

XX.

Aus der Königl. sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Gross-Schweidnitz
(Direktor: Medizinalrat Dr. Ackermann).

Zur kombinierten Tuberkulin-Quecksilber- behandlung der progressiven Paralyse.

Von

Oberarzt Dr. **W. Heinicke** und Anstaltsarzt Dr. **W. Künzel**.

Ausgehend von der Ueberlegung, dass bei einer so unheilvollen, weitverbreiteten und bisher jeder Therapie trotzensen Krankheit, wie es die fortschreitende Hirnlähmung ist, besonders der Anstaltspsychiater jeden diesbezüglichen therapeutischen Wink aufgreifen muss, haben wir uns nach eingehendem Studium der Literatur entschlossen, bei unserem reichen Paralytikermaterial die kombinierte Tuberkulin-Quecksilberkur nach Wagner von Jauregg — zunächst in kleinem Massstabe — anzuwenden, und waren erfreut, als später auch Bresler in einem Rundschreiben gerade für diese von uns gewählte Therapie warm eintrat.

In der Technik haben wir uns mit kleinen Abweichungen nach den Angaben Wagner's gerichtet und auch während der Kur gelegentlich seinen Rat eingeholt, wofür wir ihm auch von dieser Stelle aus unseren Dank aussprechen. Wir verfügen über ein Beobachtungsmaterial von 8 Kranken, deren nähere Besprechung unten folgen wird.

Bei allen Fällen fahndeten wir zunächst nach Tuberkulose, einmal durch genaue Lungenuntersuchung und zweitens durch Injektion von Tuberkulin als Diagnostikum. Wir verwendeten hierzu und zur Kur ausschliesslich Alt-Tuberkulin-Koch und gaben stets, abweichend von Wagner, eine diagnostische Dosis von 0,001 g, indem wir diese und die späteren Lösungen so herstellen liessen, dass jede Injektion einem Kubikzentimeter Flüssigkeit entsprach. Wir empfehlen vollständig gläserne, 1 ccm fassende Spritzen. Die Tuberkulininjektion machten wir auf dem Rücken subkutan in der Gegend der Schulterblätter, abwechselnd rechts und links. Die Temperatur der Kranken war schon vor der Kur einige Tage kontrolliert und zwar durch dreistündliche Messung, die während der Kur in gleicher Weise fortgesetzt wurde. Zeigte sich auf 0,001 g Tuberkulin keine Reaktion, so stiegen wir sofort auf das 5- beziehentlich

10fache der Dosis. Blieb nach diesen Gaben die Temperatur unter 37° , so verdoppelten wir bei der am übernächsten Tage folgenden weiteren Injektion das Tuberkulinquantum. Bei einer Temperatur von 37° — $37,5^{\circ}$ gaben wir die $1\frac{1}{2}$ fache Dosis, bei $37,5^{\circ}$ — 38° das $\frac{5}{4}$ fache, bei Temperaturen über 38° blieben wir bei der alten Menge. Erreichten wir bei diesem Schema keine nennenswerte Temperatursteigerung, so stiegen wir rascher an, und zwar bis $37,5^{\circ}$ doppelte Dosis, $37,5^{\circ}$ — 38° $1\frac{1}{2}$ fache und 38° — $38,5^{\circ}$ $\frac{5}{4}$ fache, über $38,5^{\circ}$ dieselbe Dosis. Wir sind bis etwa 1,2 g reines Tuberkulin gelegentlich gestiegen, obwohl man nach Wagner sogar bis 2,0 g gehen kann. Diese hohen Gaben injizierten wir, abgesehen von ganz gelegentlichen geringen lokalen Reizungen, ohne jede Störung unverdünnt, jedoch mag gleich hier vorweggenommen werden, dass wir von ihnen dann keine nennenswerten weiteren Erfolge sahen, wenn sie ohne Temperatursteigerungen verliefen. In solchen Fällen glauben wir künftig bei 0,5 g stehen bleiben zu können, um so mehr als wir auch bei Wiederholung derselben hohen Dosen in grösseren Zeitabschnitten kein wesentliches therapeutisch wichtiges Sinken der Tuberkulinfestigkeit beobachten konnten. Stiegen bei derselben, wiederholt gegebenen Dosis die Temperaturen weiter, so machte sich ein Rückgang der Dosis nötig. Nach Wagner ist es erstrebenswert, 12—13 Temperaturanstiege zu erreichen, jedoch gelingt dies unbeschadet des Erfolges nicht bei allen Patienten.

Wie oben bereits ersichtlich, wurde Tuberkulin alle zwei Tage injiziert. An den tuberkulinfreien Tagen spritzten wir intramuskulär in die Glutäen unter Beobachtung der üblichen Kautelen Hydrargyrum succinimidatum in wässriger Lösung ohne Kokainzusatz stets in der Dosis 0,02 g ein, auch wieder rechts und links abwechselnd, und zwar gaben wir bis zu 25 Spritzen, wenn das Mittel vertragen wurde. Gelegentlich kam es allerdings zu Stomatitiden, die ein Aussetzen der Quecksilberinjektionen erheischten. Diese Munderkrankung zeigte sich aber nur bei Patienten mit schlechtem Gebiss, die infolge ihrer Psychose eine genügende Mundpflege nicht zuließen. Empfehlenswert dürfte es daher sein, dem Beginn der Kur, wenn nur irgend möglich, eine eingehende zahnärztliche Behandlung vorzuschicken. Dass bei den Quecksilberinjektionen ausserdem den Nieren eine grosse Aufmerksamkeit zuzuwenden ist, bedarf wohl keiner Erwähnung, ebenso, dass man die Patienten bei dieser Kur doppelt kräftig ernähren muss. Bettruhe ordneten wir nur während der Fieberreaktion an. Selbstverständlich mussten sich aber die Kranken während der Kur jeglicher körperlicher Anstrengung enthalten.

In Folgendem geben wir kurze Skizzen der Krankengeschichten, um in Hinweis auf diese später unsere Schlüsse darlegen zu können.

Wir schicken voraus, dass sämtliche Fälle klinisch einwandfreie Paralysen sind, 7 zeigten dazu vor der Kur positiven Wassermann im Blut, einer (Fall 1) war vor der Kur im Blut negativ, hatte dafür aber positive Reaktion im Liquor cerebrospinalis. Die Schilderung des Status wird im allgemeinen nur soweit wiedergegeben, als sich vor, während und nach der Kur Änderungen zeigten.

Fall 1. Herr J., 38 Jahre alt, Lues vor 14 Jahren; erkrankte vor einem Jahr an Zerfahrenheit und Abnahme der Leistungsfähigkeit; Anfang 1914 andauernde Erregung mit Grössenideen. Paralytische Sprache. Bei der Aufnahme in unsere Anstalt: rechte Pupille weiter als linke, beide verzogen; Lichtreaktion der linken Pupille sehr träge, wenig ausgiebig, die der rechten aufgehoben. Konsensuelle und Akkommodationsreaktion positiv. Leichtes Stolpern bei Paradigmen, leicht paralytisch gestörte manische, verschnörkelte Schrift. Geringe Fazialisparese links. Schwatzt viel, gehobene Stimmung, renommiert, Grössenideen, Intelligenzausfall.

Nach der Kur: Lichtreaktion der Pupillen beiderseits positiv! Konvergenz und konsensuelle Reaktion prompt. Pupillen gleichweit, nicht verzogen. Schrift von der Norm nicht wesentlich abweichend. Macht psychisch vollständig den Eindruck eines Gesunden. Soll entlassen werden, da Anstaltsaufenthalt nicht mehr nötig und er geeignet erscheint, seinen Beruf wieder fortzusetzen. Der Wassermann im Blut war schwach positiv geworden, während er erst negativ war. Die Fazialisparese links ist behoben, eher erscheint der rechte Fazialis etwas schwächer.

Fall 2. Herr L., 47 Jahre alt, Lues negiert, aber sicher. Seit etwa 1 Jahr nach vorausgegangener Depression Grössenideen, Intelligenzrückgang, deutliches Hervortreten ethischer Defekte (Bordellbesuche und Zechprellereien). Wurde schwer erregt bei uns aufgenommen. Vor Beginn der Kur stumpf, ruhiger, Krankheitsgefühl, Grössenideen äussernd. Sprache und Schrift paralytisch gestört, wenngleich die Schrift schon viel besser war als im Anfang. Mitten in der Kur Rückkehr geistiger Regsamkeit, Wiederauftreten normalen ethischen Gefühls, fast vollständiges Schwinden der Grössenideen. Nach der Kur war die Sprache wesentlich besser geworden, ebenso hatte sich die Schrift noch weiter gebessert, so dass Sanatoriumsaufenthalt in Frage gezogen wurde, der aber an äusseren Verhältnissen scheiterte. Der Wassermann, welcher anfänglich im Blut schwach positiv war, war nach der Kur stark positiv, auch hatte es den Anschein, als neige sich die Remission bald einer abermaligen Verschlimmerung zu.

Fall 3. Herr J., 47 Jahre alt, von Lues nichts bekannt, doch positiver Wassermann im Blut, wurde seit 1—2 Jahren als Neurastheniker mit Sinnes-täuschungen angesehen. Im letzten Monat vor der Aufnahme vergesslich, euphorisch und leichtfertig, kaufte unsinnig Sachen, Intelligenzrückgang, Sprachstörung.

Vor der Kur deutliches Silbenstolpern, stark gestörte Schrift. Schwerfällig, macht sehr dementen Eindruck, Kopfschmerzen. Sehr bald nach Beginn der

Kur kein Kopfschmerz mehr, Besserung der Schrift und Sprache, wird deutlich geweckter, macht sich Sorgen wegen der Kosten des Aufenthaltes, aus seinen Briefen geht wiederkehrendes Interesse für das Geschäft hervor, disponiert vorzüglich, setzt sogar einen geordneten Mietsvertrag auf. Sehr bald nach der Kur wieder stärkster Kopfschmerz, Zunahme der Sprach- und Schriftstörung bei sonst verhältnismässig gut bleibender Intelligenz. Hypochondrische Ideen. Die Verschlechterung imponiert als geringer Rückgang der Remission plus zerebralarämischen Erscheinungen als Folge einer 2 Monate nach Beendigung der Kur im Urinbefunde in Erscheinung getretenen Nephritis, die wohl als syphilitisch bedingte Schrumpfniere zu deuten ist. Der ursprünglich positive Blutwassermann war negativ geworden.

Fall 4. Herr J., 43 Jahre alt, weiss vonluetischer Infektion nichts. Wassermann im Blut positiv, im Liquor zweifelhaft. Seit etwa $\frac{3}{4}$ Jahr krank. Vor der Kur stumpf, dement, hinfällig. Stark gestörte Sprache und Schrift, ataktischer Gang. In der Kur Besserung, wird psychisch lebendiger, halluziniert aber, läuft sicherer, erholt sich körperlich zusehends. Schrift und Sprache besser. Etwa 1 Monat nach der Kur Anfälle. Trotzdem hält die geringe Besserung an.

Fall 5. Herr E., 47 Jahre alt, als junger Mann Lues. Seit $5\frac{1}{2}$ Jahren krank. Die Krankheit hatte bei ihm den Zustand des Marasmus paralyticus erreicht. Patient schreit und brüllt, halluziniert lebhaft, ist unsauber. Zieht sich in seiner Unruhe eine ausgedehnte Verbrennung zu, mit deren Heilung eine gewisse Beruhigung eintritt. Immerhin noch bei Beginn der Kur lebhaft, äussert Grössenideen, sehr dement. Stark gestörte Schrift und Sprache. In der Kur schnell Besserung der Schrift, schreibt sogar Karte an die Frau, liest aus der Zeitung auf Erfordern vor mit guter Betonung und Einhaltung der Interpunktion; selbst schwierige Worte wie Paroxysmus, Terminologie findet er schnell im Lesen ohne zu stolpern. Er fängt wieder an etwas zu skizzieren, nimmt am Anstaltsfest teil, tanzte sogar auf der Abteilung. Anlässlich eines Besuches der Frau erkundigt er sich nach Bekannten, nach denen er angeblich jahrelang nicht gefragt hatte. Knapp einen Monat nach Beendigung der Kur erneuter Rückgang.

Fall 6, 7 und 8. Herren R., Oe. und A. zeigen während der Kur wesentliche Verschlimmerungen, zum Teil im Sinne der Erregung, zum Teil im Sinne der Hemmung. Die psychischen Störungen bei diesen Fällen traten nach der Anamnese innerhalb des letzten Jahres vor Beginn der Kur in Erscheinung. Bei dem Beginn der Kur war Herr R. labil, aber äusserlich geordnet, Herr Oe. dement, lenksam, ruhig, und Herr A. ziemlich ungeordnet. Zudem ist zu bemerken, dass Fall 6 vor der Erkrankung ein Kopftrauma durchmachte und von einem trunksüchtigen Vater und einer gichtigen Mutter stammte. Weiter hatte die Mutter von A. Diabetes.

Ueberblicken wir unsere therapeutischen Resultate, so finden wir unter acht behandelten Fällen eine Remission, die fast einer Heilung gleicht; besonders sei auf den Rückgang der schweren Pupillenstörungen

hingewiesen! Fall 2—5 kamen zu mehr oder weniger tiefen Nachlässen der Krankheitserscheinungen, die allerdings zum Teil wieder nach kurzer Zeit zu schwinden begannen. Darunter wurde einmal der Wassermann negativ. Fall 6—8 verschlechterten sich während der Behandlung, ob post hoc oder propter hoc lässt sich nicht sicher entscheiden. Jedenfalls lassen es unsere Resultate berechtigt erscheinen, die kombinierte Tuberkulin-Quecksilberbehandlung bei Paralysen weiter zu versuchen.

Dabei sind wir aber zunächst noch ausserstande, für den jeweiligen Fall einen bestimmten Kurerfolg zu prognostizieren; denn wir haben gesehen, dass sich z. B. Fall 6 trotz verhältnismässig kurzer Zeit der Erkrankung und leidlichen Befindens verschlechterte, während der ganz heruntergeführte Paralytiker Fall 5 mit einer Zeitdauer der Krankheit von $5\frac{1}{2}$ Jahren einer für seine Verhältnisse sehr weitgehenden Besserung zugänglich war. Hier spielen jedenfalls noch andere Momente hinein. Vielleicht ist es möglich, dass Heredität und Schädeltrauma usf. (s. Fall 6 und 8) die Prognose der kombinierten Kur ungünstiger gestalten. Von unseren günstig beeinflussten Paralytikern war nur einer unsicher in der Heredität mit Alkoholismus behaftet. Es dürfte sich vielleicht empfehlen, diesen Erwägungen in Zukunft eine gewisse Beachtung zu schenken. Zeigt es sich dabei, dass wir mit unseren Vermutungen Recht haben, so wird es sich empfehlen, für die Behandlung zunächst nur solche Fälle auszuwählen, bei denen derartige und ähnliche Momente wegfallen. Unter diesen werden dann diejenigen Paralytiker die meisten Aussichten auf Behandlungserfolg haben, bei denen die Krankheit am kürzesten besteht. Daraus ergibt sich jetzt schon die Forderung, dass die Frühdiagnose der Paralyse viel mehr, als es jetzt ist, Allgemeingut der praktischen Aerzte wird und dass diese dann ihre Patienten rechtzeitig spezialistischer Behandlung zuführen, unbeschadet dessen, dass wir vielleicht vorläufig nur in der Lage sind, Remissionen eventuell von jahrelanger Dauer, wie sie Wagner beobachtet hat, herbeizuführen. Bedeutet aber nicht ein derartiger Nachlass der Krankheit mit Wiederkehr der Berufsfähigkeit, wie einzelne Fälle die Literatur schon aufweist, einen nicht zu unterschätzenden sozialen Faktor, den man in der Lungenheilstättenbehandlung bereits seit Jahren zu würdigen weiss?