewerbetreibende, 22 Fabrikarbeiter, 5 Bauern, 4 Dienstmädchen. Dabei sind die weiblichen Personen, soweit sie keinen eigenen Beruf aufzuweisen hatten, dem ihres Mannes resp. (wenn ledig) ihres Vaters zugezählt. Das ziffernmässige Verhältniss der Paralysen zu den Gesamtaufnahmen bringt Tabelle III zum Ausdruck.

Zum Vergleich sei erinnert, dass Siemerling in den Jahren 1880 bis 1886 für die Charité den Procentsatz der Paralysen zwischen 6,1 und 10,9 schwanken sah. Die Zahlen in Tabelle III entsprechen ungefähr seinen Angaben, soweit es sich um exquisit städtische Bevölkerungsschichten handelt, fallen aber bedeutend ab, sobald die eigentliche Landbevölkerung in Betracht kommt.

Die grosse Anzahl der paralytischen Wirthe und Kellner beweist wohl abermals, dass der Alkoholismus als Hilfsmoment bei der Entstehung der Paralyse nicht zu unterschätzen ist.

1) Zur Aetiologie der allgemeinen fortschreitenden Paralyse. Allg. Zeitschr. für Psych. LIX. S. 1.

2) Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse der Irren. Neurol. Centralbl. XIX. S. 748.

Tabelle III.

	Gesammtzahl der Aufnahmen	Paralysen	Prozentzahl
Officiere, Beamte und Aerzte . . . . .	274	26	9,5
Kaufleute . . . . .	319	31	9,7
Wirthe und Kellner . . . . .	76	11	14,5
Handwerker . . . . .	820	37	4,5
Arbeiter . . . . .	235	22	9,3
Bauern . . . . .	626	5	0,8
Dienstmädchen . . . . .	284	4	1,4
Summa	2634	136	5,2

Ueber das Alter der Paralytiker bei ihrer Aufnahme in die Klinik gibt sodann die Tabelle IV Aufschluss.

Tabelle IV.

	Lebensjahr						S.
	1.—20.	21.—30.	31.—40.	41.—50.	51.—60.	61.—70.	
Männer . .	—	6	31	39	15	1	92
Frauen . .	—	—	7	6	5	—	18
Summa	—	6	38	45	20	1	110

Weitaus die zahlreichsten Erkrankungen (75,5 pCt.) traten zwischen dem 30. und 50. Jahre auf. Unser jüngster Patient, der 23 Jahre zählte, hatte sicher Lues durchgemacht. Der Aelteste, mit 67 Jahren, litt bereits ca. 20 Jahre an Tabes.

Wenden wir uns nunmehr zur Betrachtung der klinischen Erscheinungen, so haben wir als wichtigstes und daher auch am Eingehendsten studirtes Symptom zunächst die reflectorische Pupillenstarre. Es würde zu weit führen, sollten hier die Resultate aller früheren Untersucher der Pupillenreaction bei der Paralyse aufgezählt werden. Ich begnüge mich daher damit, der übersichtlichen Zusammenstellung Siemering's<sup>1)</sup> die Angabe zu entnehmen, dass unter 3010 Fällen von Paralyse 42 pCt. totale reflectorische Pupillenstarre aufwies und 68 pCt. eine Beeinträchtigung der Lichtreaction überhaupt.

1) Ueber die Veränderungen der Pupillenreaction bei Geisteskranken. Berliner klin. Wochenschr., XXXIII. S. 973.

Die eigenen Zahlen sind durchweg etwas höher:

beide Pupillen lichtstarr	54 mal
eine " "	10 "
träge Reaction . . .	38 "
prompte " . . .	<u>8 "</u>

Sa. 110 mal

Wir haben also Pupillenstarre im Ganzen in 64 Fällen = 58,2 pCt. und Veränderung der Reaction überhaupt in 102 Fällen = 92,7 pCt., während nur in 7,3 pCt. die normale Reaction beider Pupillen auf Licht erhalten war. Pupillendifferenz zeigten unsere Kranken in 92 Fällen = 83,6 pCt.; verzogen waren ihre Pupillen in 76 Fällen = 69,1 pCt.

Auffallend ist bei diesen Zahlen vor Allem die Seltenheit normaler Reaction. Siemerling hatte in seiner zusammenfassenden Tabelle als Durchschnittszahl dafür 32 pCt. erhalten und für die Ungleichheit der Pupillen 56 pCt.

Vielelleicht beruht die Verschiedenheit dieser Ziffern zum Theil darauf, dass in der Charité die Kranken in der Mehrzahl nur eine kürzere Zeit beobachtet werden konnten. Jedenfalls zeigte mancher Paralytiker in Tübingen bei seiner Aufnahme noch normale Reaction, um dieselbe dann im Laufe der Monate seines Aufenthalts in der Klinik einzubüßen. Nur das Resultat der letzten Untersuchung aber wurde in unserer Zusammenstellung berücksichtigt, nicht der Aufnahme-Status.

Die lichtstarren Pupillen unserer Kranken waren vorherrschend eng oder mittelweit. Nur sechsmal bestand doppelseitige Mydriasis. In den letzteren Fällen war auch die Convergenzreaction in Mitleidenschaft gezogen.

Springende Pupillen gelangten viermal zur Beobachtung. Viel häufiger, nämlich 15 mal, zeigte sich das von Koenig<sup>1)</sup> als „pseudo-springende Pupillen“ bezeichnete Phänomen, dass nämlich bei einseitiger Lichtstarre, resp. minimaler Reaction die noch gut reagirende Pupille je nach der Stärke der Beleuchtung sich bald als die weitere, bald als die engere präsentirt.

Blos einmal ward Wiederkehr der bereits erloschenen Pupillen-reaction constatirt. Ausserdem trat zweimal im paralytischen Anfalle eine maximale Erweiterung bisher enger und lichtstarrer Pupillen ein. Schliesslich bot sich einmal das seltene Bild der paradoxen Reaction, also Dilatation der Pupillen bei Lichteinfall.

---

1) Ueber „springende Pupillen“ in einem Falle von cerebaler Kinderlähmung etc. Zeitschr. f. Nervenheilkunde XV. S. 122.

Der zweite wichtigste Reflex in der Symptomatologie der Dementia paralytica ist der Patellarsehnenreflex. Bei unseren Kranken war derselbe 61 mal gesteigert (55 pCt.), 37 mal abgeschwächt oder aufgehoben (33,6 pCt.) und 12 mal mittelstark (10,9 pCt.). Ungleichheit in der Stärke auf beiden Seiten fand sich 20 mal (18,2 pCt.). Es würde also die Häufigkeit der gesteigerten und herabgesetzten Patellarreflexe annähernd in dem von Fürstner, auf Grund der beträchtlich variirenden Angaben anderer Autoren an Durchschnittszahlen gewonnenen Verhältniss von 2 : 1 zueinander stehen.

Nur in 2 Fällen trat nach einer anfänglichen Steigerung der Kniephänomene später das Westphal'sche Zeichen auf. Offenbar erklärt sich diese Seltenheit der namentlich von Fürstner und Hoche<sup>1)</sup> als wichtig hervorgehobenen Veränderung des Kniephänomens aus dem Umstände, dass nur 32 unserer Paralytiker bis zu ihrem Tode in der Klinik verbleiben konnten. Andernfalls hätte sich vermuthlich jene Umwandlung öfter beobachten lassen.

Sehr gewöhnlich war nach Anfällen mit zurückbleibender Parese eines Beines das Kniephänomen der gelähmten Seite zunächst abgeschwächt, um allmälig seine alte Stärke wiederzugewinnen. Dahingegen wurde die Wiederkehr eines vorher zweifellos erloschenen Patellarreflexes niemals gesehen.

Fussclonus bestand 15 mal, Patellarclonus 12 mal.

Die Beziehungen zwischen Kniephänomen und Pupillenreaction sind in Tabelle V dargestellt.

Tabelle V.

Pupillen-reaction	Patellarreflexe		
	gesteigert	schwach oder fehlend	mittelstark
aufgehoben . . . . .	33	27	4
träg . . . . .	24	9	5
gereizt . . . . .	4	1	3
Summa	61	37	12

Ein Blick auf diese Tabelle lehrt, dass in 33 Fällen gesteigerter Kniephänomene (also in 54,1 pCt. derselben) Pupillenstarre, und in 57 Fällen gesteigerter Kniephänomene (also in 93,4 pCt. derselben) Veränderungen der Pupillenreaction überhaupt vorhanden waren.

1) Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Alt's Sammlung zwangloser Abhandl. Bd. I. 1897.

Es ist schwer einzusehen, wie man in allen diesen Fällen eine verkappte Tabes annehmen könnte, wie es doch nach Gaupp<sup>1)</sup> nothwendig wäre, der jede Pupillenveränderung als „tabisches“ Symptom ansprechen möchte. Gaupp stützt seine Behauptung darauf, dass er in Fällen mit Pupillenstarre stets die Hinterstränge verändert fand. Allein selbst wenn seine Resultate durch umfangreichere Nachprüfungen bestätigt würden, wäre damit noch immer nicht bewiesen, dass die Hinterstrangsveränderungen der Paralytiker auch wirklich mit der eigentlichen Tabes identisch sind. Diesen Beweis haben auch die neuerlichen Ausführungen Schaffers<sup>2)</sup> nicht erbracht, welcher sich ganz auf Gaupp's Seite stellt. Es muss vielmehr der Versuch, der progressiven Paralyse eines ihrer werthvollsten Symptome auf Grund nicht einwandfreier pathologisch-anatomischer Betrachtungen zu rauben und lediglich für die Tabes in Anspruch zu nehmen, vom klinischen Standpunkte aus entschieden zurückgewiesen werden.

Auch die Opticusatrophie soll nach Gaupp ein lediglich „tabisches“ Symptom sein, obgleich dann mit dem gleichen Rechte, z. B. bei der multiplen Sklerose von einer complicirenden Tabes gesprochen werden könnte, sobald sich eine Opticusatrophie einstellte.

Bei unseren Kranken fand sich Opticusatrophie durchaus nicht stets mit Westphal'schem Zeichen vergesellschaftet, wie Tabelle VI zeigt.

Tabelle VI.

	P a t e l l a r r e f l e x e			S u m m a
	erhöht	herabgesetzt	mittelstark	
Opticusatrophie .	6	11	—	17 = 15,5 pCt.
Papille abgeblasst	8	7	—	15 = 13,6 pCt.
Ueberhaupt ver- ändert . . . .	14	18	—	32 = 29,1 pCt.

Der hier erzielte Procentsatz von 15,5 pCt. für Opticusatrophie bei Paralyse ist ungewöhnlich hoch. Indessen sind, um jeden Irrthum auszuschliessen, sämtliche Fälle von specialistischer Seite nachgeprüft worden<sup>3)</sup>.

1) Ueber die spinalen Symptome der progressiven Paralyse. Psychiatr. Abhandl. von Wernicke, Heft IX. 1898.

2) Ueber Tabes und Paralyse. Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. Jena 1901.

3) Herr Privatdocent Dr. Grunert hatte die Liebenswürdigkeit, regelmässig die Fälle zu untersuchen.

Ebenso wurden in der Tübinger Klinik Augenmuskellähmungen verhältnismässig oft beobachtet, nämlich je 10 mal bei gesteigertem und abgeschwächtem Patellarreflex, also im Ganzen in 18,2 pCt. Ausserdem war noch bei 9 Kranken in der Anamnese erwähnt, dass dieselben vor ihrer Aufnahme in die Klinik an transitorischen Ophthalmoplegieen gelitten hatten. Dieses Ergebniss deckt sich im Ganzen mit den Resultaten von Siemerling und Boedecker<sup>1)</sup>, welche in 20 pCt. Augenmuskellähmungen nachwiesen.

Was sodann die Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten, also Biceps-, Triceps-, Periost-Reflexe, betrifft, so lässt sich an der Hand unserer Krankengeschichten kein constantes Verhalten derselben entdecken. Höchstens könnte man sagen, dass sie bis zu einem gewissen Grade den Patellarreflexen folgten; denn sie fehlten nur, falls jene fehlten, niemals aber, wenn jene gesteigert waren. Dagegen boten sie untereinander keine gesetzmässigen Beziehungen.

Eine ausgeprägtere Uebereinstimmung mit dem Kniephänomen war schon bei dem Achillessehnenreflex zu bemerken. Denn dieser war bei lebhaftem Kniephänomen nicht nur stets vorhanden, sondern auch seinerseits in 62,2 pCt. gesteigert und fehlte dafür bei Westphal'schem Zeichen in 83,3 pCt.

Complicirter lagen die Verhältnisse bei den Hautreflexen: Während nämlich der Bauchhautreflex keinerlei regelmässige Beziehungen zu den Sehnenreflexen verrieth, fehlte der Cremasterreflex immerhin doppelt so häufig bei fehlendem, als wie bei erhaltenem Patellarreflex. Zweifeloser noch war aber die Neigung des Sohlenreflexes zu antagonistischem Verhalten gegenüber dem Kniephänomen, indem er bei Steigerung des Letzteren in 16,6 pCt. fehlte, bei Westphal'schem Zeichen jedoch nur in 7,1 pCt., um dafür hier in 25,0 pCt. sich lebhaft gesteigert zu erweisen.

Deutliches Romberg'sches Phänomen wurde im Ganzen 19 mal festgestellt: 6 mal bei gesteigerten, 12 mal bei abgeschwächten, einmal bei mittelstarken Patellarreflexen.

Ataxie liess sich bei gesteigerten Patellarreflexen 10 mal, bei abgeschwächten 17 mal constatiren, und zwar betraf die Ataxie in ersterem Falle 8 mal sämmtliche Extremitäten und nur 2 mal lediglich die Beine, während dagegen im zweiten Falle 11 mal blos die Beinbe und 6 mal alle Extremitäten befallen waren.

Atrophie der Muskulatur stellte sich 10 mal ein. In zwei Dritteln

---

1) Chronische fortschreitende Augenmuskellähmung und progressive Paralyse. Dieses Archiv Bd. 29. S. 421.

dieser Fälle erwies sich der Patellarreflex herabgesetzt oder fehlend. Uebrigens entwickelte sich niemals Entartungsreaction.

Neuritische Erscheinungen an den Extremitäten finden sich in 5 Krankengeschichten verzeichnet. Es handelte sich aber dann allemal um Potatoren, sodass für die Entstehung der Neuritis hier wohl in erster Linie der Alcoholismus anzuschuldigen war.

Tremor der gespreizten Finger bestand 41 mal.

Wichtiger ist das Verhalten der Zunge. Dieselbe zitterte nicht weniger als 95 mal und wich 21 mal beim Hervorstrecken nach einer Seite ab, also in 19,1 pCt. Dabei machte es keinen wesentlichen Unterschied, ob im klinischen Gesamtbilde Seiten- oder Hinterstrangsveränderungen überwogen.

Ungleichmässige Hebung der Gaumenbögen beim Anlauten fand sich 7 mal, davon 5 mal allein bei Steigerung der Patellarreflexe.

Facialisdifferenz war 59 mal (= 53,6 pCt.) vorhanden, davon 35 mal bei Steigerung der Patellarreflexe.

Mitbewegungen im Gesicht traten in 42 Fällen beim Sprechen auf. 17 mal bestand ein ticartiges Zucken.

Ueber die Häufigkeit und den Grad der Sprachstörung giebt Tabelle VII genügenden Aufschluss.

Tabelle VII.

	Articulationsstörung			Transito- rische Aphasia
	starke	leichte	überhaupt	
bei Steigerung der Patellarreflexe . . .	17	30	47	10
bei Abschwächung der Patellarreflexe . . .	9	23	32	4
bei mittelstarkem Patellarreflexe . . .	1	7	8	1
Summa	27	60	87	15
			= 79,1 pCt.	= 13,6 pCt.

Die Hörschärfe finden wir 10 mal in Folge centraler Ursachen beeinträchtigt (6 mal bei gesteigertem, 4 mal bei abgeschwächtem Patellarreflexe).

Das Tastgefühl war 5 mal bei erhöhtem, 11 mal bei herabgesetztem Kniephänomen gestört; ebenso die Schmerzempfindung 33 mal im ersten Falle, 25 mal im zweiten, 5 mal bei mittelstarken Patellarreflexen.

Das Ulnarissymptom erwies sich nicht constant. Es fand sich häufiger bei herabgesetzten, als bei gesteigerten Patellarreflexen.

Im Gegensatz hierzu schien sich Störung des Lagegefühls häufiger bei lebhaftem Kniephänomen einzustellen. Indessen waren die betreffenden Prüfungen wegen des psychischen Zustandes der Kranken nicht immer durchführbar und oft unzuverlässig, sodass es werthlos wäre, hier Zahlen anführen zu wollen.

Ebenso konnte man über das thatsächliche Vorhandensein von Blasen- und Mastdarm-Lähmungen manchmal im Zweifel sein, indem ja die verblödeten Kranken vielfach auch ohne derartige Störungen regelmässig unter sich gehen liessen. Immerhin lehrt die Tabelle VIII, in der sich ausserdem auch transitorische Paresen einzelner Extremitäten eingezeichnet finden, dass reine Blasenlähmungen bei Steigerung der Patellarreflexe relativ selten sind.

Tabelle VIII.

	Blasenlähmung	Blasen- und Mast- darmlähmung	Parese einer Extremität
bei Steigerung der Pa- tellarreflexe . . . .	8	25	12
bei Abschwächung der Patellarreflexe . . . .	14	23	10
bei mittelstarken Patel- larreflexen . . . .	—	—	1
Summa	22	48	23

Tabelle IX berichtet sodann über diejenigen Kranken, welche an paralytischen Anfällen in Gestalt von Schwindel, Ohnmachten, epileptiformen und apoplektiformen Anfällen gelitten hatten. Wir ersehen aus derselben, dass epileptiforme oder apoplektiforme Anfälle zusammen bei 38 Kranken (also in 34,5 pCt.) auftraten, und dass sie bei Steigerung der Patellarreflexe entschieden häufiger waren als bei herabgesetzten Kniephänomenen. Jedoch wiesen nur 12 Krankengeschichten wirklich zahlreich gehäufte Anfälle auf.

Bei dieser Gelegenheit sei bemerkt, dass bei 6 Kranken wiederholt eine bedeutende Temperatursteigerung so rasch nach jedem paralytischen Anfall auftrat, um bald nach Ablauf desselben wieder zu verschwinden, dass eine Complication von Seiten der Lunge oder eines anderen Organs kaum zur Aufklärung des Fiebers herangezogen worden konnte, man vielmehr eine cerebrale Genese desselben annehmen musste.

Wenden wir uns schliesslich zu einer kurzen Besprechung der

Tabelle IX.

	Ohnmachten und Schwindel	Anfälle		Anfälle überhaupt	Häufigkeit d. Anfälle in Pro- zenten
		epilepti- forme	apoplekti- forme		
bei Steigerung der Patellarreflexe . . .	20	17	9	26	42,6
bei Abschwächung der Patellarreflexe . . .	15	5	6	11	29,7
bei mittelstarken Patellarreflexen . . .	3	1	—	1	8,3
Summa	38	23	15	38	34,5

psychischen Erscheinungen. Zur Zeit ist die namentlich von Mendel<sup>1)</sup> vertretene Ansicht sehr verbreitet, dass das Bild der Paralyse eine Umänderung erfahren habe, indem die einfach demente Form immer mehr überwiege. Dieser Anschauung steht indessen Fürstner, wie er am Schlusse seines schon mehrfach citirten Referates betont, skeptisch gegenüber.

Unsere Krankengeschichten geben Fürstner durchaus Recht. Nur in 14 Fällen, also in 12,7 pCt., fand sich die einfach demente Form ohne Wahnbildung und Hallucinationen. Bei der Hälfte dieser Fälle fehlten die Patellarreflexe.

Bei 74 Kranken, also in 67,3 pCt., waren ausgeprägte Wahnvorstellungen (56 mal Grössen-, 18 mal hypochondrische Ideen) vorhanden und liessen sich stets durch Fragen leicht hervorlocken, traten aber spontan mehr gelegentlich auf, ebenso wie die meist nur kurz andauernden Erregungszustände und bildeten daher allerdings nicht immer das augenfälligste Symptom des Leidens. Dagegen hatte sich in 19 Fällen das klassische Bild des Grössendeliriums ausgebildet, während in weiteren 3 Fällen die unsinnigsten hypochondrischen Vorstellungen producirt wurden.

Vereinzelte Hallucinationen liessen sich in 31 Fällen (27,3 pCt.) sicher beobachten; Beeinträchtigungsvorstellungen von beinahe paranoidem Charakter 22 mal (20,0 pCt.). Das ausgesprochene Bild der Melancholie mit Selbstvorwürfen und Lebensüberdruss boten vorübergehend 12 Kranke. Drei derselben endeten, nachdem sie von ihren Angehörigen nach Haus genommen worden waren, durch Suicid. Ueber-

1) Welche Aenderungen hat das klinische Bild der progressiven Paralyse der Irren in den letzten Decennien erfahren. Neurol. Centralbl. XVII. S. 1035.

haupt erscheint die Selbstmordgefahr bei Paralytikern nicht gering, indem im Ganzen nicht weniger als 23 unserer Kranken (= 20,9 pCt.) im Verlaufe ihres Leidens Suicidversuche gemacht hatten, die meisten derselben im Beginn der Erkrankung.

Aeusserst heftige und langdauernde Erregungszustände entwickelten sich bei 28 Paralytikern (25,5 pCt.). Zwei Kranke zogen sich während derselben ein Othaematom zu, der eine von beiden sogar ein doppel-seitiges.

Die Angabe Kräpelin's<sup>1)</sup>, dass die am schnellsten verlaufenden Fälle vielfach gerade der einfach dementen Form angehören, bestätigte sich bei unseren Patienten nicht. Freilich mögen derartige Kranke, wie auch Kräpelin betont, oft in häuslicher Pflege zu Grunde gehen, ohne jemals einer Anstalt zugeführt zu werden.

Nur ungenau lässt sich die Durchschnittsdauer der Krankheit bestimmen. Erstens kann ich zu diesem Zwecke nur jene 32 Fälle heranziehen, bei welchen der Tod in der Klinik eingetreten war. Zweitens geht der Zeitpunkt des Beginnes der Erkrankung aus den anamnestischen Angaben der Angehörigen oft nicht mit wünschenswerther Sicherheit hervor.

Auf der anderen Seite wäre eine Berechnung lediglich der Krankheitsdauer in der Klinik ganz werthlos, weil die sich länger hinziehenden Fälle zum grössten Theil in andere Anstalten überführt werden mussten.

Unter solchen Umständen kann natürlich Tabelle X nur einen bedingten Werth beanspruchen. Nach ihr betrüge die Krankheitsdauer im Mittel 2,4 Jahre. Aehnlich hat Sprengeler<sup>2)</sup> auf Grund von 337 Fällen aus der Göttinger Klinik für Männer 2 Jahre 6 Monate, für Frauen 3 Jahre 5 $\frac{1}{2}$  Monate als Gesamtdurchschnittsdauer der Paralyse angegeben.

Practisch nicht unwesentlich erscheint hierzu noch die Bemerkung, dass bei 8 pCt. der Kranken mit überwiegenden Seitenstrangserscheinungen die erste Veränderung, welche den Angehörigen auffiel, eine unabzwingliche Schlafsucht war, welche zu allen Tageszeiten auftrat und bei Beamten natürlich zahlreiche Dienstvergehen zur Folge hatte. Dieses Initialsymptom ward bei den Patienten mit fehlenden Patellarreflexen niemals angegeben, vielleicht weil hier die lanzinirenden

---

1) Einführung in die Psychiatrische Klinik. Leipzig 1901.

2) Beitrag zur Statistik, Aetiologie und Symptomatologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren etc. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. LVI. S. 725.

Tabelle X.

	Jahre der Krankheitsdauer						Summa
	1	1—2	2—3	3—4	4—5	5—6	
Männer . . . . .	2	12	7	4	3	1	29
Frauen . . . . .	—	1	2	—	—	—	3
Summa	2	13	9	4	3	1	32

Schmerzen, über welche in 25 pCt. geklagt wurde, die Hauptrolle spielten.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Siemerling, spreche ich für die liebenswürdige Ueberlassung der Krankengeschichten und die gewährte Unterstützung auch an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank aus.

Juli 1901.