

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Königsberg i. Pr.
[Direktor: Geheimrat Prof. Dr. E. Meyer].)

**Klinische Betrachtungen über die progressive Paralyse,
Tabes und Lues cerebrospinalis und die Beurteilung
äußerer Ursachen, insbesondere des Krieges
bei diesen Erkrankungen^{1).}**

Von
Otto Klieneberger.

(Eingegangen am 13. November 1923.)

Männeraufnahmen der Universitätsnervenklinik Königsberg i. Pr.

1. VII.—30. VI.	Gesamt-aufnahmen	Progressive Paralyse	Tabes dors.	Lues cer.-spin.
13/14 ²⁾	575	73 (3) ³⁾	13	7
14/15	1308	61 (1)	10	10
15/16	1604	102 (4)	17	15
16/17	1389	96 (5)	13	16
17/18	1386	86 (8)	15	30
18/19	757	71 (10)	14	25
19/20	581	62 (10)	4	9
20/21	736	54 (3)	11	7
21/22	758	66 (12)	11	18
22/23	661	85 (4)	7	6

Seit Erstattung meines Berichts⁴⁾ über die Beurteilung der D.B.-Frage bei Dementia praec. ist die Zahl meiner Begutachtungen für die Versorgungsgerichte auf 534 gestiegen. Meine Erfahrungen sind, wie mir scheint, im wesentlichen abgeschlossen. Ich bin nicht mehr vor neue Fragen gestellt worden und halte mich für berechtigt, bindende Schlüsse aus meiner bisherigen Gutachtertätigkeit zu ziehen.

Heute möchte ich an der Hand meiner Fälle über Paralyse, Tabes und cer.-spin. Lues berichten und zur D.B.-Frage bei diesen Erkrankungen

¹⁾ Nach einem Vortrag, gehalten am 16. V. 1923 im Nordostdeutschen Verein für Psychiatrie und Neurologie.

²⁾ Eröffnungstag der Klinik 1. VII. 1913.

³⁾ Die in Klammer gesetzten Zahlen bedeuten die in dem Paralysematerial befindlichen Fälle von Taboparalyse.

⁴⁾ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **70**, H. 2.

kungen Stellung nehmen. Ich stütze mich hierbei auf 24 Fälle, von denen 12 der cer.-spin. Lues, 5 der Tabes, 7 der Paralyse¹⁾ zuzurechnen sind.

Die relativ hohe Zahl von Fällen cer.-spin. Lues erscheint ohne weiteres auffällig, sie steht in keinem Verhältnis zur Zahl der Paralysen, auch nicht zur Zahl der Tabesfälle. Die Gründe hierfür können und müssen in zweifacher Richtung gesucht werden, da wir, wie aus obenstehender Tabelle ersichtlich ist, in der Klinik (und das Gleiche gilt für die Poliklinik und die sonstige nervenärztliche Sprechstundenpraxis) es mit einer ganz anderen Verhältniszahl von Paralyse, Tabes und cer.-spin. Lues zu tun haben. Die Zahl der Paralysen übertrifft danach die Zahl der cer.-spin. Luesfälle um das Vielfache; die Tabeszahl ist annähernd der der Luesfälle gleich. In meiner Begutachtungsstatistik sehen wir dagegen die Lues cer.-spin. über Paralyse und Tabes beträchtlich überwiegen. Meine Fragestellung muß also lauten:

- a) Warum ist die Zahl der Fälle cer.-spin. Lues so groß?
- b) Warum ist die Zahl der Paralyse- und Tabesfälle so klein?

Eine weitere Unterfrage geht dahin: Warum deckt sich in meinem Begutachtungsmaterial die Zahl der Paralysen nahezu mit der der Tabesfälle, während nach dem klinischen Material die Paralyse die ganz wesentlich häufigere Erkrankung zu sein scheint?

Die Beantwortung dieser Frage ergibt sich fast restlos aus der Betrachtung des klinischen Materials und einigen allgemeineren Überlegungen, die sich leicht daran anknüpfen lassen. Ich wende mich daher zunächst der klinischen Betrachtung meines Materials zu.

Von den 7 *Paralyse*Fällen kamen nur 2 zur Untersuchung zu mir. Bei den übrigen 5 handelte es sich um Aktengutachten. 3 von diesen 5 waren, ohne daß die D.B.-Frage erörtert, ja, ohne daß sie überhaupt aufgetaucht war, früher in Behandlung der Klinik gewesen und mir persönlich bekannt. 2 von diesen 5 waren bereits verstorben. Das Obergutachten von mir wurde post mortem eingeholt. Die Diagnose war in allen Fällen leicht zu stellen; sie bot nicht die geringsten differentialdiagnostischen Schwierigkeiten. Sie stützte sich auf die charakteristischen Pupillen-, Sprach- und Reflexstörungen, auf die charakteristische psychische Schwäche, meist im Sinne einer euphorischen Demenz, auf den positiven Ausfall der serologischen Untersuchung des Blutes und der Rückenmarksflüssigkeit, auf die Zell- und Eiweißvermehrung in der letzteren und auf die in allen Fällen außerordentlich charakteristische Vorgesichte, in der wir relativ häufig paralytischen Anfällen begegneten. Bemerkenswert ist, daß die beiden Kranken, die zur Untersuchung zu mir kamen, seit Jahren an einer ausgesprochenen

¹⁾ Darunter zwei Taboparalysen.

Tabes litten (bei dem einen war sie im Jahre 1915, bei dem anderen 1916 festgestellt worden), und daß sie erst 6—7 Jahre später paralytische Symptome wie artikulatorische Sprachstörung, Merkschwäche, Schwerfälligkeit, Verlangsamung und Anzeichen euphorischer Demenz in keineswegs vorgeschrittenem Grade zeigten, so daß man diese Fälle als inizierte Paralysefälle hätte bezeichnen können.

Von den 5 Fällen, in denen ich die Diagnose *Tabes* stellte, waren nur in einem Falle (bereits 1915 bzw. 1916) alle Symptome charakteristisch (reflektorische Pupillenstarre, fehlende Patellarreflexe, Tiefensensibilitätsstörungen, positiver Wa. in Blut und Liquor, Zell- und Eiweißvermehrung in Blut und Liquor), in 2 weiteren Fällen war die Diagnose in hohem Maße wahrscheinlich (Pupillenstörungen, Fehlen der Sehnenreflexe, Hypotonie, leichte Ataxie, Romberg und charakteristische Sensibilitätsstörungen), konnte aber in dem einen Falle nicht durch die serologische Untersuchung gestützt werden, da sich der Kranke der Blutentnahme widersetzte, und war in dem anderen Falle insofern zweifelhaft, als der Wa. in Blut und Liquor negativ war, im letzteren zwar Eiweiß- aber keine Zellvermehrung sich fand. In den 2 restierenden Fällen konnte die Diagnose nur mit einiger Wahrscheinlichkeit gestellt werden (in dem einen Falle bestanden Entzündung und ziemlich träge Licht- bei besserer Akkomodationsreaktion, erschwere Auslösbarkeit der Patellarreflexe, Fehlen der Achillesreflexe, positiver Romberg; Wa. war stets negativ gewesen, auch eine Zell- und Eiweißvermehrung im Liquor nicht vorhanden; in dem anderen Falle bestanden Ungleichheit der Pupillen und reflektorische Starre, leichte Hypotonie, Ataxie, herabgesetzte bzw. fehlende Sehnenreflexe und Hautempfindlichkeitsstörungen; Wa. im Blut war negativ). Die beiden letzten Fälle waren auch insofern unsicher, als in dem einen schwerer Pantopon-, in dem anderen starker Alkoholmissbrauch vorhanden war und also differentialdiagnostisch sehr in Betracht kam. Bemerkenswert ist, daß alle 5 Fälle im Grunde genommen leichter Natur waren. Die Kranken kamen allein, ohne Begleitung in die Klinik. Auch ihre subjektiven Beschwerden waren gering. Ein Kranter gab geradezu an, er habe eigentlich gar nichts zu klagen, nur selten leichte rheumatische Beschwerden, und habe auch im Kriege nur bei besonderen Gelegenheiten wie Radfahren lediglich Atembeschwerden gehabt (es handelte sich hier um einen 35jährigen Mann mit Ptosis, Anisokorie, Entzündung und reflektorischer Starre der Pupillen, Hypotonie, leichter Ataxie, Romberg, fehlenden Sehnenreflexen und leichter Hypalgesie oberhalb beider Mamilen, der mit der ihm zustehenden Rente nach 18jähriger Dienstzeit zufrieden war, seinen Dienst als Zollassistent zu seiner und seiner Vorgesetzten Zufriedenheit gut versieht). Wo die subjektiven Beschwerden stärker schienen, erwiesen sie sich durch ihren Inhalt und die Art und Weise, wie sie vorgebracht wurden, als psychogen, stellte sich auch bei der Untersuchung eine geradezu überwiegende psychogene Komponente mit der üblichen allgemeinen nervösen Übererregbarkeit, reaktiv-demonstrativem Zittern, demonstrativem funktionellem Romberg, hysterischen Haut-

empfindlichkeitsstörungen und Herabsetzung der Schleimhautreflexe, Neigung zu Übertreibung und Aggravation heraus.

Von den 12 Fällen, die ich nach reiflicher Überlegung der *cer.-spin. Lues* zuteile, ist nur einer als schwer zu bezeichnen, insofern als alle übrigen im Berufe stehen. Dieser eine schwere Fall ist der einzige, den ich persönlich nicht untersucht habe, sondern über den ich auch nur ein Aktengutachten abgegeben habe.

Es handelt sich hier um einen Landsturmann, der sich 1916luetisch infizierte, 1917 an luetischen Unterschenkelgeschwüren gelitten und im gleichen Jahre einen apoplektischen Insult mit motorischer Aphasie und rechtsseitiger Hemiplegie bekommen hat, die sich nicht mehr zurückbildete und — wohl mit Recht — als Folgeerscheinung einer syphilitischen Gefäßkrankung angesprochen wurde.

Von den übrigen 11 Fällen war nur bei 4 die frühere luetische Infektion sicher. In 2 von diesen war früher fälschlicherweise die Diagnose progr. Paralyse gestellt worden, offenbar lediglich auf Grund der Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit, die in dem einen Falle serologisch positiv war, in beiden Fällen Zell- und Eiweißvermehrung zeigte. Es handelte sich aber bei beiden lediglich um von Haus aus nervös minderwertige psychopathische Persönlichkeiten, von denen der eine mit einer allgemeinen nervösen Übererregbarkeit und einer ausgesprochenen hysterischen Reaktionsbereitschaft schon als Kind nervös gewesen war und nach verschiedenen Unfällen jedesmal eine Zunahme seiner nervösen Beschwerden und psychogenen Störungen zeigte, der andere ein starker Trinker war, gleichfalls zu reaktiv-demonstrativen Störungen neigte und im Lazarett einen Zustand von Pseudodemenz geboten hatte, der einmal, wie gesagt, als Paralyse, ein andermal als geistiger Schwächezustand nach *cer.-spin. Lues* gedeutet wurden war. Ich rechne beide Fälle der *cer.-spin. Lues* zu, obwohl nur der erste organische Symptome (Anisokorie und unausgiebige Lichtreaktion) zeigte, weil beide bei früheren Untersuchungen serologisch positiv gewesen waren und im Liquor Zell- und Eiweißvermehrung aufgewiesen hatten. Da kein Fortschreiten der Erkrankung festzustellen war, die Kranken, wie erwähnt, seit Jahren im Beruf stehen, ist natürlich, zumal keinerlei charakteristische Erscheinungen dafür sprechen, Paralyse auszuschließen. Bemerkenswert ist der zweite Kranke, da er ein Prototyp mancher Rentenbewerber darstellt: er hatte zunächst 100% Rente erhalten, war auch auf Grund des § 51 für eine Reihe von Straftaten als nicht verantwortlich erklärt worden, stellte später, als die Rente auf 60% herabgesetzt worden war, Antrag auf Gewährung des Zivilversorgungsscheins, wurde für völlig gesund und brauchbar zum Beamten befunden und erklärte bei der Untersuchung, gern auf die Rente verzichten zu wollen, wenn er den Zivilversorgungsschein erhalten, erhielt den Zivilversorgungsschein, wurde Beamter und stellte

bald danach von neuem Rentenantrag. Bei dem dritten Kranken, bei dem die syphilitische Infektion sicher stand, fand sich als einzige organische Störung eine Herabsetzung bzw. Fehlen der Achillesreflexe, bei dem vierten Anisokorie, Entrundung und reflektorische Starre der Pupillen, eine unsichere Sensibilitätsstörung und eine Parese des rechten Mundfacialis. Bei den übrigen 7 Fällen wurde die Blutentnahme verweigert oder war negativ, eine Liquoruntersuchung konnte nicht durchgeführt werden.

Es fanden sich bei ihnen Anisokorie, Entrundung und wenig ausgiebige, träge oder aufgehobene Licht- bei guter (in einem Falle schlechter) Konvergenzreaktion; in einem dieser Fälle kam differentialdiagnostisch Alkoholmißbrauch (der Untersuchte war Kellner und kam in einem pathologischen Rauschzustand in die Klinik), in einem anderen Nephritis (starke Albuminurie) und beginnende Arteriosklerose in Betracht. In 3 Fällen bestanden außerdem Augenmuskelstörungen, Hypotonie, Ataxie und Reflexstörungen; auch in einem dieser Fälle mit Differenz der Sehnenreflexe lag Pottus vor, in einem weiteren Fall mit fehlenden Sehnenreflexen war eine früher durchgemachte Polyneuritis wahrscheinlich.

In allen Fällen war im Vergleich zu den Untersuchungen der letzten Jahre zum mindesten ein Stillstand eingetreten. Auch wiesen sämtliche Kranken — das verdient wiederum besondere Hervorhebung — eine Reihe von Entartungserscheinungen und Asymmetrien auf, dokumentierten sich als von Haus aus nervös minderwertige, weichliche oder erregbare Psychopathen, die zu reaktiv-demonstrativem Gebaren, zu Übertreibungen und zum Teil zu mehr oder weniger bewußtem Vortäuschen neigten; so gab z. B. einer an, er könne sich ein Messer mehrere Zentimeter tief in die Brust hineinstechen, ohne etwas zu merken, ein anderer hatte Narben, die von leichten Verletzungen aus dem Kriege herührten, zur Untersuchung aufgekratzt und präpariert.

Überblicken wir das gesamte Material, so sehen wir nur einen Fall schwerer cer.-spin. Lues, der zu einem apoplektischen Insult geführt hat und seitdem stationär geblieben ist, 11 Fälle leichter Art, die seit Jahren nicht fortgeschritten sind, im Berufsleben stehen und somit je nach der Einstellung als stationär, abortiv, rudimentär oder als Defektheilung bezeichnet werden können. Bei einem nicht kleinen Teil der 11 Fälle kann die Diagnose keineswegs als gesichert gelten. Wenn wir bedenken, daß die Syphilis im Kriege gewaltig zugenommen hat, scheint die Zahl der Syphilitiker in unserem Material keineswegs groß. Wenn wir gar noch die zweifelhaften oder nicht sicheren Fälle ausschalten, ist sie im Vergleich zu der Gesamtzahl der Untersuchten klein und steht wohl auch hinter den Zahlen der klinischen Aufnahmen (vgl. obige Tabelle) zurück. Nun ist aber weiter ein großer Unterschied in dem klinischen Bild zwischen den zur Begutachtung Untersuchten und den cer.-spin. Luesfällen, denen wir in der Klinik begegnen. Der Unterschied besteht darin, daß wir es in der Klinik mit frischen Fällen

oder mit akuten Schüben zu tun haben, daß es sich aber bei den Untersuchten um stationäre Erscheinungen, abortive, rudimentäre Formen handelt; denn diese boten ja überwiegend nur Pupillenstörungen, in zweiter Linie Reflexstörungen, die subjektiv keine Erscheinungen machen; und auch die Klagen, das möchte ich hier einschalten, welche vorgebracht wurden, waren durchaus uncharakteristisch, standen mit dem Befund nicht in Zusammenhang, bezogen sich auf allgemein nervöse, neurasthenische und psychopathische Beschwerden. Somit stellen die Störungen, wenn ich so sagen darf, gewissermaßen einen zufälligen Befund dar. Auch in der Klinik finden wir ja zuweilen Fehlen der Lichtreflexe, unausgiebige und träge Lichtreaktion der Pupillen, gelegentlich auch Entrundung, häufig Anisokorie, ohne daß wir eine Erklärung dafür beibringen können, und fast will es scheinen, als ob wir gerade Phänomene dieser Art in letzter Zeit häufiger begegnen. Ich sage dies alles, um darzutun, daß die Zahl meiner Fälle von cer.-spin. Lues nicht, wie es zunächst den Anschein hatte, groß ist. Um so weniger, wenn man bedenkt, daß die cer.-spin. Lues zweifellos eine häufige Erkrankung ist, daß wir Neurologen sie nur unverhältnismäßig selten sehen. Abortive, rudimentäre und abgeheilte Fälle haben keine Veranlassung uns aufzusuchen. Frische Fälle bevorzugen offenbar allgemeine Krankenhäuser, Innere und Hautkliniken, stehen zweifellos vielfach nur in ambulanter Behandlung von Hautspezialisten.

Was für die cer.-spin. Lues gilt, trifft zu einem großen Teil auch auf die Tabes zu. Auch hier handelt es sich bei meinem Material um stationäre Fälle. Ja, man könnte sogar noch schwanken, ob man nicht den einen oder anderen Fall noch der cer.-spin. Lues zurechnen könnte, wie man umgekehrt von dieser den einen oder anderen Fall als abortive oder rudimentäre Tabes auffassen könnte. Schwere Fälle von Tabes scheiden offenbar für die Begutachtung geradezu aus. Entweder sind die Erscheinungen, auch die subjektiven Beschwerden, so stark, daß sie die Kranken vom Kriegsdienst ausschlossen, oder sie sind jetzt — mittlerweile — so stark geworden, daß die Kranken nicht mehr zu Hause, sondern in Kranken- und in Siechenhäusern oder in Lazaretten sich aufzuhalten. Vielleicht sind sie auch noch nicht stark genug, daß die Kranken Versorgungsansprüche stellen, oder es hat sich bei ihnen eine Paralyse entwickelt (und dann werden sie natürlich unter dieser ernsteren Diagnose registriert), wie es bemerkenswerterweise bei den beiden Paralytikern, die allein von den 7 zu mir zur Untersuchung kamen, der Fall ist.

Aus äußeren Ursachen erklärt sich nun auch leicht die geringe Zahl meiner Paralysen. Paralytiker, die im Kriege, auch solche, die in den ersten beiden Jahren nach dem Kriege erkrankten, sind meist in Anstalten oder schon gestorben. Je mehr Zeit seit Kriegsschluß

verstreckt, um so seltener werden von Angehörigen neu erkrankter Paralytiker Ansprüche an die Versorgungsämter gestellt werden, da ja auch für sie der zeitliche Zusammenhang das Hauptargument für die Rentenforderung darstellt.

Wir kommen hiermit zu unserer Hauptfrage, der Frage der Begutachtung, der Beurteilung der D.B.-Frage. Denn wir müssen gestehen, daß auch für den Arzt der zeitliche Zusammenhang in gewissem Sinne bindend ist, bzw. bindend sein muß. Wo ein zeitlicher Zusammenhang nicht auffällig ist, wo er sich auch erfahrungsmäßig durch sachliche, logische Überlegung nicht feststellen läßt, tun wir weise, den Zusammenhang zwischen einer Erkrankung und einer behaupteten Ursache prinzipiell abzulehnen. Sonst begeben wir uns in das Bereich unwissenschaftlicher, gefühlsmäßiger, autistischer Spekulationen. Nur wo der zeitliche Zusammenhang gegeben scheint, ist zu untersuchen, ob der zeitliche Zusammenhang durch einen inneren Zusammenhang bedingt ist, will man nicht bequem und fahrlässig dem Fehler des post hoc, ergo propter hoc verfallen. Von diesem Gesichtspunkte aus wollen wir uns nun unseren Erkrankungen zuwenden.

Man sollte meinen, daß bei der Paralyse, der Tabes und der cer.-spin. Lues die Frage nach ursächlichen Momenten klarer sein müsse als bei sonstigen Erkrankungen. Ist doch die Lues anerkannter und seit *Wassermann* und *Noguchi* auch bewiesenermaßen die conditio sine qua non; ohne Lues keine Paralyse, keine Tabes; die eigentliche Ursachenfrage ist unzweifelhaft gelöst. Man sollte meinen, daß die Frage nach anderen ursächlichen Momenten ausschalten müßte; aber das ist nicht der Fall. Vielmehr ist man, da die Lues als Ursache nicht weggeleugnet werden kann; auf den, wie mir scheint, etwas kümmerlichen Ausweg verfallen, Hilfsursachen für die Entstehung der Paralyse, der Tabes, ja auch der cer.-spin. Lues mit verantwortlich zu machen. Kümmerlich insofern, als man so die gewichtige *Tatsache* der Infektion minder achtet und sich statt dessen wiederum in das unwissenschaftliche Bereich unfruchtbare Spekulationen begibt. Den gleichen Pseudobeweisführungen, die wir bei der Dem. praec.¹⁾ getroffen haben, begegnen wir nun wieder: einzelne Ereignisse, Sturmangriffe, Trommelfeuer, Granatexplosionen in nächster Nähe, Fliegerbeschießungen, Verschüttung, Verwundungen, Gefangenschaft oder ganz allgemein die Erregungen und Strapazen des Krieges werden als Hilfsursachen aufgeführt. Krankheiten, Entbehrungen, Erkältungen und Durchnässungen, Kummer, Sorgen und Heimweh, Überanstrengungen körperlicher und geistiger Art werden weiterhin als Hilfsursachen genannt, selbst Infektionskrankheiten, von denen wir doch gerade im Gegenteil wissen, daß sie wenigstens auf

¹⁾ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. **70**, H. 2.

die Paralyse einen günstigen Einfluß haben. Und auf Grund von unbewiesenen und nicht beweisbaren Überlegungen wird, wie ich das früher bei der Dem. praec. beanstandet habe, so auch hier wiederum K.D.B. bejaht. Man hat ja ähnlich auch schon früher in Friedenszeiten Hilfsursachen heranzuziehen gesucht, damals unregelmäßiges und ausschweifendes Leben, Aufregungen, Überanstrengungen und besonders Alkoholmißbrauch als solche angesprochen, aber man ist doch allmählich immer mehr davon abgekommen, da man eingesehen hat, daß man anstatt einer unbekannten *Größe* so nur eine *Reihe* unbekannter, dazu noch zweifelhafter *Nichtigkeiten* setzt. Es gilt für Paralyse, Tabes und offenbar auch für die cer.-spin. Lues das Gleiche, was ich bei der Betrachtung der Dem. praec. ausgeführt habe. Wie die Geisteskrankheiten im Kriege *ganz allgemein* eine Zunahme nicht erfahren haben, so haben auch die *einzelnen* Geistesstörungen wie die Dem. praec., so auch die Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen wie die Paralyse und Tabes weder an Häufigkeit noch an Schwere zugenommen, zeigen auch im Vergleich zu früher keinen schwereren Verlauf. Und da wir festgestellt haben, daß ein großer Teil all der Momente, die im Kriege für den Ausbruch von Geisteskrankheiten bei Heeresangehörigen mit verantwortlich gemacht wurden, in gleicher Art und Häufigkeit auch in der Heimat wirksam waren, so hatten wir eben aus der Tatsache, daß eine Häufung der Geisteskrankheiten nicht eintrat, schließen müssen, daß den äußeren Momenten, wie sie der Krieg darstellt, für das Zustandekommen der Geistesstörungen keine Bedeutung zukommt. In der gleichen Weise, in der wir dies für die Dem. praec. ausführten, müssen wir es heute für die syphilitischen und metaplastischen Erkrankungen aufrechterhalten. Auch hier müssen es im letzten Grunde innere Momente sein, die für die Entstehung der Paralyse, Tabes und cer.-spin. Lues verantwortlich sind, falls wir nicht, und auch das ist eine noch immer in Erwägung zu ziehende Überlegung, ein besonders neurotropes Virus der Spirochäten annehmen wollen. Allgemeine Überlegungen sprechen jedenfalls, wie uns gerade der Krieg gelehrt hat, gegen jegliche ursächliche und hilfsursächliche Bedeutung des Krieges und seiner Auswirkungen — ich wiederhole es — wie für die Dem. praec. so auch für die Paralyse und Tabes. Wir sehen dies noch deutlicher, sobald wir die einzelnen Fälle näher betrachten.

Ich wende mich zunächst zur Paralyse. Der *erste* der beiden Fälle, die zur persönlichen Untersuchung zu mir gekommen waren, ist am 21. X. 1916 Soldat geworden. Nach dem Revierkrankenbuch erhielt er Anfang November, also etwa 14 Tage nach seiner Einstellung, 2 Tage Schonung; am 11. XI. 1916, also genau 3 Wochen nach der Einstellung, wurde ein Rückenmarksleiden bei ihm festgestellt; nach 3 weiteren Monaten wurde er entlassen. 5 Jahre später erhob er Rentenansprüche.

Der Gutachter stellte ein Nervenleiden fest, bejahte K.D.B., da nicht ausgeschlossen sei, daß sich das Nervenleiden durch die Ausbildungszeit verschlimmert habe (und schätzte übrigens eigentümlicherweise die Erwerbsminderung auf unter 15%). Es handelte sich um eine einwandfreie Tabo-Paralyse. Die Tabes, die 3 Wochen nach der Einstellung festgestellt worden war, muß natürlich schon vor der Einstellung bestanden haben. Daß die nicht einmal 3 wöchige Ausbildungszeit verschlimmert gewirkt hat, erscheint schon dadurch hinfällig, daß der Kranke erst 5 Jahre später Versorgungsansprüche gestellt hat; eine akute Verschlimmerung, irgendwelche besonderen Erregungen oder Anstrengungen hatten in der Tat niemals vorgelegen. Das Urteil des Gutachters entbehrt jeder Begründung. Für K.D.B. lagen auch nicht die geringsten Anhaltspunkte vor, sie konnte im Gegenteil ausgeschlossen werden (die Erwerbsminderung betrug indessen zur Zeit meiner Untersuchung 50—60%). Bei dem zweiten Kranken, den ich untersuchte, war am 6. IX. 1915 Tabes dorsalis festgestellt worden. Er war schon Monate zuvor wegen Schwindelanfällen und Reißen in Lazarettbehandlung gewesen. Auch hier war K.D.B. ohne jede weitere Begründung bejaht worden, indem der Gutachter „vorzeitigen Ausbruch der Erkrankung“ annahm. Warum er den Ausbruch für vorzeitig hielt, sagt er nicht. Er hätte wohl auch schwerlich gewichtige Gründe beibringen können, da es sich um einen damals 42jährigen Gastwirt handelte. Die Tabes war also in der Tat keineswegs besonders früh in die Erscheinung getreten, der Kranke hatte keine besonderen Anstrengungen u. a. mitgemacht, der Verlauf der Erkrankung war schleichend und durchaus gewöhnlich. Die 7 Jahre später einsetzende paralytische Veränderung als K.D.B. anzusprechen, schien mir auch nicht die geringste Veranlassung gegeben.

Von den übrigen 5 Fällen von Paralyse waren 3, auf die ich aus prinzipiellen Erwägungen auch näher eingehen möchte. Bei ihnen spielt die Frage des Unfalls eine Rolle. Der erste, ein zur Zeit der Begutachtung 32jähriger Student, hat sich nach Angabe seines Bruders 10 Jahre zuvorluetisch infiziert. 24jährig hat er einen schweren Unfall (Sturz mit dem Flugzeug: Ober- und Unterarmbruch, Ausrenkung beider Schultergelenke) erlitten. 3 Jahre später stellte sich ein Nervenleiden bei ihm ein, das wiederum $1\frac{1}{2}$ Jahre später als Paralyse erkannt wurde. Der Bruder, der selbst Arzt ist, beantragte Rente, indem er den „sehr frühen Eintritt der Paralyse“ als Folge des Fliegerunfalls ansprach. Ich war Erstgutachter und lehnte den Zusammenhang mit dem zweifellos schweren Unfall ab, da die Paralyse erst einige Jahre nach dem Unfall zum Ausbruch gekommen ist und bisher fast ungewöhnlich langsam verläuft; bestand sie doch zur Zeit der Begutachtung bereits 5 Jahre und hatte wiederholt gute Remissionen gezeigt.

Ich ließ mich bei dieser Beurteilung von der Tatsache leiten, daß gerade Unfälle, Verschüttungen, Verletzungen u. a. im Kriege in reichem Maße gegeben waren, dabei aber die Paralyse keine Zunahme an Zahl erfahren hat, wie wir ja auch umgekehrt in den meisten Fällen von Paralyse auch bei eifriger Nachforschung nach sog. Hilfsursachen nichts feststellen können, was für die Bedeutung von Unfällen u. a. Hilfsmomenten spräche. Nur in solchen Fällen pflegen wir daher — aber mehr aus Billigkeitsgründen, die sich lediglich als ein Entgegenkommen, als eine Art Zugeständnis für populäre Anschauungen erweisen und jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehren — von Hilfsursachen zu sprechen, wenn 3 Bedingungen erfüllt sind, wenn nämlich

1. das Trauma besonders schwer gewesen ist,
2. unmittelbar im Anschluß an das Trauma bei dem bis dahin anscheinend gesunden Menschen schwere Störungen sich zeigen, die ihn auch der Umgebung als verändert im Sinne der Geisteskrankheit erscheinen lassen,
3. der Verlauf der Erkrankung nach dem Trauma besonders progredient ist.

Von diesen Gründen traf bei dem eben erwähnten Kranken nur der erste zu; damit war der Zusammenhang mit dem Unfall hinfällig. Hinfällig schien er mir auch bei dem zweiten Kranken, einem Kollegen, der am 27. IV. 1915 eine Körperquetschung erlitten hatte, danach zwar noch wenige Tage Dienst tat, dann aber einige Tage wegen Leberschwellung, weiterhin wenige Tage wegen Nervenschwäche, schließlich 3 Wochen wegen Herzneurose in Behandlung war, um alsdann den Krieg weitere $3\frac{1}{2}$ Jahre bis zum Ende mitzumachen. Er erkrankte im Winter 1921/22 an Paralyse. Der Gutachter bejahte K.D.B., indem er ausführte, daß sich das Leiden im Anschluß an die außerordentlichen Kriegstrapazen und namentlich an die Verschüttung ganz rapid entwickelt habe und schnell fortgeschritten sei; er glaubte, die Nervenschwäche und Herzneurose bereits als Symptome der später diagnostizierten Paralyse auffassen zu müssen. Der Zusammenhang der nervösen Störungen mit der Verschüttung bzw. dem Unfall ist natürlich möglich; in ihnen den ersten Ausdruck der Paralyse zu sehen, scheint mir durch nichts gerechtfertigt; unerfindlich aber ist, wie der Gutachter von einer rapiden Entwicklung der Paralyse im Anschluß an die Verschüttung sprechen kann, wenn man bedenkt, daß der Kranke nach dem Unfall unauffällig $3\frac{1}{2}$ Jahre im Felde tätig war, wenn man ferner in Betracht zieht — und diese Feststellungen waren dem Gutachter aus unserer Krankengeschichte, die ihm zur Verfügung gestanden hatte, bekannt, wurden aber von ihm, ich weiß nicht aus welchen Gründen, nicht berücksichtigt —, daß der Kranke als Student viel

gebummelt (als Referendar durch das Examen gefallen war), später gern Alkohol getrunken und sehr stark geraucht hatte, Momente, denen, wenn man Hilfsursachen in das Bereich der Wahrscheinlichkeit ziehen wollte, doch wohl mindestens eben solche Bedeutung zukommt wie dem Unfall und den angeblichen „außerordentlichen Kriegstrapazen“, wenn man endlich weiter bedenkt — und auch das stand in unserer Krankengeschichte —, daß der Kranke sich im März 1919 als praktischer Arzt niedergelassen hatte und nun noch $2\frac{1}{2}$ Jahre, d. h. bis zum Ausbruch seiner Erkrankung, viel beschäftigt war. Ebenso bedeutungslos war der Unfall bei dem dritten Kranken, einem zur Zeit der Begutachtung 53jährigen Mann, der Ende Dezember 1914 vom Pferd gestürzt und danach etwa 5 Monate in Lazarettbehandlung gewesen war. Die Diagnose lautete: Nebenhodenentzündung und Tripper, und es findet sich in der Krankengeschichte — das sei nebenbei registriert — die medizinisch unsinnig anmutende Bemerkung, daß Nebenhodenentzündung und Tripper (!) Folge des Sturzes seien. Der Kranke wurde im Mai 1915 aus dem Lazarett entlassen, war bis zum 12. XII. 1918 im Heeresdienst, dann wieder fast 3 Jahre als Kanzleisekretär tätig, mit Unterbrechungen freilich (die erste nach 8 Monaten), die sich nachträglich vielleicht als paralytische Schübe deuten lassen. Wieder wurde von einem Gutachter K.D.B. bejaht. Nicht des Unfalls wegen merkwürdigerweise, vielmehr ganz allgemein wegen der psychischen Einflüsse des Krieges, von denen „seelische Erschütterungen wie Schreck, Chokwirkung, Todesangst, Anblick tödlich verwundeter Kameraden, Trommelfeuer“ aufgezählt wurden. Deshalb sah der Gutachter in diesen psychischen Einflüssen eine Hilfsursache, weil seiner Meinung nach noch ein anderes Moment zu der syphilitischen Infektion hinzukommen müsse, um eine Paralyse auszulösen; und dieses Moment müsse in solchen Schädigungen gesehen werden, solange nicht voll und ganz die Bedingungen übersehen werden könnten, unter denen der ganz verschwindende Bruchteil der Syphilitiker an Paralyse erkrankt!

Ich bemerke demgegenüber, daß es nicht berechtigt ist, allein aus der Tatsache, daß wir nicht wissen (und vielleicht niemals wissen werden), warum ein Syphilitiker später an Paralyse erkrankt, ein anderer nicht, zu schließen, daß äußere Schädigungen in dieser Art als Nebenursachen herangezogen werden müssen. Wir wissen ja auch nicht, warum jemand, der sich syphilitisch infiziert, später eine Syphilis des Nervensystems bekommt, ein anderer an Haut- oder Knochensyphilis, ein dritter an Syphilis der inneren Organe, ein vierter an Gefäßsyphilis, ein fünfter an Gummi erkrankt. Auch da ist es unmöglich, äußere Ursachen zur Verantwortung heranzuziehen, vielmehr läßt diese Tatsache nur zwei Möglichkeiten zu: entweder handelt es sich um eine endogene Komponente, eine angeborene oder erworbene Disposition

(erhöhte Empfänglichkeit oder herabgesetzte Widerstandskraft) der betroffenen Organe, also um konstitutionelle Momente, oder um eine besondere Affinität der Syphiliserreger zu diesen Organen. Das scheint mir durch die Tatsache erwiesen, daß sich bei einem großen Teil, ich darf wohl sagen dem größten Teil unserer Paralytiker Nebenursachen wie die behaupteten auch bei eingehender Nachforschung irgendwie glaubwürdig nicht beibringen lassen, andererseits dadurch, daß ein sehr großer Teil von Syphilitikern nicht paralytisch erkrankt, obwohl er die gleichen und stärkeren Schädigungen erlitten hat.

Die gleichen eigenartigen Argumentationen wie die, gegen welche ich eben Stellung genommen habe, fand ich in den Akten der letzten beiden Paralytiker, die ich post mortem zu begutachten hatte. Da wurde zum Beispiel in einem Gutachten ausgeführt, daß als Ursache für die Paralyse „als schädigendes Moment, das im Sinne der Beschleunigung des Ausbruchs der Krankheit mitgewirkt habe“, der ungünstige Einfluß in Betracht komme, den die Abgabe von mehreren 100—2000 Schuß aus schweren Mörsern ausgeübt haben könne. Derartig gehäufte schwere Detonationen aus nächster Nähe könnten infolge der gewaltigen Luftschrüttungen ganz erhebliche Störungen in der nervösen Zentone (soll wohl heißen: in den nervösen Zentren) und in der Zirkulation des Gehirns hervorrufen. So sei es sehr wohl möglich, daß durch diese Schädigungen die bis dahin in Ruhe befindlichen Syphiliserreger mobil gemacht worden seien und den Ausbruch der Paralyse beschleunigt hätten. In einem anderen Gutachten wurde ausgeführt, daß „den persönlichen Verhältnissen“ des Kranken für den Ausbruch der Paralyse „die größte Bedeutung“ beizulegen sei. Der Gutachter führt als Beweis an, daß der Kranke, ein bei Kriegsausbruch etwa 40jähriger Landsturmann, „zweifellos nicht mit der hellen Begeisterung in den Krieg gezogen ist“ wie der größte Teil der deutschen Jugend, daß ihn „wohl schwer der Schmerz der Trennung von seiner Frau und seinen vier Kindern“ bedrückte, daß ihn „die Möglichkeit, im Kampfe fallen zu können usw. sicher (!) dauernd beschäftigt und ihm Sorgen bereitet“ habe, endlich, daß er nicht mehr die Spannkraft und Widerstandsfähigkeit besaß, wie ein um 15 Jahre jüngerer Mann; schließlich sei er auch im Felde, wenn er auch nur in der Küche (!) beschäftigt war, nicht frei von häufigen (!) Aufregungen geblieben; könnte doch ein heftiger Schreck, eine kurze schwere Lebensgefahr dauernd nachteiligen Einfluß auf den Geisteszustand des Betreffenden ausüben. Er führt weiter aus, daß der Kranke länger dauernde körperliche Schädigungen erlitten habe, und beruft sich auf einen in den Akten befindlichen Bericht, wonach die Küche, in der er arbeitete, im Januar und Februar bei strenger Kälte und im Schneegestöber gestanden hätte, so daß der Dienst „sehr schwer“ und „sämtliche Küchen-

mannschaften stark erkältet und heiser waren“. In diesen Anstrengungen und Kälteeinwirkungen liege die unmittelbare Ursache der Geisteskrankheit.

Auf solche Beweisführung näher einzugehen, darf ich mir wohl versagen. Ich habe keinen Fall von Paralyse gesehen, auch nicht in dem großen Material der Klinik, in dem ich einen Zusammenhang mit dem Kriege auch nur mit Wahrscheinlichkeit hätte bejahen können, nicht einmal im Sinne der Verschlummerung bzw. der Beschleunigung.

Ich erwähne als Kuriosum aus dem Material der Klinik nur einen Fall, der seit 1921, damals 27jährig, in unserer Beobachtung und Behandlung steht. Es handelt sich um einen Kranken, der 1915 eine Verschüttung erlitt, aber danach und auch späterhin nicht in Behandlung gestanden hat, bis er sich im September 1918 gonorrhoeisch, im Mai 1919 syphilitisch infizierte. September 1920 stellte er Antrag auf Militärversorgung wegen Nervenleidens auf Grund der Verschüttung. Der Zusammenhang wurde von der Klinik abgelehnt. Selbst wenn die Verschüttung im Jahre 1915 nervöse Störungen gezeitigt hätte, so ständen diese, die im übrigen die Dienstfähigkeit niemals beeinträchtigt haben, natürlich in keinem Zusammenhang mit der erst nach dem Kriege zur Entwicklung gelangten Geschlechts- und Gehirnkrankheit. Bemerkenswert aber ist der Fall wegen des ungewöhnlich frühen Beginns der Paralyse, die zweifellos, hätte Infektion und Ausbruch der Gehirnkrankheit während des Krieges stattgefunden, eben wegen des Verlaufs zur Bejahung der K.D.B.-Frage geführt hätte.

Bezüglich der Tabes und cer.-spin. Lues kann ich mich kürzer fassen. Meine 5 Tabesfälle waren, wie erinnerlich, leicht; die objektiven Erscheinungen waren gering, die subjektiven Störungen vorwiegend psychogen, die Kranken standen alle im Berufsleben, die höchste Erwerbsminderung betrug 30 %. Sie waren im Kriege keinerlei besonderen Schädigungen ausgesetzt gewesen, hatten weder anstrengende Märsche noch sonst besondere Strapazen, keine Durchnässungen oder Erkältungen stärkerer Art durchgemacht, hatten zum Teil während des Krieges keine, zum Teil nur unbedeutende Beschwerden geäußert, keine akuten Schübe der Erkrankung gezeigt, meist erst Jahre nach dem Krieg Rentenansprüche erhoben, so daß K.D.B. nicht nur von mir, sondern auch von fast allen früheren Gutachtern mit gutem Recht abgelehnt worden war. Es ist klar, daß die 3 Forderungen, welche ich für die evtl. Annahme des Zusammenhangs der Paralyse mit äußeren Momenten aufgestellt habe, bei der Tabes zum mindesten in gleichem Maße gefordert werden müssen. Nur wenn unmittelbar im Anschluß an große Anstrengungen oder andere Schädigungen bei einem vorher anscheinend gesunden Menschen die ersten augenfälligen Krankheitserscheinungen oder bei einem vielleicht schon früher Kranken auffällige Verschlummerungen sich einstellen, die nicht oder nur unbedeutend abklingen, nur dann kann mit einiger Wahrscheinlichkeit wissenschaftlicher Berechtigung der Zusammenhang mit der angenommenen Schädigung bejaht werden.

Es gilt meines Erachtens für die Hirnlues im wesentlichen das gleiche wie für Paralyse und Tabes. Ich wende mich zunächst den 11 leichten Fällen zu; bei ihnen war die Beurteilung leicht. Bei einem Teil stellten die organischen Schädigungen, die ich als Ausdruck einer Gehirnerkrankung deutete, gewissermaßen nur einen Nebenbefund dar. Neben den organischen Veränderungen boten alle vorwiegend psychogene bzw. hysterische Erscheinungen; sie waren von Haus aus nervös minderwertige Persönlichkeiten, Psychopathen mit hysterischer Reaktionsbereitschaft, hatten keine besondere Schädigung erlitten, waren zu einem großen Teil nicht, zum kleinen Teil in geringem Grade erwerbsbeeinträchtigt. Bei einigen der Begutachteten konnte nachgewiesen werden, daß nervöse Störungen, die sie nun klagten, auch schon vor dem Kriege bestanden hatten, bei allen, daß eine Verschlimmerung stärkerer oder fortschreitender Natur nicht vorhanden war. K.D.B. war daher auch von den meisten Vorgutachtern abgelehnt worden und mußte um so eher abgelehnt werden, als die Rentenbewerber meist auch erst einige Jahre nach ihrer Entlassung aus dem Heeresdienst Rentenansprüche stellten. Nur zwei Fälle boten Besonderheiten in der nun schon vielfach erörterten unwissenschaftlichen und unkritischen Beurteilung. So ein Kranke, der 1901 sich syphilitisch infizierte, vor dem Kriege an gastrischen Krisen gelitten hatte, 1915 und 1916 wegen Magenkatarrhs behandelt und als Tabiker erkannt wurde und bei dem ohne jede Begründung D.B. angenommen wurde. Vielleicht hat es sich bei dem Magenkatarrh um eine Häufung der früheren gastrischen Krisen gehandelt; irgendwelchen besonderen Schädigungen war der Kranke im Kriege jedenfalls nicht ausgesetzt gewesen; er hatte bald nach der Behandlung wegen Magenkatarrh ein gummöses Ulcus an der Brust bekommen, war intensiv antiluetisch behandelt worden und hat später keine größeren Störungen mehr geboten, im Gegenteil einen Rückgang der Erscheinungen gezeigt. Ob eine rudimentäre bzw. abortive Tabes oder eine Gehirnsyphilis, was wahrscheinlicher war, vorlag, konnte nicht sicher entschieden werden, schien auch irrelevant für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Frage der Dienstbeschädigung, die, sicher zu Unrecht, bereits bejaht worden war. Noch illustrativer ist der andere Fall, in welchem ein Gutachter bei Erörterung der D.B.-Frage schrieb: „Falls es sich um Lues cerebri handelt, ist die D.B.-Frage zu verneinen, denn dann liegt nur eine neue Erscheinung der syphilitischen Infektion vor, welche nicht als D.B. gilt; falls sich aber eine unzweifelhafte Paralyse entwickelt, ist K.D.B. anzunehmen, weil für den Ausbruch dieser Krankheit die besonderen Verhältnisse des Kriegsdienstes als auslösend in Betracht kommen.“ Worauf der Gutachter diese Schlüsse gründet, hat er uns leider zu sagen vorenthalten. Gewiß unterscheidet sich die Paralyse

in sehr wesentlicher Beziehung von der Gehirnsyphilis (durch die viel spätere Entwicklung, den relativ schnellen und unaufhaltsam fortschreitenden Verlauf, das refraktäre Verhalten gegenüber antiluetischer Therapie sowie den autoptischen und mikroskopischen Befund), aber eine neue Erscheinung der syphilitischen Infektion ist die Paralyse zweifellos auch; und warum man das gleiche Trauma, das man als ursächliches Moment für die Paralyse mit verantwortlich machen will, für die cer.-spin. Lues ausschließt, ist mir unerfindlich. In dem schweren Fall von Hirnlues, auf den ich zum Schluß noch eingehen will, ist denn auch von anderer Seite die gleiche Beweisführung erhoben worden, die wir von der Paralyse her noch gewohnt sind. Es heißt da, daß eine syphilitische Gefäßerkrankung den Hirnveränderungen zugrunde liege, und es müsse daran gedacht werden, daß es neben dem eigentlichen syphilitischen Virus noch eine Reihe von Hilfsursachen gibt, die im beschleunigenden oder auslösenden Sinn wirken können. Der Gutachter nimmt demgemäß an, daß eine Summation von körperlichen Anstrengungen, Schädigungen und seelischen Erregungen während 3jähriger Kriegsdienstzeit (der Kranke war, wie der Gutachter ausführt, bei Kriegsausbruch 40jährig, hat während 2½ Jahren Gefechte und Stellungskämpfe mitgemacht, später beim Armierungsbataillon „körperlich recht schwer arbeiten müssen“, war häufigen starken Durchnässungen ausgesetzt, stand „wohl auch“ unter dem Eindruck der Sorge um seine große Familie, Heimweh und dergleichen sonstigen Imponderabilien) ungünstig auf das Gefäßnervensystem und damit auch auf die Gefäße selbst eingewirkt haben könne, so daß die Lähmung früher zum Ausbruch gekommen sei, in welchem Sinne K.D.B im Sinne einer Beschleunigung der vorliegenden Krankheit angenommen werden müsse. Es schloß sich dieser Auffassung ein zweiter Gutachter an und erklärte gleichfalls, daß hier von K.D.B mit großer Wahrscheinlichkeit gesprochen werden müsse, ebenso ausführend, daß außer der luetischen Infektion noch immer mit einem unbekannten Faktor gerechnet werden müsse, der in einem Falle eine progressive Paralyse, im anderen eine Tabes, im dritten eine Hirnlues auf der Grundlage der luetischen Infektion zustande bringe.

Ich würde mich wiederholen, wollte ich noch einmal diese Ausführungen widerlegen. Ich habe es ja bei Besprechung der progressiven Paralyse und früher bei Erörterung der D.B.-Frage bei Dem. praec. zur Genüge getan. Es sind immer wieder die gleichen sentimentalnen Betrachtungen und autistischen Argumentationen, die gleichen Spiegelfechtereien mit Worten wie „psychische Imponderabilien“ und Begriffen, die jeglicher Logik entbehren und wissenschaftlicher Kritik nicht standhalten. Aber mir schien es notwendig, sie noch einmal in größerem Umfange zu besprechen. Sie sind ein Dokument nachlässigen, autistisch unddisziplinierten Denkens; sie sind gefährlich, indem sie laienhafte Vorurteile mit einem wissenschaftlichen Mantel umkleiden,

unberechtigten Wünschen und Forderungen eine scheinbare Stütze geben, Mißtrauen und Unzufriedenheit schaffen und nähren. Von dem erstrebenswerten Ziel einer einheitlichen Begutachtung, die das Ansehen des ärztlichen Standes in hohem Maße fördern würde, sind wir leider noch weit entfernt. Für manche Fragen, die Beurteilung des Grades der Erwerbsminderung zum Beispiel, werden sich einheitliche Gesichtspunkte schwerlich aufstellen lassen. Über die ursächliche Bedeutung äußerer Schädlichkeiten, wie zum Beispiel des Krieges, müßten sich, meine ich, Richtlinien finden, müßte sich Einigkeit erzielen lassen. Möchten meine Ausführungen zum Erreichen dieses Ziels beitragen!
