

Arteriosklerose und senile Demenz.

Von
Dr. Clara Wilhelmi.

Von den in der Berichtszeit in die Klinik aufgenommenen Alterserkrankungen kamen 201 Krankheitsfälle zur Bearbeitung. Diese verteilen sich folgendermaßen auf die Geschlechter:

Tabelle 1.

	Männer	Frauen
Arteriosklerose	100	56
Senile Demenz	20	21
Alzheimersche Erkrankung	1	3

Über das Alter bei der Aufnahme und über die Form der Entlassung geben die untenstehenden Tabellen Auskunft.

Tabelle 2. Alter bei der Aufnahme.

	40—50	50—60	60—70	70—80	80—90	90—100
Arteriosklerose	4	30	66	43	12	1
Senile Demenz	—	—	6	21	13	1
Alzheim. Erkrankung	—	—	4	—	—	—

Tabelle 3. Alter und Erkrankungsform.

	Schlaganfälle	Allgem. Symptome	Extra-pyramidal. Sympt.-Komplex	Halluzinator. Verwirrth.	Arteriosklerose u. senile Demenz	Senile Demenz	Alzheimer-sche Erkrankg.	Übrige Formen
45—50	1	3	—	—	—	—	—	—
50—60	14	5	3	3	2	—	1	5
60—70	26	9	6	8	11	6	4	7
70—80	13	3	8	5	10	18	—	4
80—90	4	—	5	—	6	9	—	1
90—100	—	—	1	—	—	1	—	—
Zusammen	58	20	23	16	29	34	4	17

Tabelle 4. Form der Entlassung.

	Männer	Frauen
Nach Hause	35	14
In andere Krankenhäuser	5	1
Ins Spital	—	4
In eine Heil- und Pflegeanstalt	46	36
Gestorben	35	25
Zusammen	121	80

Alkohol und Nicotin.

Auf Alkohol- und Nicotinabusus wurde in der Anamnese nicht immer geachtet. Die 49 Fälle, in denen anamnestische Daten darüber erhoben wurden, verteilen sich wie folgt:

Tabelle 5.

Alkohol u. Nicotin		Alkohol		Nicotin		Weder Alkohol noch Nicotin
viel	mäßig	viel	mäßig	viel	mäßig	
2	5	17	5	5	2	13

Erblichkeit.

Tabelle 6.

Familie	Schlaganfälle	Allgem. Symptome	Extra-pyram. Symp.-Kompl.	Halluzinator. Verwirrth.	Arteriosklerose u. senile Demenz	Senile Demenz	Übrige Formen
Schlaganfälle	10	3	1	2	1	2	—
Sonstige Alterserkrankungen .	3	6	3	6	8	2	4
Andere Geisteskrankheiten .	—	—	—	3	2	—	1

In 4 Fällen, in denen Kranke sehr früh ihren ersten Schlaganfall bekamen, ist die gleichsinnige Belastung in der Familie sehr deutlich.

Ge., gest. 51 Jahr, mit 48 Jahren erster Schlaganfall; Vater an Gehirnschlag gestorben.

Ru., gest. 54 Jahr, mit 51 Jahren erster Schlaganfall; Mutter und Schwester (48 Jahr) an Schlaganfall gestorben, eine Schwester mit 56 Jahren Gesichtslähmung.

Ho., gest. 54 Jahr an Schlaganfall, Vater mit 57 Jahren an Gehirnschlag gestorben.

St., 56 Jahr, erster Schlaganfall mit 54 Jahren. Mutter mit 68 Jahren „kindisch“.

Schlaganfälle.

Die Kranken, bei denen die Arteriosklerose zu Apoplexien geführt hat, wurden gemeinsam behandelt. Es sind dabei die Apoplexien im eigentlichen Sinne des Wortes ausgewählt, also schlagartiges Hinfallen, wobei kurze Bewußtlosigkeit ohne auch nur vorübergehende Herdsymptome nicht mitgerechnet wurde. Es handelt sich um 58 Fälle, von denen 16 in der Klinik starben; zur Sektion kamen 10. Von diesen waren 7 an einer frischen Apoplexie gestorben.

Zwei Kranke kamen in bewußtlosem Zustande in die Klinik und zeigten Déviation conjuguée nach links. Bei der Sektion fand sich in dem einen Falle eine Arteriosklerose mit einer großen, frischen Erweichung (He.) im Parieto-occipital-Gebiet links, im anderen Falle (Sp.) eine etwas ältere Erweichung im linken Parietallappen.

Ein Kranker (80 Jahre) starb an einer frischen Erweichung in der Medulla oblongata.

Von den anderen 4 Fällen gebe ich kurze Auszüge aus der Krankengeschichte und verweise für den Sektionsbefund noch auf den anatomischen Teil.

K. Ho., 54 Jahre, Beamter. Vater mit 54 Jahren an Gehirnschlag gestorben. Pat. selbst ziemlich viel getrunken. 2 Tage vor der Aufnahme erkannte er die Angehörigen nicht mehr, sprach undeutlich. In der Klinik sensorische Aphasie, Lebhafte P.- und ASR. r. > l. (?), Babinski, Oppenheim l. Patellarklonus angedeutet. Hemianopsie nach rechts. Blutdruck 180/120. In einigen Tagen erholt, nur noch geringe Wortfindungsschwierigkeiten. Hemianopsie verschwunden, gab aber an, komische Bilder oben an der Wand zu sehen. Sah farbige Kreise rechts. Hinter sich rechts habe er einen Mann im weißen Mantel gesehen. Hörte singen. Meinte selbst, es sei Einbildung. 5 Tage nach der Aufnahme Insult, Hemiplegie links. Schwer benommen, leicht delirant verwirrt. Exitus am gleichen Tage.

(Sektion: Arteriosklerose. Frische Blutung, Zerstörung eines großen Teiles des tieferen Marks und der Stammganglien rechts. Ältere Blutung in der Sehstrahlung links.)

E. Sa., 50 Jahre, Kaufmann. Vor $\frac{5}{4}$ Jahren Anfall mit Krämpfen. Vor $\frac{1}{2}$ Jahr Apoplexie, Lähmung rechts, Sprache lallend, Schreiben unmöglich, nach 14 Tagen erholt, Wortfindung und Aussprache der Worte blieb erschwert; schwerbesinnlich. Vor $\frac{1}{4}$ Jahr neuer Anfall. 8 Tage vor der Aufnahme nachts unruhig, morgens desorientiert. Aderlaß, kurz danach Insult, Lähmung rechts. In der Klinik motorisch unruhig, Bewußtseinstrübung. Exitus nach 2 Tagen. Körperlich: Spastische Hemiparese rechts, besonders des rechten Beines. Periost- und Sehnenreflexe gesteigert, r. > l., Patellar- und Fußklonus r. Pupillen etwas entrundet. Fundus bds. Stauungspapille, Blutungen. Blutdruck 150/50.

(Sektion: Arteriosklerose. Große frische Blutungen im Occipitallappen links. Durchbruch in den Ventrikel. Ziemlich große alte Herde l. Hirnschwellung.)

F. Ru., 54 Jahr, Buchbindereibesitzer. Mutter und eine Schwester (48 Jahre) an Herzschlag gestorben, eine Schwester mit 56 Jahren Gesichtslähmung. Vor über 2 Jahren erster Schlaganfall. Bewußtlos, linke Seite gelähmt, war 3 Wochen lang „irr“; nach 2 Monaten wieder allein gegangen. Seitdem unordentlich. In letzter Zeit größere Unruhe, fiel am Tage der Aufnahme aus dem Bett, rechte Seite gelähmt. Bei der Aufnahme Déviation conjuguée nach links. Pupillen: L./R. bds. träge, wenig ausgiebig. Spastische Hemiplegie rechts. Hypertonie links. Periost- und Sehnenreflexe gesteigert, r. > l., Fußklonus rechts. (Wechselnde neurologische Befunde.) Blutdruck 200/80. Schwere Bewußtseinstrübung, unartikuliertes Schreien, motorische Unruhe. Scheint zu halluzinieren, horcht auf, gibt lebhaft Antwort. Paraphasien. Exitus nach 10 Tagen.

(Sektion: Schwere Arteriosklerose. Frische große Blutungen parieto-occipital links. Durchbruch in den Ventrikel.)

H. St., 62 Jahre. Vor 1 Jahr Schlaganfall, danach mehrere Stunden blind. Vor 2 Tagen zweiter Schlaganfall, Erbrechen, Sprachstörung, sah wie durch eine Röhre. In der Klinik delirant verwirrt, unruhig. Lässt fast unverständlich paraphasisch. Desorientiert. Auffassung erschwert. Körperlich: Träge Lichtreaktion der Pupillen. Fraglicher Babinski und Oppenheim rechts. Unsicherer taumelnder Gang. Blutdruck 210/120. Exitus nach 11 Tagen.

(Sektion: Große frische Blutung im Occipitallappen links mit Durchbruch in den Ventrikel.)

6 Kranke kamen in einer deliranten Bewußtseinstrübung in die Klinik im Anschluß an einen leichten apoplektiformen Insult. Zwei von ihnen konnten orientiert und besonnen entlassen werden, zwei starben.

Die Sektion ergab bei dem einen (Mo., 70 Jahre), der 4 Monate vorher einen Insult mit Halbseitenlähmung links und Sprachstörung erlitten hatte, die nach einigen Tagen verschwand, eine Arteriosklerose mit multiplen kleinen Herden. Im Striatum diffuser Zellausfall (klinisch war an der rechten Hand ein grober Schütteltremor aufgefallen).

G. Ge., 51 Jahre, Malergehilfe. Vater an Gehirnschlag gestorben. Pat. rauchte sehr viel, litt schon lange an Kopfweh. Vor 3 Jahren Grippe und Schlaganfall, Hemiplegie rechts, Sprachstörung; in einem halben Jahr gebessert, arbeitete wieder. Vor 2 Jahren Schlaganfall, Lähmung rechts, Sprachstörung, die blieb, während die Lähmung sich besserte. 3 Wochen vor der Aufnahme dritter Schlaganfall; Hemiplegie, Sprache nachher besser als vorher. Nach 3 Tagen erholt. 10 Tage vor der Aufnahme verwirrt. In der Klinik motorisch erregt, redet delirant vor sich hin. Scheint zu halluzinieren. Desorientiert, erschwerte Auffassung, keine Aphasie. Artikulatorische Sprachstörung. Nach 4 Tagen Exitus letalis. Körperlich: Reflexe lebhaft, Bauchdecken- und Cremasterreflexe fehlen. Gang trippelnd, schwankend. Romberg stark positiv. Blutdruck 140/90.

Sektionsbefund: (s. Anatomischer Teil). Arteriosklerose mit zahlreichen älteren und frischeren Herden in den Stammganglien und Hemisphärenmark und -rinde.

C. Scha., 63 Jahre. Mutter Schlaganfälle, Vater an Altersschwäche gestorben. Seit 5 Jahren unsicherer Gang. Vor 1½ Jahren Fieber; linker Mundwinkel hing herab, verwirrt. Seit 1 Jahr Schleifen der Beine. Unsauber in der Wohnung. Fürchtete, der verstorbene Mann könne sie verfolgen. Desorientiert. Verwirrt, brauchte falsche Worte. Nach einigen Tagen wie vorher. Sprache blieb verändert. Vor 2 Monaten zweimal aus dem Bett gefallen, seitdem verwirrt. Wollte die Tochter mit einem Seitengewehr umbringen. Sah Tiere und Menschen im Zimmer, sprach mit ihnen, unruhig. In der Klinik desorientiert. Merk- und Gedächtnisschwäche. Sprache langsam, klobig, oft unverständlich, verwirrt, inkohärent, Vordersatz und Nachsatz ohne Beziehung. Literale und verbale Paraphasie, erschwerte Wortfindung, Haften; Sprachverständnis erhalten. Verkennt Personen, konfabuliert. Verwirrtheit und Merkstörung wechselnd, einige Tage freier. Nach 2 Monaten deutliche Besserung, keine Aphasie mehr. Körperlich: Anfangs Parese beider Beine, Facialisparesis links. Patellar- und Fußklonus bds., r. > l. Peripherie Arteriosklerose. Blutdruck 200/130. Bei der Entlassung leichte Parese des linken Beines, keine Kloni mehr. Fällt beim Gehen nach hinten.

Bei einer Kranken, die nach mehreren Schlaganfällen mit einer Embolie der Arteria centralis retinae in einer deliranten Bewußtseinstrübung in die Klinik kam (der Vater war an Herzschlag gestorben, sie selbst hatte viel getrunken) und bei der Alkoholismus und Arteriosklerose angenommen wurde, fand sich bei der Sektion (in der Heilanstalt ausgeführt) eine mäßige Arteriosklerose der basalen Gefäße und Encephalomalacie. Erweichungsherd am Boden des III. Ventrikels. Im Herzen im linken Vorhof ein etwa walnußgroßer weicher Tumor.

Zweimal wurde außer bei dem oben erwähnten Fall (Sa.) eine Stauungspapille gefunden.

A. Fe., 66 Jahre, Gesangslehrerin. Seit 1916 eigenartig. 1922 erster Insult, 1—2 Monate gelähmt. 1923 und 2 Tage vor der Aufnahme neuer Insult. Fiel hin ohne Bewußtseinsverlust. In der Klinik keine Herdsymptome, lebhaft, geschwätzig, geringe Merk- und Urteilsstörung. Einige Tage verfallen, bewußtseinsgetrübt. Erholte sich wieder gut. Hochgradige Stauungspapille. Die Kranke starb nach einem neuen Insult in der Anstalt.

Der Sektionsbefund ergab eine ausgedehnte Arteriosklerose (s. Anatomischer Teil), alte Erweichungsherde, Erweichungsherd parieto-occipital.

Der andere Kranke, der in der Klinik starb, wurde nicht seziert:

St., 58 Jahre. Seit 1½ Jahren epileptiforme Anfälle. Müdigkeit, Kopfweh. Vor der Aufnahme starker Erregungszustand, warf Gegenstände umher, zerriß Bettwäsche, schimpfte und fluchte. In der Klinik tiefe Bewußtlosigkeit. Schnelle Zuckungen im linken Oberschenkel. Geringe Zuckungen im Facialis, grobes, langsames Zittern der linken Hand, Hypertonie, zeitweise unvermutet Rigor. Pupillen entrundet, Stauungspapille bds. (beginnend?). Blutdruck 140/80. Klinisch wurde die Diagnose: Arteriosklerose (Tumor?) gestellt.

Eine Kranke (*Ha.*) kam in bewußtlosem Zustande in die Klinik und starb nach 2 Stunden. Sie hatte links gesteigerte Reflexe und Babinski; es wurde klinisch Apoplexie angenommen; bei der Sektion fand sich eine Arteriosklerose mit multiplen kleinen Erweichungsherden, keine Blutung.

In 2 Fällen trat eine Apoplexie im Anschluß an Aderlaß auf; beide Kranken hatten schon früher Schlaganfälle erlitten und auch schon wiederholt Aderlässe gut vertragen. Der eine wurde oben ausführlich erwähnt (*Sa.*), der andere konnte bald gebessert entlassen werden.

Die übrigen Fälle haben zu folgenden Restzuständen geführt:

Halbseitenlähm. ohne erhebliche psychische Störung	Aphasia	Pseudo- bulbär- Paralyse	Extra- pyramidal Motilitäts- störung	Demenz	ohne erhebliche Residuen	gestorben, nicht seziert
8	4	4	3	13	4	5

Anhangsweise möchte ich noch einen Fall erwähnen, in dem eine Apoplexie angenommen wurde, welche Diagnose der anatomische Befund nicht bestätigte (s. dort).

F. Schm., 66 Jahre. Mutter 3 Schlaganfälle. Von 7 Kindern 6 im ersten Lebensjahr gestorben. Führte bis jetzt den Haushalt, machte alles richtig. Vor 14 Tagen ohne Bewußtseinsverlust Sprachstörung und Lähmung des rechten Armes, kurzdauernde Lähmung des rechten Beines. In der Klinik somnolent, erschwerete Auffassung. Sprache völlig unverständlich. Bald soporös, unruhige Bewegungen des linken Armes. Körperlich: Rechtsseitige Hemiplegie. ASR. r. gesteigert. Babinski r. +. Wa.R. Ø. Lumbalpunktion wurde nicht ausgeführt. Blutdruck 135/65. 2. Aortenton akzentuiert.

Sektion: Schwere Gefäßveränderungen. Rindenpurpura. Entzündliche Veränderungen.

Allgemeinsymptome.

Beginnende arteriosklerotische Erkrankungen und solche, in denen Allgemeinerscheinungen, Schwindel oder kurzdauernder Bewußtseins-

verlust (hierzu werden auch 2 Fälle mit epileptiformen Anfällen gezählt) das Bild beherrschen, wurden in der Berichtszeit 20 in die Klinik aufgenommen. Von diesen Kranken starben zwei; einer konnte seziert werden.

Wi., 77 Jahre, Holzhändler. Eltern an Altersschwäche gestorben. Vor 1½ Monaten vom Stuhl gefallen, bewußtlos, keine Lähmung; seitdem kindisch, unklar, desorientiert. Vergiftungs- und Größenideen. In der Klinik anfangs im Scopolaminschlaf, nachts plötzlich erregt, schreit gellend, sehr geängstigt, bat, man möchte es doch noch lassen. Starb nach einem Tag. Körperlich: ASR. 0. PSR. schwach. Grobschlägiger Tremor und Zuckungen der Hände; bei passiven Bewegungen Spannen in den Armen, wechselnd.

Anatomisch: Arteriosklerose mit mikroskopischen Herden, vor allem in den Stammganglien.

Auf die Altersstufen verteilen sich diese Erkrankungen wie folgt:

Tabelle 10.

	Schwindel	Bewußtlosigkeit	Epileptif. Anfälle
40—50	3	—	—
50—60	1	3	1
60—70	3	5	1
70—80	1	2	—

Demente Kranke wurden zu dieser Gruppe nur dann gezählt, wenn Anfälle von Bewußtlosigkeit auftraten.

Die Beziehungen dieser Anfälle zum Blutdruck zeigt folgende Zusammenstellung:

Tabelle 11.

	Schwindel	Bewußtlosigkeit	Epileptif. Anfälle
unter 130	—	1 (gestorben)	—
130—150	—	5	—
150—170	1	1	—
170—190	5	2	1
190—210	2	1	1

Extrapyramidaler Symptomenkomplex.

In dieser Gruppe wurden die Fälle zusammengefaßt, die deutliche Motilitätsstörungen im Sinne des extrapyramidalen Symptomenkomplexes zeigten, die nicht im Anschluß an eine Apoplexie entstanden waren.

In den hier erörterten Fällen wurden nicht gezählt die Fälle, bei denen der kleinschrittige, unbefohlene senile Gang auffiel, ohne daß über Rigidität oder Tremor etwas vermerkt worden wäre.

Die in der Berichtszeit beobachteten Fälle von extrapyramidalen Motilitäts-Störungen verteilen sich wie folgt:

Tabelle 12.

	Männer	Frauen
Palilalie	3	3
Paralysis agitans	1	1
Hemiballismus	—	1
Rigor	4	2
Tremor	1	2
Tremor und Rigor	3	2
Zusammen	12	12

In einem Falle (Schl.) wurde zu Unrecht arteriosklerotische Muskelstarre angenommen. Die Kranke hatte angegeben, mehrere Schlaganfälle erlitten zu haben und seitdem in den Bewegungen langsamer geworden zu sein. $\frac{1}{2}$ Jahr vorher hatte sie eine Grippe durchgemacht. Sie starb am Tage nach der Aufnahme; es handelte sich bei ihr um eine Encephalitis epidemica.

Von diesen Kranken starben 11 in der Klinik; in 5 Fällen konnte die Sektion gemacht werden. 2 Kranke, die klinisch Rigor und Tremor geboten hatten, zeigten Arteriosklerose der größeren und kleineren Gefäße, kleine multiple Erweichungsherde, besonders in den Stammganglien, ein Befund, der sich allerdings auch bei anderen Kranken fand. Beide Kranken waren dement, dabei unruhig und zeigten gelegentlich Zwangswinneten; bei der einen trat wiederholt Echolalie (Ko.) auf.

In 6 Fällen wurde die von *Pick* genauer analysierte Sprachstörung extrapyramidaler Genese beobachtet, die Palilalie. In 4 Fällen zeigte sie die echolalische Form, in 2 Fällen die einfach reaktive. Es fiel außer der Wiederholung der Sätze und Worte auch meist das charakteristische Leiser- und Schnellerwerden sowie die artikulatorische Verschlechterung auf. Alle diese Kranken waren dement und zeigten mehr oder minder schwere aphasische Störungen.

Ka., 57 Jahre, Heizer. Vor 1 Jahr Beginn mit Schwindelanfällen, seitdem Verschlechterung der Sprache und des Gedächtnisses. In der Klinik stieß Pat. die einsilbigen Antworten schnell hervor, wiederholte jedes Wort mehrmals. Die Sprache wurde bei den Wiederholungen schneller und undeutlicher. Unterdrücken konnte er die Wiederholungen nicht. Spontan sprach er nicht, schrieb vielmehr etwaige Wünsche auf. Beim Schreiben traten die Wiederholungen ebenso wenig auf wie beim Lesen und beim Reihensprechen; keine Iterativbewegungen. Amnestisch-aphasische Störungen, keine deutliche Apraxie. Urteilsschwäche, herabgesetzte Merkfähigkeit. Körperlich: Rigor der Extremitäten, Hypokinese, geringere Mitbewegungen des linken Armes beim Gehen. Blutdruck 220/140. Lumbalpunktion: 170 Druck, alle Reaktionen negativ.

Von diesen Kranken starben 3 in der Klinik; es kam aber nur eine zur Sektion.

P. Fr., 57(?) Jahre. Seit Jahren erregbar, seit 2 Jahren Gangrän am Unterschenkel, zunehmende Demenz, desorientiert. Nächtliche Unruhe. Bewußtseins-

trübung. In der Klinik tiefe Bewußtseinstrübung, wiederholt die Fragen palilatisch ohne zu antworten, jammert leise oder schreit laut. Schreit gellend bei jeder Berührung. Vor dem Tode nur noch Schreie in palilischem Rhythmus: Forte einsetzend, rhythmisch wiederholt, in raschem Decrescendo verstummend. Körperlich: Fahlgelbe Gesichtsfarbe. Gesteigerte Reflexe, r. > l., Babinski, Oppenheim, Fußklonus r. > l. Keine sichere Lähmung. Blutdruck 185/100. Wa.R. 0. Liquorbefund negativ. Bei der Sektion fand sich eine ausgebreitete schwere Arteriosklerose der großen Hirngefäße. Erweichungsherde in der Rinde, besonders in den Stammganglien, Blutungen im Mark.

Hemiballismus.

Ki. U., 65 Jahre, war immer leidend. Seit 3 Jahren oft bettlägerig, vor 2 Jahren Grippe, konnte schlecht schlafen. 14 Tage vor der Aufnahme Schleuderbewegungen des linken Armes. In der Klinik schlaftrig, aber bei Nennung ihres Namens sofort attent. Merkfähigkeit herabgesetzt, Orientierung erhalten. Klägt über Schmerzen im linken Bein und Kälte der Extremitäten. Abends unruhiger, besonders dann choreatiforme, weit ausholende Schleuderbewegungen der linken oberen und unteren Extremitäten, die viele blutunterlaufene Stellen und Gelenkschwellungen zeigen. Pat. kann die Bewegungen unterdrücken, bemerkt sie aber selbst spontan meist nicht. Extremitäten distal cyanotisch. Links Hypotonie. PSR. r. +, l. 0. ASR. bds. 0. Bauchdeckenreflexe 0. Peripherie Arteriosklerose. Blutdruck 165/80.

Sektionsbefund (s. Anatomischer Teil): Arteriosklerose mit multiplen Erweichungsherden, einer im Corpus Luys links.

Die übrigen Formen der extrapyramidalen Motilitätsstörung zeigten alle eine mehr oder minder fortgeschrittene Demenz.

Eine Kranke möchte ich ihres besonderen anatomischen Befundes wegen, für den ich auf das Kapitel über Anatomie verweise, noch kurz erwähnen:

Kr., 62 Jahre, Schweinehüterin. Immer gesund, frisch; vor 3 Wochen Sehstörung, 2 Tage später Schreck, seitdem „nicht mehr richtig“. Lief planlos umher, schreckhaft. In der Klinik Orientierungsstörung, weitschweifig, indifferent, stumpf, ermüdbar. Rasche Verschlechterung. Benommenheit, delirante Verwirrtheit, greifende Bewegungen nach rechts, schien auch nach dieser Seite zu halluzinieren. Körperlich: Homonyme Hemanopsie nach links. Wechselnde Rigidität und negativistische Spannung der Extremitäten. Bewegungsarmut. Katalepsie. Blutdruck 190/110.

Akute halluzinatorische Verwirrtheitszustände ohne Apoplexie.

In dieser Gruppe habe ich 16 Krankheitsfälle vereinigt, die ohne vorherigen oder früheren Schlaganfall zu Verwirrtheitszuständen mit Halluzinationen oder zu deliranten Erscheinungen führten. Die Krankheitsbilder sind weder klinisch noch pathologisch-anatomisch einheitlich. (Die Sektion zeigte einmal einen uncharakteristischen Befund, einmal einfach senile Veränderungen.) Es handelt sich dabei zum Teil um akute Verwirrtheit bei Demenzzuständen, zum Teil um eine Kombination mit Alkoholismus (zweimal), zum Teil traten sie in Abhängigkeit von dem körperlichen Zustand (zweimal, Herzinsuffizienz) auf, viermal wurden pseudourämische Zustände beobachtet (Schwerbesinnlichkeit, delirante Bewußtseinstrübung, Rest-N nicht erhöht).

Es starben 5 Kranke, die alle seziert werden konnten.

A. Ka., 60 Jahre, Fuhrknecht. Seit 1 Jahr nicht mehr gearbeitet. In der Klinik anfangs desorientiert, Merk- und Urteilsstörung, Gedächtnis für früher besser. Sprache artikulatorisch gestört. Haften. Ängstlich, mißtrauisch, motorische Unruhe. Konfabulationen. Allmählicher Verfall, delirant, greifende Bewegungen mit den Händen. Exitus. Blutdruck 120/70. Diagnose: Arteriosclerosis cerebri (Alkoholpsychose?).

Sektion: Uncharakteristische chronische Veränderungen.

M. Hu., 72 Jahre, Bergmann. Immer Sonderling, jähzornig, geizig. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr schlechter; Angst, rief um Hilfe, immer erregter, sprang gegen die Tür, wollte Gewehre ausgraben, er werde bald erschossen. In der Klinik: Wild erregt, aggressiv, schimpft wütend, horcht in die Ecke, hört schießen, macht sägende Bewegungen, flüstert vor sich hin. Springt herum. Exitus im Kollaps. PSR. l. > r. Blutdruck 110/60. Diagnose: Arteriosclerosis cerebri.

Sektion: Einfach senile Veränderungen.

J. Se., 62 Jahre, Bäcker. Herzinsuffizienz, Ödeme, Dyspnoe. Angeblich kein Alkohol. Störte durch nächtliche Unruhe. In der Klinik delirante Bewußtseinstrübung. Inadäquate, sinnlose Antworten, reiht nur Worte aneinander. Am folgenden Tag klarer, fragt erstaunt, was gewesen sei. Auffassung gut, Merk- und Orientierungsstörung, Konfabulationen. In der Folgezeit wechselte das körperliche Befinden und damit die psychischen Erscheinungen. Bei Verstärkung der Ödeme und der Dyspnoe wird auch die dauernd bestehende leichte Benommenheit und Unruhe vermehrt. Er schreit um Hilfe, versucht aus dem Bett zu steigen, spricht, schimpft, ist äußerst verwirrt. Auf Herzmittel ruhiger und klarer, humoristische Stimmung, agil, munter, interessiert. Später traten akustische Sinnestäuschungen hinzu, er antwortete, stellte Gegenfragen, äußerte auch paranoische Ideen, man wolle ihn umbringen, sprach von Morden, die geschehen seien. Noch später trat wieder ein Beschäftigungsdelir auf, bis der Kranke schließlich vor dem Tode keine Fragen mehr auffaßte und nur mit Klangassoziationen antwortete. Körperlich außer der Herzinsuffizienz Reflexdifferenzen, l. > r. Blutdruck 160/75. Lumbalpunktion: Druck 250 mm, Zucker 60 mg-%, sonst alle Reaktionen negativ.

Sektionsbefund: Arteriosklerotische Gefäßveränderungen.

De., ♀, 75 Jahre. Mutter mit 90 Jahren an Altersschwäche, Vater mit 63 Jahren an „Asthma“ gestorben. 2 Schwestern boten das gleiche Zittern (Tremor des Kopfes und der Hände) wie Pat. Seit 1 Jahr reizbar, sah Männer auf den Bäumen, die ihr drohten, glaubte sich bestohlen. Zuletzt Erregungszustände. Hypochondrische Beschwerden. In der Klinik anfangs ruhig, geordnet, lebhaft, weitschweifig. Merkfähigkeit etwas herabgesetzt, Intelligenz, Gedächtnis o. B. Nach 2 Monaten plötzlich erregt, fühlt sich von einer Nachbarin verächtlich behandelt, werde von ihr beschimpft, solle etwas genommen haben. Gestikuliert stark, schimpft, klagt, drängt fort, verkennt Personen, ängstlich erregt. Schreit laut, rennt sinnlos im Bad herum. Somnolenz. Exitus. Blutdruck 190/150.

Bei der Sektion fand sich eine Arteriosklerose mit kleinen Erweichungsherden in den Stammganglien.

A. Za., ♂, 66 Jahre. Kommissionär. Seit $\frac{1}{4}$ Jahren pensioniert. Herzbeschwerden. In der Klinik schwerbesinnlich, desorientiert, konfabuliert, suggestibel. Leichte Inkohärenz, Haften, verbale und literale Paraphasien. Merkschwäche. Delirant, benommen. Sehr ermüdbar. Exitus nach 7 Tagen. Körperlich: Atemnot, Herzinsuffizienz. Keine Ödeme. PSR. und ASR. nicht auslösbar. Blutdruck 140/80. Pupillen entrundet.

Diagnose: Pseudourämie.

Sektion: Multiple Erweichungsherde.

Die folgende Kranke hatte eine gewisse Ähnlichkeit mit dem oben erwähnten Se., nur daß hier starker Alkoholabusus hinzukam.

W.e., ♀, 70 Jahre. Vater mit 76 Jahren gestorben, Mutter mit 76 Jahren an „Asthma“ gestorben. Pat. schon immer nervös, trinkt viel Schnaps. Seit 8 Tagen ängstlich, verwirrt, sieht Gestalten, schreit laut auf, will fort, betet laut. In der Klinik anfangs geordnet, erinnert sich an den Verwirrtheitszustand, wisse selbst nicht, was war, habe alles durcheinander bekommen, sich mit Leuten unterhalten, habe Männer gesehen, ein großes Schiff. Weitschweifig, umständlich, lebhaft, ideenflüchtig. Merkfähigkeit herabgesetzt, sonst keine Intelligenzdefekte, keine Sprachstörung. 5 Tage später Kollapszustand. Somnolenz, lallende Sprache. Einige Tage später verwirrt, erregt, unruhig, desorientiert, konfabuliert, verkennt Personen. Sprache schlecht artikuliert, Wortfindungsschwierigkeiten. Schimpft, eine Kranke ziehe ihre Sachen an, erzählt verworren von ihrer eigenen Beerdigung (früheres Erlebnis einer Verwechslung mit einer Tante?). Nach einigen Tagen vollkommen klar, orientiert, erkennt die Umgebung.

Einzelfälle der Arteriosklerose.

4 Kranke wurden moribund eingeliefert, bei dreien fand sich eine Arteriosklerose mit kleinen Herden. Bei der vierten Kranken, die einen Abdominaltumor hatte, ergab die Sektion: Uncharakteristische chronische Veränderungen. Dura-Tumor als Nebenbefund.

In 3 Fällen traten Wahnbildungen auf, die an manische oder schizophrene Bilder erinnerten.

O. Ma., 73 Jahre, Finanzrat. Bruder, Schwester und Tante geisteskrank, Mutter Suizidversuch. Pat. war immer jähzornig, nahm alles schwer, tagelang schwer genießbar. Seit Jahren gereizt. Vor 2 Monaten begann er auf die Jesuiten zu schimpfen. Tyrannisierte in letzter Zeit seine Familie, duldeten keinen Widerspruch, niemand durfte sprechen. Behauptete, eine Telefonverbindung mit Gott zu haben. Machte Pläne zur Finanzierung der Reichsschuld. Wurde unruhig, äußerte Suizidideen. Ähnliche Ideen auch in der Klinik, er sei Friedensvermittler der Welt, wisse Deutschlands Weiterentwicklung, wisse alles durch einen Hauch, auch seinen Todestag. Ablenkbar, verliert den Faden, zuweilen etwas verworrender Gedankengang. Weitschweifig. Auffassung etwas erschwert, intellektuell nicht beeinträchtigt. Stimmung labil. Blutdruck 210/110.

In einem Fall, der mit einer Contusio cerebri in die Klinik kam, wurde außer dieser Erkrankung eine Arteriosklerose angenommen (68 Jahre, rigide Arterien); die psychischen Erscheinungen, Verwirrtheit, Merk- und Orientierungsstörungen, schwere sensorische Aphasie, schienen aber in der Hauptsache durch die Contusio bedingt, besserten sich auch wesentlich bis zur Entlassung.

Von den 7 depressiven Kranken, für die ich im übrigen auf den Abschnitt über manisch-depressives Irresein verweise, starb eine, bei der die Sektion eine Arteriosklerose der basalen Gehirnarterien ergab.

Senile Demenz.

Die Diagnose Senile Demenz wurde in der Berichtszeit unter den bearbeiteten Fällen 41 mal gestellt. In 7 Fällen war eine sichere Abgrenzung von Arteriosklerose nicht möglich. (Einer der einschlägigen Fälle

ergab bei der Sektion eine Kombination beider Erkrankungen.) In 5 Fällen war die Krankheit erst im Beginn und hatte noch keine schwere Schädigung gesetzt, zum Teil standen diese Greise noch an der Grenze des Normalen. 9 andere zeigten paranoide Auffassungen, vor allem Bestehlungsfurcht, aber auch die Furcht, umgebracht zu werden, man spreche über die Kranken.

F. Schu., 81 Jahre. Jammert mit nörgelnder Stimme, glaubte, verleumdet zu sein, der Magistrat habe sich gerächt, weil sie nicht zwischen 10 und 12 ins Spital gegangen sei. Er habe ihr zu verschiedenen Zeiten geschadet. „Der Westwind ist ja so viel Schuld“. Der sei seit dem Krieg, sei für die Bauern, damit was wächst, seitdem sehe sie nichts mehr. „Nach dem Krieg ist diese abscheuliche Westrichtung gekommen, und alle die kleineren und größeren Erdbeben.“ Sie habe 7 Übel, habe aber einige vergessen. Starke Urteils-, Gedächtnis- und Merkstörung.

Sektion: Rindenatrophie. Drusen und Fibrillenveränderung.

9 von diesen Kranken starben in der Klinik; 6 kamen zur Sektion. In 5 Fällen ergab die Sektion eine allgemeine Rindenatrophie mit Drusen und Fibrillenveränderungen.

In einem Fall fand sich bei der Sektion neben uncharakteristischen chronischen Veränderungen ein Duratumor als Nebenbefund (vgl. auch anatomischer Teil):

P. Hi., 75 Jahre, Tagelöhnerswitwe. Seit 1 Jahr Schmerzen im Gesicht. Bestrahlung. Nach der zweiten Bestrahlung schlechter, unruhig, ängstlich. In der Klinik desorientiert, haftet, faßt schwer auf, Sprache fast unverständlich. Starke Merkfähigkeits- sowie Gedächtnis- und Urteilsstörung. Ängstliche Unruhe. Beim Aufrichten klonusartige Zuckungen im Fußgelenk, besonders links. Körperlich: Ca. maxillae links. PSR. r. > l. Rigor. Mimische Starre. Lumbalpunktion: Druck erhöht, sonst o. B.

Alzheimersche Erkrankung.

4 Fälle von Alzheimerscher Erkrankung wurden in der Berichtszeit in der Klinik beobachtet, von denen 3 ad exitum kamen und bei der Sektion die typischen Alzheimerschen Drusen und Fibrillenveränderungen zeigten. Bei 2 von diesen Kranken war die Diagnose intra vitam gestellt worden, bei dem dritten war Arteriosklerose angenommen. Eine dieser Kranken (Ab.) wurde von *Grünthal* in seiner Arbeit über die Alzheimersche Krankheit¹⁾ veröffentlicht.

A. Schw., 66 Jahre, Bergmann. Seit 7 Jahren krank, vergeßlich, kindisch, saugrob, konnte nicht mehr rechnen und lesen, konnte nicht antworten. In der Klinik Verkennt der Situation, der Personen. Gibt inadäquate Antworten, inkohärent, Sprachverständnis schwer gestört, auch Gestensprache nicht verstanden. Rededrang. Paraphasien. Saugreflex. Delirant. Ständige Unruhe, zupft an der Bettdecke, pfeift, singt. Spricht mit Personen, die er zu sehen scheint. Streckt die Arme aus. Schimpft, schlägt um sich. Zornig, gewalttätig. Nachts unruhig.

Körperlich: Pupillen entrundet, L.-R. fehlt rechts, links träge. C.-R. nicht zu prüfen. Bauchdeckenreflexe fehlen. PSR. lebhaft, ASR. wegen Spannung

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 101.

der unteren Extremitäten nicht zu prüfen. Blutdruck 115/75. Lumbalpunktion: Völlig negative Reaktionen. Diagnose: Arteriosklerose.

M. Hu., 62 Jahre, Schneiderin. Immer leicht aufgereggt, schnell zornig. Früher gutes Gedächtnis. Seit 3 Jahren auffällig, sehr vergeßlich, ging bei den Bestellungen zu falschen Kunden, irrte sich in den Tageszeiten. Weinerlich seit $\frac{3}{4}$ Jahren. Zerschnitt seit 14 Tagen die Stoffe beim Zuschnieden. In der Klinik schnell ermüdbar, verweist bei Fragen an die Schwester. Sucht im Saal nach ihren Sachen, geht zwecklos umher. Versteht oft falsch. Starke Gedächtnis-, Merk- und Urteilstörung. Haften. Verkennt die Situation. Inkohärent. Wortfindungsstörungen (anfangs besser). Paraphasien. Logoklonie. Konfabuliert. Schreiben 0. Gibt inadäquate oder ausweichende Antworten. Weinerlich-gereizt, abwehrend. Wimmert schließlich fast ununterbrochen tränenlos vor sich hin. Sucht auf der Decke umher, faltet sie zusammen, nestelt herum. Körperlich: Blutdruck 165/70, später 120/60. Spannungen in den Beinen.

I. Wa., 61 Jahre. Früher lebenslustig, musikalisch, energisch, nur etwas furchtsam. Seit 6 Jahren energielos; im Beginn der Inflation kannte sie die Karten und das Geld nicht, vergaß alles, beschäftigte sich etwas auf Anweisung, keine Initiative. Teilnahmlos, stumpf. In der Klinik ratlos, weinerliche Stimme, leicht gereizt, gespannt. Findet sich in der Situation nicht zurecht. Schwere Merk- und Gedächtnisstörung. Verweist bei unbequemen Fragen auf den Mann. Inkohärent, Form erhalten. Wortfindungsstörungen. Umschreibungen. Haften. Paraphasien. Parapraxie. Andeutung von Logoklonie. Paragraphie. Gesten nicht immer erkannt. Sprachverständnis wechselnd. Stimmung wechselnd, gereizt, heiter oder weinerlich. Körperlich: Pupillen eng, etwas verzogen. Leichte Anisokorie. Patellarreflexe lebhaft. Blutdruck 165/110. Lumbalpunktion o. B. Katalepsie nach 1 Jahr: Zustand verschlechtert, kann sich gar nicht mehr helfen, vergißt sofort alles. Ängstlich, interesselos. Deutliche Logoklonie. Sonst wie in der Klinik.
