

Lues cerebri.

Von
Professor Dr. August Bostroem.

Zur Darstellung kommen die Fälle, bei denen psychische Erscheinungen aufgetreten waren. Die anderen sehr viel weniger zahlreichen Fälle werden im neurologischen Abschnitt besprochen. Sie werden hier aber, um einen richtigen Eindruck von der zahlenmäßigen Häufigkeit zu gewinnen, wenigstens statistisch mit verwertet.

Die Diagnose Lues cerebri wurde bei 27 Männern und 12 Frauen gestellt, d. h. bei den Männern in 1,1, bei den Frauen in 0,7% der Aufnahmen. Eine Übersicht über die Verhältnisse der Gesamtaufnahmen zu allen syphilogenen Erkrankungen gibt folgende Tabelle:

| | | |
|----------------------------------------|--------|--------|
| Gesamtaufnahmen | 2432 ♂ | 1651 ♀ |
| Progressive Paralyse | 240 | 80 |
| Tabes | 28 | 15 |
| Lues cerebri | 27 | 12 |
| Syphilogene Erkrankungen insgesamt . . | 295 | 107 |

Darnach waren 12% der männlichen Gesamtaufnahmen und 6,5% der Frauenaufnahmen an syphilogenen Leiden erkrankt. Bei den Männern ist das Verhältnis zwischen Lues cerebri, Tabes und Paralyse 1 : 1 : 9, bei den Frauen 1 : 1,25 : 6,6.

Wie bei den syphilogenen Erkrankungen überhaupt, so haben auch bei der Lues cerebri nach allgemeiner Anschauung die Pupillenstörungen die Hauptbedeutung. Unter den 31 Fällen mit einwandfrei verwertbarem Befund waren 14mal die Pupillen normal, 7mal fand sich eine absolute, einmal eine unvollständige absolute Pupillenstarre, 7mal eine echte reflektorische, einmal eine unvollkommene reflektorische Starre, einmal war auf der einen Seite die Starre absolut, auf der anderen Seite reflektorisch. Bei diesem letzten Fall sowie bei 6 der Kranken mit echter reflektorischer Pupillenstarre fanden sich daneben noch einwandfreie tabische Erscheinungen.

Auffallend war die große Zahl der normalen Pupillenreaktionen. Eine besondere Beziehung zur Art und Schwere ließ sich bei diesen Fällen nicht feststellen. Es fanden sich darunter auch keine Kranken mit besonders zweifelhafter Diagnose weder auf klinischem noch auf serologischem Gebiet.

Neben den Pupillenstörungen wurden am häufigsten Hemiplegien, nämlich in mehr als der Hälfte der Fälle, beobachtet. Zum Teil waren diese Hemiplegien mit aphasischen Erscheinungen kombiniert. Aphasien überhaupt kamen 6 mal vor, Augenmuskelstörungen 5 mal, epileptiforme Anfälle ebenfalls 5 mal.

Von subjektiven Erscheinungen wurde weitaus am häufigsten über Kopfschmerzen geklagt, dann auch in einigen Fällen über Schwindel. Hirndruckerscheinungen in ausgesprochenerem Maße fanden sich zweimal, einmal davon mit Stauungspapille.

Artikulatorische Sprachstörungen fanden sich in 3 Fällen. Der erste dieser Kranken glich klinisch ganz einer Paralyse (L.). Er war kindisch, dement-euphorisch, die Pupillen waren absolut starr. Es bestand bei ihm eine langanhaltende Hemiplegie mit aphasischen Erscheinungen. Serologisch: 62/3 Zellen, Nonne Opalescenz, Liquor-Wassermann inaktiv 0, aktiv 0,2 +, 0,6 ++, 1,0 +++. Die Mastixkurve zeigte eine tiefe, aber spitz verlaufende Zacke. Wassermann im Blut war negativ. Differentialdiagnostisch kam klinisch vor allen Dingen eine Lissauersche Paralyse in Betracht. Eine endgültige Klärung war bis jetzt nicht möglich.

Bei dem zweiten Fall (F.) mit artikulatorischen Sprachstörungen handelte es sich um eine merkwürdige, wohl seit langem zu paranoischen Einstellungen neigende Persönlichkeit, die jetzt deutliche Defekte aufwies. Neurologisch fand sich eine reflektorische Pupillenstarre und eine Ataxie. Serologisch: 91/3 Zellen, Nonne Opalescenz, Wassermann im Liquor negativ; die Mastixkurve zeigte eine ganz flache, uncharakteristische Kurve. Der Blut-Wassermann war +++. Auch hier war bei dem klinischen Befund eine Paralyse nicht auszuschließen, wenngleich sie nach dem serologischen Befund sehr unwahrscheinlich war.

Am schwierigsten war — namentlich anfangs — die Differentialdiagnose bei dem nächsten Fall (Br.). Hier stand bei der Aufnahme im Vordergrund eine schwere euphorische Demenz mit typisch paralytischer Sprachstörung; die Sprache war nicht nur artikulatorisch beeinträchtigt, sondern auch die Abmessung der Tongebung, die Sprachmelodie sowie die Verlangsamung waren deutlich von paralytischem Charakter. Daneben fand sich eine Hemiplegie rechts. Serologisch: Der Liquor war mit Ausnahme einer geringen Zellvermehrung negativ, nur der Blut-Wassermann zeigte einen deutlich positiven Ausfall. Nach Hg-Schmierkur stellte sich eine deutliche Besserung ein, namentlich auch auf psychischem Gebiet. Der Kranke war zwar noch sehr ermüdbar, gelegentlich auch gereizt, die scheinbare Demenz hatte sich jedoch ganz wesentlich zurückgebildet, so daß er seinen Beruf als selbständiger Kaufmann, wie uns berichtet wurde, ohne Schwierigkeiten auszufüllen

vermochte. Kurze Zeit darnach hatte er noch ein Rezidiv, nämlich eine Augenmuskellähmung, die nach Judgebrauch verschwand.

Man wird mit großer Wahrscheinlichkeit alle diese 3 Fälle zur Lues cerebri rechnen müssen. Daß auch dabei Defekte vorkommen, ist ja nichts Ungewöhnliches. Hervorgehoben seien diese Fälle besonders mit Rücksicht auf die differentialdiagnostische Bedeutung der artikulatorischen Sprachstörungen. Aus den Erfahrungen bei der Paralyse (siehe diesen Abschnitt des Jahresberichts) ergab sich, daß gerade dieses Symptom bei der Paralyse in 94% der Fälle beobachtet wird, also zu den regelmäßigesten Kennzeichen dieser Erkrankung gehört. Trotzdem scheint es für die Differentialdiagnose gegenüber der Lues cerebri nicht verwendbar zu sein, wenngleich es hier wohl nur ausnahmsweise und offenbar rückbildungsvorkommt.

Eine andere Sprachstörung fand sich bei einem Kranken in Gestalt einer skandierenden Sprache. Hier handelte es sich um einen Fall von Lues cerebri, den wir als ein Gumma im Bereich des Kleinhirns ansprachen.

In 6 Fällen konnte eine Kombination von Lues cerebri mit Tabes angenommen werden. 2 Fälle dieser Art hatten klinisch-neurologisch nur tabische Erscheinungen aufgewiesen, sie waren aber psychisch auffällig gewesen (im wesentlichen Erscheinungen des exogenen Prädilektionstyps) und hätten so zur Annahme einer sog. Tabespsychose Veranlassung geben können. Die Sektion deckte aber neben der Tabes typische Veränderungen im Sinne der Lues cerebri auf. Bei den anderen Fällen sprachen die neurologischen Erscheinungen für eine Lues cerebri (hemiplegische Erscheinungen, Augenmuskelstörungen), daneben fanden sich noch unverkennbare tabische Symptome. Sektionsbefunde liegen hier jedoch nicht vor.

Einigermaßen sichere Angaben über die Inkubationszeit waren nur in 8 Fällen zu gewinnen. Diese sind natürlich für statistische Aufstellungen nicht zu brauchen. Das kürzeste Intervall zwischen Infektion und Ausbruch der Erkrankung betrug bei unseren Fällen 1 Jahr, das längste 24 Jahre. — Der aus den Fällen berechneten Durchschnittszahl von 9 Jahren kann bei dem kleinen Material ein statistischer Wert natürlich nicht beigemessen werden.

Die klinische Unterscheidung in einzelne Formen nach der üblichen Einteilung der pathologischen Anatomie ließ sich nur bei wenigen Fällen durchführen. Gummen haben wir dreimal vermutet. In dem einzigen Fall, der zur Sektion gekommen ist, wurde die Diagnose auch bestätigt; hier handelte es sich um multiple Gummen. Die meningeitische Form kam nur zweimal zur Beobachtung. Die Endarteriitis, bei der vor allem die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der Paralyse außerordentlich groß sind, glaubten wir 7 mal diagnostizieren

zu können. Sektionsberichte liegen darüber nicht vor. Einmal bestand wohl sicher eine Kombination von Lues cerebri mit Arteriosklerose. In zwei weiteren Fällen war wegen der Erhöhung des Blutdrucks die Möglichkeit einer solchen Kombination ventilirt worden.

Die serologischen Befunde können bei den differentialdiagnostischen Erwägungen gerade bei der Lues cerebri oft mit Vorteil herangezogen werden. Im allgemeinen scheinen sich folgende Erfahrungen zu ergeben: Neben der Wassermannschen Reaktion im Liquor, die bei ihrer Aus titrierung gerade für die Erkennung der Lues cerebri gute Dienste leistet, erscheint differentialdiagnostisch die Mastix- und Goldsolkurve verwertbar. Kranke mit Paralysekurve konnten auch trotz klinischer Besonderheiten in den meisten Fällen als Paralyse bestätigt werden; dagegen sahen wir auch eine Reihe von Paralysen mit atypischen Kurven. War aber neben der atypischen Paralysekurve die Wassermannsche Reaktion in geringen Konzentrationen negativ, so scheint das mit großer Sicherheit gegen eine Paralyse zu sprechen. Allerdings ist damit die serologische Unterscheidung zwischen Tabes und Lues cerebri noch nicht gegeben.

Psychische Veränderungen bei Lues cerebri.

Unter 39 Fällen von Lues cerebri insgesamt wiesen 12 Kranke keine psychischen Symptome auf. Bei den Hirnluetikern mit psychischen Besonderheiten fanden sich recht verschiedenartige Bilder: Bei 9 Fällen ließen sich mehr oder weniger deutliche Defekte feststellen. Meist waren diese Defekte, mit Ausnahme des oben erwähnten Falles Br., stationär, und in ihrer Art ließen sie sich in der Regel, wieder mit Ausnahme des Patienten L., von der paralytischen Demenz unterscheiden. Selbstverständlich sind die Unterschiede im allgemeinen schwer herauszuarbeiten. Es läßt sich nicht vermeiden, daß dabei vielfach von subjektiven Momenten Gebrauch gemacht wird; vor allen Dingen ist auch hier das Negative wichtig: der Demenz der Hirnsyphilitiker fehlt eben meist das paralytisch Schwächliche, Impotente, die Unregsamkeit und die Indolenz dieser Kranken, kurzum der Gesamteindruck ist ein anderer.

Unter dem Bilde exogener Reaktionstypen verliefen 7 Fälle. Zwei davon zeichnen sich durch ausgesprochene Hirndruckerscheinungen aus mit deutlicher schwerer Benommenheit. Zweimal standen Sinnestäuschungen im Vordergrund, jedoch waren auch diese Kranken ausgesprochen bewußtseinsgetrübt.

9 Kranke hatten nur leichtere psychische Beeinträchtigungen, die aber doch wohl mit dem Krankheitsprozeß zusammenhingen. Die meisten waren müde, verstimmt, gelegentlich reizbar. Meist war das Zustandsbild zu deuten als eine Mischung von leichten symptomatisch-

psychotischen Erscheinungen mit reaktiven Einschlägen. Schließlich sei noch über 2 Fälle berichtet, bei denen die Lues wohl überhaupt nicht ursächlich mit der psychischen Erkrankung zusammenhängt. Hierbei handelt es sich einmal um eine Schizophrenie, das andere Mal um eine hypomanische Verstimmung, die neben und wohl auch unabhängig von der Lues cerebri sich entwickelt hat.

Die bemerkenswerten Fälle, die sowohl bei der Paralyse wie bei der Lues cerebri zu verzeichnen sind, liegen meistens auf dem Grenzgebiet dieser beiden Erkrankungen, und es mag daher willkürlich erscheinen, ob man sie in dem Kapitel Lues cerebri oder Paralyse einordnen will.

Zunächst sei über folgenden Fall berichtet: Ein 40jähriger Mann S., der sich mit 24 Jahren mit Lues infiziert und reichlich Kuren durchgemacht hatte, fühlte sich seit einem Jahr zeitweilig nervös und bemerkte eine Unsicherheit beim Gehen, die er zunächst auf eine Beschädigung seines Knies im Felde zurückführte. Es war aber anderen Leuten schon aufgefallen, daß er sich auch in seinem psychischen Verhalten geändert habe. Zunächst machte der sehr redselig und kritiklos erscheinende Mann durchaus den Eindruck einer Paralyse, und zwar einer Taboparalyse. Es wurden verschiedentlich mit ihm spezifische Kuren vorgenommen, die auch eine Besserung erzielten; jedenfalls war es möglich, daß er seinen verantwortungsvollen Beruf, der ihn dabei noch zu nicht unerheblichen körperlichen Anstrengungen nötigte, wieder recht gut ausfüllen konnte. Mit experimentellen Prüfungen waren Defekte nicht nachweisbar gewesen. Bei späteren Aufnahmen war immer wieder der Optimismus, die geistige Beweglichkeit und Regsamkeit des Mannes erstaunlich. Gleichwohl hatte man stets den Eindruck einer gewissen Kritiklosigkeit, die man nach wie vor als Defekt deuten zu müssen glaubte. Im Jahre 1924 wurde eine Malariaikur mit ihm vorgenommen, die er ausgezeichnet überstand. Eine wesentliche Veränderung war danach nicht zu bemerken. Er konnte nach wie vor seinem Beruf ohne allzu große Schwierigkeiten versehen. Zunächst war allerdings eine Verschlechterung des Gehvermögens eingetreten. Er hat aber mit bewundernswerter Energie durch fleißige Übungen seiner Ataxie Herr zu werden gelernt, ein Umstand, der allein schon gegen das Vorhandensein einer Paralyse sprach. Ein Jahr später kam der Kranke wieder, diesmal mit einer ganz eigentümlichen Lähmung des linken Beins, die außerordentlich schwer zu deuten war. Es handelte sich dabei um eine ohne Hypertonie einhergehende Lähmung vom Prä-dilektionstyp, die man danach wohl als eine Lähmung im primären motorischen Neuron ansprechen mußte. Das Fehlen der Spasmen und das Ausbleiben der Reflexsteigerung müßte mit den schon vorher vorhandenen tabischen Erscheinungen (Hypotonie und Areflexie) erklärt

werden. Auffallend für eine Lähmung im Gebiet des primären motorischen Neurons war allerdings die Beteiligung des Glutaeus medius und minimus. Der elektrische Befund zeigte zwar eine Herabsetzung der elektrischen Reaktionen, eine Entartungsreaktion aber nur im Peronealgebiet, wo nach Angabe des S. schon früher eine Parese gewesen sein soll. Wir haben also hier den eigentümlichen Fall vor uns, nicht mit Sicherheit entscheiden zu können, ob eine periphere oder eine zentrale Lähmung vorliegt, ob also die Tabes zur Erklärung ihres Zustandekommens ausreicht, oder ob sie auf eine cerebrale Erkrankung bezogen werden muß. Jedenfalls aber sprach die Art und auch die Dauer der Lähmung durchaus gegen ihre paralytische Natur. Die serologischen Reaktionen, die vielfach ausgeführt wurden, ergaben anfangs eine mäßig erhöhte Zellzahl und eine Opalescenz nach Nonne. Diese Reaktionen, ebenso die Eiweißreaktionen, waren fast immer nachweisbar, Wassermann im Blut war negativ oder schwach positiv. Die Wassermannsche Reaktion im Liquor bei geringer Konzentration negativ oder schwach, von 0,6 ab in der Regel ++++. Die Kolloidkurve zeigte eine Zacke, die von der paralytischen wesentlich verschieden war, die sehr viel spitzer als diese verlief und nicht so weit nach unten reichte. Nach allem wird man an der Diagnose Paralyse doch wohl zweifeln, und zwar war dieser Zweifel schon geboten, bevor die Malariakur unternommen worden war. Die Kritiklosigkeit, die anfangs als Defekt gedeutet wurde, erwies sich, je näher man den Kranken kennen lernte, doch wohl als ein durch seine manische Art bedingtes Symptom. Manisch erschien auch die oberflächliche Einstellung gegenüber den vielen Mißhelligkeiten, die ihm seine körperlichen Beschwerden machten. Manisch und durchaus unparalytisch war vor allem die bewundernswerte Energie, mit der er trotz der erheblichen äußereren Schwierigkeiten, die ihm seine Lähmung und seine Ataxie in seinem Beruf bereiteten, immer wieder unermüdlich fleißig tätig war, und dann auch die Energie, mit der er seine Ataxie durch Übungen bekämpfte. Daß diese Fähigkeit lediglich durch eine Einsichtslosigkeit gegenüber seiner Erkrankung bedingt sein sollte, ist nicht anzunehmen, denn eine gewisse Krankheitseinsicht war sicher vorhanden; andernfalls hätte er nicht in dieser Weise versucht, seine Ataxie zu behandeln. Daß diese Einsicht nicht tiefer ging, scheint mir bei der ganzen Sachlage eher mit seiner hypomanischen Einstellung als mit einem Defekt zusammenzuhängen. Jedenfalls möchte ich annehmen, daß wir es hier mit einer Tabes bei einer hypomanischen Persönlichkeit zu tun haben. Vielleicht wird man auch eine Lues cerebri außerdem noch annehmen müssen.

Zu einer ähnlichen Diagnose kommen wir in dem folgenden Fall: Ein 46jähriger Mann, der seit längerer Zeit schon wegen Tabes in Be-

handlung war, klagte in letzter Zeit über nervöse Beschwerden. Bei der Aufnahme war er still und schien dement und kritiklos. Er wurde aber dann sehr bald lebhafter, laut und bot ein im ganzen manisches Zustandsbild. Die Pupillen reagierten prompt auf Licht und Konvergenz. Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlten. Es bestand eine deutliche Ataxie und positiver Romberg. Außerdem unsicher abgrenzbare Sensibilitätsstörungen in den unteren Extremitäten. Der serologische Befund war der einer Paralyse.

Es wurde die Diagnose Paralyse gestellt und der Kranke mit Malaria geimpft. Noch bevor die Malaria-temperaturen auftraten, wurde der Kranke unruhig, ausgesprochen ideenflüchtig, hatte Größenideen, die an paralytische erinnerten. Sein ganzes Verhalten war aber sehr viel regssamer als das eines Paralytikers; er war, trotzdem er längere Zeit schon in der Klinik war, immer auf dem laufenden in bezug auf Politik und andere Neuigkeiten, die er seiner regelmäßigen Zeitungslektüre entnahm, war schlagfertig und witzig, von einer nicht zu verkennenden Initiative. Nach und nach ließ die Erregung nach. Er wurde zugänglicher. Defekte waren bei ihm experimentell nicht nachweisbar. Ganz unvermutet bekam er einen Anfall, der ganz an einen paralytischen erinnerte. Er sprach danach mit lallender Stimme, der rechte Arm und das rechte Bein waren schlaff; außerdem hatte er auch eine deutliche Bewußtseinstrübung. Nach und nach erholte er sich wieder und wurde nach etwa 3 Tagen recht redselig. Im folgenden war seine Stimmungslage wechselnd, gelegentlich weinerlich, dann wieder hell manisch, gelegentlich leicht gereizt. Wenn man seinen Wünschen nach Entlassung nicht nachkam, konnte er ausgesprochen mißtrauisch und paranoisch werden. Nach und nach konnte er als unauffällig bezeichnet werden, so daß er allerdings noch in leicht hypomanischer Stimmung entlassen wurde. Er war dabei recht ruhig und beherrscht, versprach, „sich im Zaume zu halten, daß er der Klinik keine Schande mache“; Defekte waren in keiner Form nachweisbar, durchaus geordnet und erhaltene Persönlichkeit. Man könnte den Fall als eine Besserung resp. Heilung einer Paralyse durch Malaria deuten; ich halte jedoch diese Annahme nicht für sicher, da auch vor Einleitung der Fiebertherapie schon der Eindruck des Manischen unverkennbar war. Ich möchte daher diagnostisch lieber eine Kombination von Tabes resp. Lues cerebri und manisch-depressivem Irresein vermuten. Vielleicht war bei der Auslösung der manischen Erkrankung eine beginnende Lues cerebri im Spiel; denn daß an einen Hirnprozeß zu denken war, dafür sprachen schon die Anfälle.