

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität zu Königsberg i. Pr.
[Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. E. Meyer].)

Beitrag zur Nosobiologie der progressiven Paralyse.

(Unter Zugrundelegung des Krankenmaterials der Universitätsklinik
zu Königsberg i. Pr. [1904–1929].)

Von

Dr. L. Halpern, z. Zt. Berlin.

Mit 6 Textabbildungen.

(Eingegangen am 17. Januar 1931.)

Die progressive Paralyse stand seit jeher im Mittelpunkt des klinischen Interesses. Allein das eigenartige Krankheitsbild, das, mit seiner vielfältigen Symptomatologie auf körperlichem und psychischem Gebiete zugleich, wie kein anderes im pathologischen Geschehen die Doppelfunktion des Nervensystems widerspiegelt, war geeignet, die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich zu lenken. Die besondere Stellung, die die Paralyse einnimmt, beruht heutzutage in der Hauptsache auf der Sicherstellung einer Reihe von fundamentalen Erkenntnissen, die Ursprung und Ablauf dieser Krankheit betreffen: die luische Ätiologie, die klinische Symptomatologie, die pathologische Anatomie und schließlich die Malaria-Impfbehandlung. Es war zu erwarten, daß mit der Erschließung der eigentlichen Wesensart der Paralyse die weitere Problemstellung insofern sich wandeln würde, als an Stelle des Zentrums der Krankheit ihre Peripherie mehr in den Vordergrund treten würde. Ist die Grundfrage geklärt, so steigt auch wiederum der Wert einer Betrachtung der weiteren Bedingtheiten einer Krankheit. In der Tat zeigt die Literatur in den letzten Jahren eine stärkere Zuwendung zu Fragen *um* die Paralyse. In Veröffentlichungen aus verschiedenen Kliniken wird das Paralysematerial von biologischen, soziologischen und ethnologischen Gesichtspunkten aus beleuchtet und auf seine allgemeine Gesetzmäßigkeit geprüft. In Verfolgung ähnlicher Ziele ist unter Heranziehung des Paralysematerials der Königsberger Nervenlinik auch vorliegender Beitrag entstanden.

I. Über die Häufigkeit der Paralyse.

Es ist noch nicht allzu lange her, daß die vorwiegend von *Krafft-Ebing*, *Kraepelin* und *Obersteiner* vertretene Ansicht einer Zunahme der

Paralyse in den letzten Jahrzehnten allgemeine Gültigkeit besaß. Erst in der Nachkriegszeit haben *Pilcz* und *Bonhoeffer* durch ihre Angaben über den Rückgang der Paralysehäufigkeit in Wien und Berlin diese These schwankend gemacht. Vor wenigen Jahren hat *Bumke* in der Festschrift für *Hoche* auf Schwankungen in der Paralysehäufigkeit in Deutschland hingewiesen und besonders hervorgehoben, daß diese Schwankungen an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten und in manchen Gegenden, aber gar nicht zu beobachten sind. Aus diesem Sachverhalt ergibt sich die Notwendigkeit, für den Kreis dieser noch ungeklärten Fragen weiteres Tatsachenmaterial heranzuziehen, das trotz der Unvollkommenheiten, die im allgemeinen einer jeden derartigen Erhebung anhaften, zu ihrer Lösung Wesentliches beitragen kann.

Unser Material¹ umfaßt eine Zeitspanne von 26 Jahren; es beginnt mit dem Jahre 1904, ein Jahr nach der Gründung der Psychiatrischen Universitätsklinik als Abteilung des Städtischen Krankenhauses, die den eigentlichen Beginn der klinischen Psychiatrie in Königsberg bedeutet. Die Zahlen aus den Kriegsjahren, während deren die Klinik als Lazarett diente, sind zurückhaltend zu bewerten, worauf im einzelnen an den entsprechenden Stellen noch hingewiesen werden wird. Sonst sind in dem Zeitraum von 1904—1929 merkbare Änderungen, seien sie allgemeiner oder lokaler Natur, die eine Einflußnahme auf die natürliche Paralysebewegung zur Folge haben könnten, nicht eingetreten. Die Leitung blieb all die Jahre hindurch in denselben Händen und auch dem inzwischen erfolgten Ausbau der serologischen Methoden dürfte in der Diagnostik der an und für sich schon *klinisch* erfaßbaren Paralyse keine erheblichere Bedeutung zukommen. Der im Juli 1913 eröffnete Neubau der Klinik hat eine vermehrte Aufnahme von Kranken ermöglicht, die sich, dem Charakter der Klinik als zentrale Anstalt für die gesamte Provinz entsprechend, aus städtischen und ländlichen Bewohnern zugleich rekrutierten.

Einen Gesamtüberblick über die Paralysebewegung im Laufe dieser Jahre geben die hier dargestellten Kurven (Abb. 1).

Daraus ist zu ersehen, daß das Jahr 1913 in der Paralysebewegung in Königsberg einen Wendepunkt bedeutet. Der Prozentsatz der Paralyse war in den ersten Jahren relativ hoch, er erreichte seinen Gipfel in den Jahren 1905—1906, um dann nach einer Abnahme im Jahre 1908 wieder anzusteigen und auf derselben Höhe bis 1913 zu bleiben. Die in den Jahren 1913—1914 abfallende Kurve zeigt dann einen flachen, gegen frühere Jahre wesentlich niedriger liegenden Verlauf, wovon

¹ Das Material stammt ausschließlich aus der Klinik und ist an Hand der einzelnen Krankheitsgeschichten bearbeitet worden. Die Krankheitsgeschichten des Jahres 1903 haben wegen ihrer Unvollkommenheit nicht berücksichtigt werden können. Die Gesamtzahl der bearbeiteten Fälle beträgt 1293, davon sind 1058 Männer und 235 Frauen.

auch die Kriegsjahre keine Ausnahme machen. Mit geringen Schwankungen bleibt doch, trotz Vermehrung der absoluten Paralysezahl der Prozentsatz im Verhältnis zur größeren Gesamtaufnahme auf der gleichen Höhe.

Untersucht man gesondert den Prozentsatz der an Paralyse erkrankten

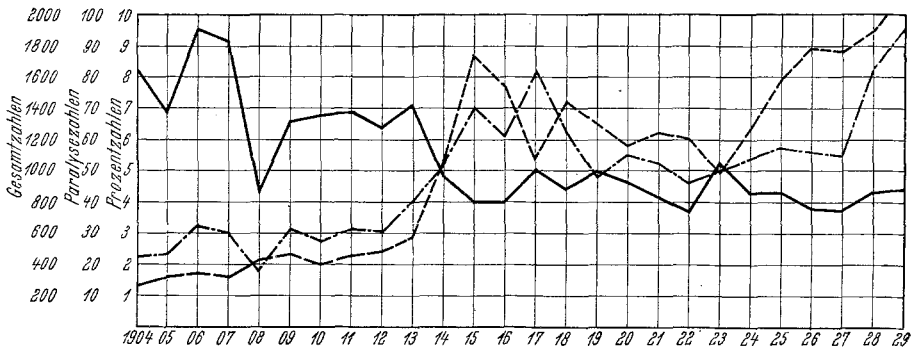


Abb. 1. Königsberg.

— — — — — Gesamtaufnahmen. — — — — — Paralyseaufnahmen.
 ————— Prozentsatz der Paralyse zur Gesamtaufnahme.

Männer und Frauen zur *Gesamtkranken Aufnahme*, so ergibt sich im großen und ganzen ein paralleler Verlauf (Tabelle 1, S. 74 u. 75).

Die schon im Vorherigen dargestellte Abflachung der Prozentsatzkurve läßt sich auch demonstrieren, wenn man die Prozentzahlen der männlichen Paralytiker zu den männlichen Aufnahmen und die der

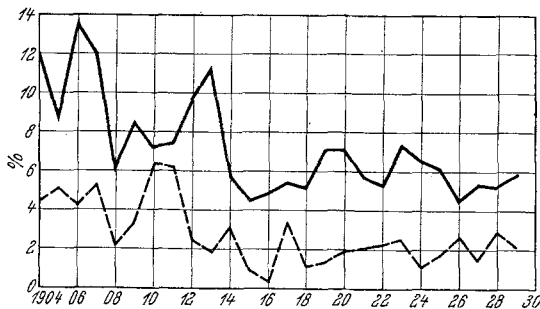


Abb. 2. ————— Männer — — — — Frauen.

weiblichen Paralytiker zu den weiblichen Aufnahmen registriert (Abb. 2). Auch hier zeigt sich ein Niedergehen der Prozentsatzkurve, und zwar bei den Männern mit dem Jahre 1914, während bei den Frauen diese Abwärtsbewegung bereits 2 Jahre vorher — im Jahre 1912 — einsetzt. Gleichzeitig läßt sich darstellen, daß an dem Sinken der prozentualen Paralysezahl beide Geschlechter ziemlich gleichmäßigen Anteil haben.

Tabelle 1. Gesamt- und Einzelprozentsatz

Jahr	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915
Männer	5,9	4,5	7,7	7,1	3,4	5,2	4,0	4,2	5,3	6,0	3,8	3,9
Frauen	2,2	2,4	1,8	2,1	1,0	1,5	2,8	2,7	1,1	1,1	1,0	0,1
Gesamt	8,1	6,9	9,5	9,2	4,4	6,7	6,8	6,9	6,4	7,1	4,8	4,0

Tabelle 2. Vergleichende prozentuale Darstellung der syphilitischen Krankheiten des Nervensystems.

Jahresgruppe	Paralyse	Tabes	Lues. cerebrospinalis	Gesamtprozentsatz
1909—1913	6,7	1,07	1,02	8,79
1914—1918	4,44	0,81	0,87	6,12
1919—1923	5,39	0,58	0,89	6,86
1924—1928	4,15	0,77	1,27	6,19

Im weiteren sind auch die in gleichen Zeiträumen beobachteten Fälle von *Hirnlues* und *Tabes dorsalis* zum Vergleich herangezogen,

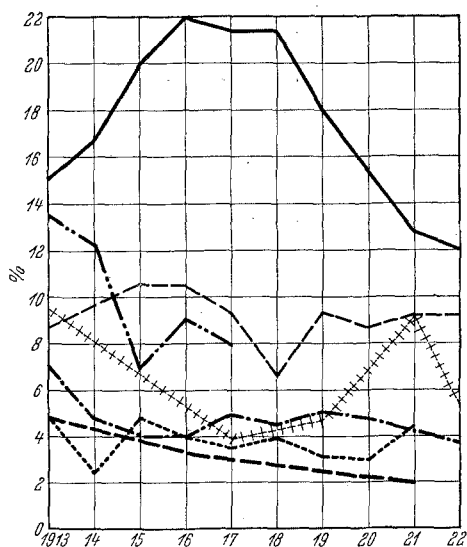


Abb. 3. Königsberge eingetragen in das Diagramm von Bumke.

————— Leipzig - - - - - Breslau
 - - - - - München ······ Freiburg
 - - - - - Königsberg - - - - - Berlin
 + + + + + Rostock.

weil ihre Betrachtung auch für die Beurteilung der Paralysebewegung wichtig und interessant erscheint (Tabelle 2). Die Berechnung des Gesamtprozentsatzes aller hiesig bedingten Erkrankungen des Nervensystems, von 1909—1928 in Fünfjahresgruppen geordnet, zeigt eine Tendenz zur Abnahme. Hierzu ist noch zu bemerken, daß die Kriegsjahre, über deren Verwertung in der Literatur manches für und wider angeführt worden ist, auch bezüglich des Gesamtprozentsatzes keine aus dem Rahmen fallenden Ergebnisse zeitigen. Die gesonderte Betrachtung der einzelnen Erkrankungen zeigt, daß auch die *Tabes* einen geringen Abfall aufweist, der allerdings viel weniger steil verläuft als bei der Paralyse.

Eine Ausnahme bildet die *Lues cerebrospinalis*, die in dem Jahrfünft 1924—1928 im Verhältnis zu den zwei vorherigen Jahresgruppen beträcht-

der männlichen und weiblichen Paralysen.

1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929
3,9	4,5	4,2	4,3	3,8	3,3	3,0	4,0	3,8	3,6	2,7	3,1	3,1	3,6
0,1	0,6	0,2	0,5	0,9	0,8	0,9	1,1	0,5	0,7	1,1	0,6	1,2	0,9
4,0	5,1	4,4	4,8	4,7	4,1	3,9	5,1	4,3	4,3	3,8	3,7	4,3	4,5

lich zugenommen hat. Wenn auch die Zunahme der Lues cerebrospinalis den Gesamtprozentsatz dieser Jahresgruppe nicht heraufzusetzen vermag, verdient sie doch Beachtung. Die weitere Auswertung der Ergebnisse in bezug auf diesen Punkt im Laufe der kommenden Jahre wird zeigen, ob diese Zunahme der Lues cerebrospinalis ein im Rahmen der gewöhnlichen Schwankungen auftretender Zufallsbefund ist oder eine Tendenz ankündigt. Vielleicht ist dies im Verein mit einer eventuellen Abnahme der Paralyse eine Erscheinungsform von mehreren, die mit dem Problem der Wandlung der biologischen Lebensbedingungen der Spirochaete im Organismus, als Folge der modernen Syphilisbehandlung, vielleicht zusammenhängt.

Im Nachstehenden folgt das Diagramm von *Bumke* mit Einzeichnung der Königsberger Kurve (Abb. 3). Die schon vorher gezeigte Paralyseabnahme in Königsberg tritt hier nicht so deutlich hervor, weil die Kurve hier erst im Jahre 1913 beginnt, in welchem der wesentlichste Abfall bereits vollzogen ist. Ähnliche Verhältnisse wie Königsberg zeigt im Diagramm *Berlin* auch damit, daß der Abfall der Paralyse auch dort im Jahre 1913 beginnt. Auch in *Breslau* ist der Prozentsatz bis 1921 im Abnehmen, während *Leipzig* nach einem Anstieg mit dem Höhepunkt im Jahre 1916 erst 1918 wieder heruntergeht. Ein ganz anderes Verhalten zeigen *München*, *Freiburg* und *Rostock*, die im Laufe der gegebenen Zeitspanne teils auf ungefähr gleicher Höhe bleiben, teils mit ihren starken Schwankungen keine deutliche Richtung aufweisen.

II. Das Alter der Paralytiker.

Die Paralyse hat kein biologisches Prädilektionsalter im eigentlichen Sinne. Das Anschwellen der Paralysefälle im mittleren Lebensalter ist im Verein mit der biologisch bedingten Latenzzeit in einem gewissen Maße soziologisch begründet durch die augenblickliche Lebensgestaltung der modernen Gesellschaft. Daß das Alter der Paralytiker zur Zeit der Aufnahme in den meisten Fällen nicht dem Erkrankungsalter entspricht, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Das gilt insbesondere von den Fällen, die nicht akut mit einem paralytischen Anfall, sondern mit allmählich sich entwickelnden psychischen Veränderungen beginnen, die von der Umgebung meist erst spät erkannt werden. Die hiesige Bevölkerung zeigt erfahrungsgemäß diesbezüglich eine noch höhere

Toleranzgrenze, die durch eine allgemein größere Indolenz gegenüber Eigenheiten der Mitmenschen zu erklären ist.

Die auf einem Material von 1248 Fällen basierende Aufstellung der Altersverhältnisse ergibt ein steiles Ansteigen der Fälle im vierten Lebensjahrzehnt (Abb. 4). Den Höhepunkt mit der größten Zahl von

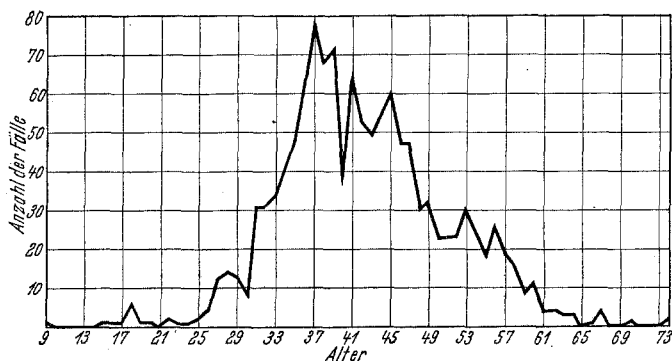


Abb. 4. Gruppierung der Paralytiker nach dem Alter.

Paralysen erreicht bei dem vorliegenden Material das 37. Lebensjahr, von welchem ab ein allmählicher Abfall einsetzt. Der aus der Kurve hervorgehenden Abnahme der Paralyse im Alter von 40 Jahren dürfte im Hinblick auf die deutliche Tendenz der Kurve keine prinzipielle Bedeutung zugemessen und diese als Zufallsbefund gedeutet werden. Fernerhin ergibt die gesonderte Betrachtung der Altersverteilung nach *Geschlechtern* keine grundsätzlichen Unterschiede im Verlauf auch der unter diesem Gesichtspunkte eruierten Kurven.

III. Die Berufsschichtung.

Besonderes Interesse hat seit langem die Frage der Beteiligung der verschiedenen Berufsschichten an der Paralyse erweckt. Bekanntlich bestand längere Zeit hindurch die Annahme, daß der Offiziersstand eine besonders große Zahl von Paralysen liefert, was durch die statistischen Untersuchungen der letzten Zeit nicht restlos bestätigt werden konnte.

Tabelle 3. Anteil der verschiedenen Berufsgruppen an der Paralyse.

Beruf	Anzahl der Fälle	Prozent-satz	Beruf	Anzahl der Fälle	Prozent-satz
Handwerker	263	21,1	Akademiker	79	6,3
Beamte	243	19,4	Ohne Beruf	67	5,4
Kaufleute	205	16,4	Schankgewerbe. . .	49	3,9
Arbeiter	156	12,5	Landwirte	46	3,7
Angestellte	100	8,0	Militär	41	3,3

Die meisten Autoren stimmen heutzutage darin überein, daß der Kaufmannsstand von der Paralyse stark betroffen sei. Die an unserem Material von 1249 Fällen vorgenommene Gruppierung nach Berufen sieht 10 Gruppen vor, die geordnet sind nach der Stärke ihrer Beteiligung an der Paralyse (Tabelle 3). Voran gehen, wie ersichtlich, die Handwerker mit 21,1% — der Kaufmannsstand steht bei unserem Material an dritter Stelle —, während die Offiziere und Mannschaften im Verhältnis von 18:23 die letzten in der Reihe sind¹. Hervorzuheben ist noch, daß im Hinblick auf die Frage der sozialen Schichtung die Ehefrauen denselben Berufsgruppen zugeteilt worden sind, wie ihre Männer. Mit Ausnahme der Gruppe „ohne Beruf“, in der die Frauen die Mehrheit bilden vermochte die Zurechnung der weiblichen Angehörigen zu den Berufen ihrer Männer die Reihenfolge der Gruppen nicht entscheidend zu beeinflussen.

Eine weitere Frage, die besonderes Interesse verdient, ist die einer im Laufe der Jahre eventuell eingetretenen Verschiebung der Paralysefrequenz unter den verschiedenen Gesellschaftsschichten. Zu diesem Zwecke wurden die Paralytiker in Gruppen von 2 Jahrzehnten vor und nach dem Kriege vergleichend geprüft, während das aus den Kriegsjahren stammende Material aus begreiflichen Gründen nicht verwertet werden sollte (Tabelle 4). Hieraus geht ohne weiteres hervor, daß sich

Tabelle 4. Vergleichende Darstellung des Anteils der verschiedenen Berufsgruppen an der Paralyse vor und nach dem Kriege.

Beruf	Prozent- satz aus den Jahren 1904—1913	Prozent- satz aus den Jahren 1919—1928	Beruf	Prozent- satz aus den Jahren 1904—1913	Prozent- satz aus den Jahren 1919—1928
Handwerker . . .	23	17,9	Ohne Beruf . . .	7,0	7,0
Beamte	17,2	22	Akademiker . . .	4	6,5
Arbeiter	17,2	11,3	Schankgewerbe .	4	3,5
Angestellte	12,8	6,0	Landwirte	2,2	4,7
Kaufleute	11,1	18,4	Militär	1,5	2,7

in den entscheidenden Gruppen insofern eine Verschiebung vollzogen hat, als im letzten Jahrzehnt in den sogenannten sozial höheren Schichten die Paralyse zugenommen hat. Am prägnantesten wird der soziale Aufstieg der Paralyse demonstriert an Hand der Ergebnisse der sozial abgestuften Schichten, wie sie heutzutage die Arbeiter, Angestellten, Kaufleute und Akademiker in der Gesellschaft repräsentieren.

¹ Die Zahlen für das Militär, insbesondere für den Mannschaftsstand, gestalten sich durch die Kriegsjahre etwas zu ungünstig, wenn auch bei der Art der hier üblichen Krankenblätter der bürgerliche Beruf meistens eruiert werden konnte.

IV. Die regionäre Verteilung.

Daß die Bevölkerung der Städte einen größeren Prozentsatz von Paralyse abgibt als die Landbewohner, ist allgemein bekannt. Die Ursache hierfür ist wohl die in den Großstädten häufiger auftretende Lues, die naturgemäß auch eine stärkere Frequenz der Paralyse zur Folge hat. Daneben soll aber nicht unberücksichtigt bleiben, daß die städtische Bevölkerung, trotz allen Fortschritts auf dem Lande in der letzten Zeit, ausgiebiger durch die Klinik erfaßt wird. An Hand unseres Materials seien einige Gesichtspunkte zur Paralysebewegung in Stadt und Land

Tabelle 5. Anteil von Stadt und Land an der Paralyse in 2 Fünfjahresgruppen.

Jahre	Stadt	Land	Gesamt
1920—1924	185	58	243
1925—1929	312	67	379
Zuwachs	127	9	136

hervorgehoben. Es folgt hier eine Aufstellung von 622 Paralysefällen der letzten 10 Jahre unter Ausschluß der Zugezogenen in 2 Fünfjahresgruppen (Tabelle 5). Daraus geht hervor, daß der Zuwachs der

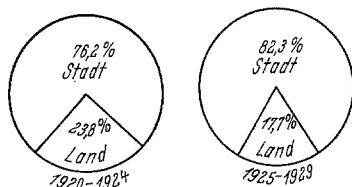


Abb. 5. Anteil der Bevölkerung von Stadt und Land an der Paralyse.

Paralyse — in absoluten Zahlen — in den letzten 5 Jahren gegenüber den ersten fast ausschließlich von der Stadtbevölkerung gestellt wird, während die Zahl der Fälle vom Lande annähernd konstant bleibt. Zur besseren Veranschaulichung dieses Sachverhaltes dient die bildliche Darstellung, die den Anteil von Stadt und Land in Prozenten angibt (Abb. 5).

Eine weitere Gliederung des ausschließlich ostpreußischen Krankenedmaterials nach Kreisen bietet einen Einblick in die regionäre Verteilung der Fälle auf die Provinz (Tabelle 6). So interessant diese Aufstellung nach Kreisen auch sein mag, liefert aber sicherere Ergebnisse das Verhältnis der Paralyse eines Regierungsbezirkes zu der Zahl seiner Einwohner (Abb. 6). Das Ergebnis dieser Aufstellung ist insofern bemerkenswert, als es vergleichende Werte für das Vorkommen der Paralyse in den einzelnen auch ethnologisch unterscheidbaren Regierungsbezirken der Provinz Ostpreußen liefert. Setzt man nämlich die Zahl der Paralysefälle in Beziehung zur Zahl der Bewohner — nach der Volkszählung 1925 — des entsprechenden Regierungsbezirkes, so kommen auf einen Paralytiker in den Regierungsbezirken Königsberg,

Gumbinnen und Allenstein in der genannten Reihenfolge nachstehende Bevölkerungszahlen:

1: 2000;

1: 2500;

1: 5000.

Tabelle 6. *Regionäre Verteilung der Paralysen in der Provinz Ostpreußen.*

Regierungsbezirk Königsberg		Regierungsbezirk Gumbinnen		Regierungsbezirk Allenstein	
Kreis	Zahl der Fälle	Kreis	Zahl der Fälle	Kreis	Zahl der Fälle
Königsberg . . .	232	Insterburg . . .	31	Johannisburg . .	21
Fischhausen . . .	32	Tilsit	29	Allenstein	12
Heiligenbeil . . .	23	Gumbinnen . . .	21	Osterode	12
Pr. Eylau	23	Niederung	21	Lyck	11
Friedland	21	Stallupönen . . .	19	Lötzen	11
Wehlau	20	Ragnit	19	Rössel	11
Labiau	20	Pillkallen	16	Ortelsburg	10
Pr. Holland	17	Oletzko	15	Neidenburg	10
Rastenburg	16	Darkehmen	13	Sensburg	7
Braunsberg	12	Angerburg	13		
Gerdauen	12	Goldap	8	Gesamtzahl	105
Bartenstein	10	Gesamtzahl	205		
Heilsberg	8				
Mohrungen	5				
Gesamtzahl	451				

Bei der Zahl des Regierungsbezirks Königsberg ist der Faktor der Großstadt von Bedeutung. Ziehen wir in Betracht, daß die Bevölkerungszahl in den Regierungsbezirken Gumbinnen und Allenstein annähernd die gleiche ist, so fällt umsomehr auf, daß das Vorkommen der Paralyse im Regierungsbezirke Allenstein um die Hälfte kleiner ist. Die Registrierung dieser interessanten Tatsache enthebt uns nicht der Notwendigkeit, auf den in diesem Zusammenhang wichtigen ethnographischen Gesichtspunkt hinzuweisen, und zwar auf die große Zahl der *Masuren*, die in diesem Regierungsbezirke vertreten sind. Wir haben vor uns ein durch Religion, Sprache und Kultur-niveau sich deutlich abhebendes Volkstum, das von der Zivilisation noch wenig berührt und von der Lues wahrscheinlich noch nicht durchseucht ist. Auf jeden Fall liegt die Annahme eines Zusammenhanges zwischen dem im Verhältnis zu den anderen Regierungsbezirken so auffallend seltenen Auftreten der Paralyse im Bezirk Allenstein und der

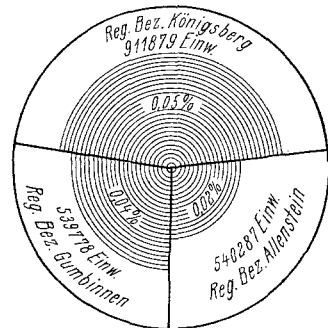


Abb. 6. Verhältnis der Paralysen zur Einwohnerzahl.

kulturellen Sonderart seiner Bewohnerschaft sehr nahe. Bedenkt man, daß bestimmte von Naturvölkern bewohnte Gegenden wie Algier, Abessinien, das tropische Afrika — dort sogar trotz großer Verbreitung von Syphilis — nach den vorliegenden Berichten nahezu paralysefrei sind, so gewinnt diese Annahme an Wahrscheinlichkeit.

Da die Religionsverhältnisse in Ostpreußen zugleich Indizien zur Volkszugehörigkeit abgeben, sei noch die Verteilung der Fälle nach den Religionen angeführt. Von 1245 Fällen waren 1107 Protestanten, 103 Katholiken und 35 Juden. In dieser letzteren Zahl enthalten sind 18 in Ostpreußen ansässige Juden, während die übrigen 17 aus dem Osten zur Behandlung in die Klinik gekommen waren. Die Zahl der an Paralyse erkrankten Ostjuden hat sich vorwiegend in den letzten Jahren gehäuft und hängt mit der Erschütterung der Grundfesten des altjüdischen Lebens in neuerer Zeit zusammen.

V. Über die klinischen Zustandsbilder.

Unter klinischem Zustandsbild sei hier das *psychische* Bild verstanden, dasjenige eigentlich, das das Wesen der Paralyse ausmacht. An Hand des Materials sollte nach Momenten gefahndet werden, die das psychische Bild womöglich variieren. So wurde im Hinblick auf die Bewohnerschaft der Provinz Ostpreußen die Aufdeckung einer Korrelation zwischen dem ethnologischen Moment und dem klinischen Zustandsbild versucht, ohne jedoch irgendeinen Anhaltspunkt erhalten zu können. Eine Spur glücklicher fiel der Versuch aus, die bei der Paralyse verschiedentlich vorkommenden schizophrenen Zustandsbilder mit dem *Alter* der Paralytiker in Beziehung zu bringen. Hier scheint es wirklich so zu sein, daß das schizophrene Zustandsbild bei jüngeren Paralytikern häufiger auftritt als bei solchen in späterem Alter stehenden. Alles in allem sind es eine Reihe von Determinanten, die im Aufbau des paralytischen Krankheitsbildes in Erscheinung treten. Sie sind in der konstitutionellen Eigenart des Individuums eingebettet, wirken sich in gesunden, aber auch in kranken Tagen in der Charaktereigenart aus, ohne daß sie sich aus der Persönlichkeit herauschälen ließen. Auch an unserem Material gesehen, sind am paralytischen Abbau der Persönlichkeit alle Qualitäten des psychischen Lebens beteiligt: die Verstandestätigkeit, das Gemütsleben und die Willensfunktion. Auch bei uns — ohne die üblichen Zustandsbilder im einzelnen auseinander zu halten — dominiert die Störung der Verstandestätigkeit, die paralytische Demenz, die in der wunderbaren Prägung von *Hoche* in der Tat als „Achsensymptom“ imponiert. Obwohl auch die Demenz je nach dem vorgeschrittenen Stadium und dem Bildungsgrad des Paralytikers in ihrer Erscheinungsform differiert, verläuft sie doch an und für sich farblos. Die Buntheit der psychischen Zustandsbilder wird erst durch das Hinzutreten der „Randsymptome“, vor allem der Störung des Gemütslebens nach der

depressiven oder manischen Seite, aber auch der Störung der Willensfunktion bedingt. Von den nach der affektiven Seite gefärbten Zustandsbildern herrschten auch bei uns die manisch-euphorischen Formen durchaus vor. In dieser Folge der psychischen Varianten waren, gemessen an unserem Material, in den letzten 2 Jahrzehnten keine faßbaren Änderungen zu registrieren, was aber nicht ausreicht, um die von maßgebender Seite auf Grund persönlicher Erfahrungen aufgestellte These von einer Veränderung des Gesichts der Paralyse in der letzten Zeit zu erschüttern.

Angesichts der Beschränktheit des uns nur aus der Königsberger Klinik vorliegenden Materials bieten die hier gefolgerten Resultate natürlich nur Anhaltspunkte. Jedoch reden sie, was die Hauptergebnisse dieser Untersuchung anbelangt, nämlich den Stand der Paralysefrequenz, den sozialen Aufstieg der Paralyse und ihre geographische Verteilung auf die Provinz, eine so deutliche Sprache, daß sie Beachtung verdienen und zur weiteren Verfolgung mahnen.

Literaturverzeichnis.

Bonhoeffer: Geistes- und Nervenkrankheiten, Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege Bd. 4. — *Bostroem*: Die progressive Paralyse, im Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. 8, Teil 4. — *Bunke*: Über die Schwankungen in der Häufigkeit der Paralyse in Deutschland. Arch. f. Psychiatr. 74 (1925). — *Hauptmann*: Ätiologie und Pathogenese der syphilitischen Geisteskrankheiten, im Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. 8, Teil 4. — *Mosse und Tugendreich*: Krankheit und soziale Lage. Berlin 1913. — *Pilcz*: Die Paralysefrequenz in den letzten 20 Jahren. Wien. Klin. Wschr. 1922, Nr 24.
