

## Über psychotische Zustände bei Nervensyphilis.

Von

Prof. Dr. Arthur von Sarbó, Budapest.

(Eingegangen am 14. Juli 1936.)

Im ärztlichen Denken spielt die progressive Paralyse als die bestbekannte Form der luischen Nervensyphilis die Hauptrolle. Daher wird namentlich vom praktischen Arzt alles Psychotische, welches sich bei luischer Nervensyphilis zeigt, als Paralyse oder wenigstens als paralyseverdächtig angesprochen. Dies können wir am besten mit jenen Fällen beweisen, in welchen sich zu einer *Tabes* psychotische Zustände gesellen; denn diese werden in der überwiegenden Mehrheit für Paralyse gehalten. — Dabei wissen wir, daß bei der *Tabes*, es Zustände von Verwirrtheit, ja sogar von Verfolgungs- und Größenwahn gibt, welche in einigen Wochen abklingen, ohne paralytische Defekte zu hinterlassen. Es ist äußerst wichtig, diese Art von psychotischen Zuständen bei Tabikern zu kennen, weil deren Unkenntnis, wie ich dies mehrfach erfahren konnte, unberechtigterweise zur Internierung dieser Kranken in geschlossene Nervenanstalten führt. Aber auch hervorragende Forscher sind der Ansicht, daß die meisten psychotischen Zustände bei luischen Nervenkranken nicht spezifische Luespsychosen, sondern typische oder atypische Paralysen sind. *Fabritius* erwähnt in seiner Arbeit „Zur Klinik der nichtparalytischen Luespsychosen“ die diesbezüglichen Ansichten von *Wimmer*, *Bouman*. Dies ist um so auffallender, weil schon *Heubner* mit genialem Blick psychotische Störungen bei Hirnsyphilis in ganz charakteristischer Weise beschrieben hat. Nach seiner Beschreibung kann eine jede Form der Hirnsyphilis zu psychotischen Störungen führen. So vor allem die Gefäßsyphilis der Hirnrinde zu rauschartigen Zuständen. Die Erkrankungen der basalen Arterien können einfachen Schwachsinn erzeugen, die gummösen Konvexitätskrankungen führen neben Stimulationsanomalien zu Depressionen, aber auch zu expansiven Erregungszuständen. Als weitere Folge dieser Meningoencephalitis kann es zur Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz kommen.

Überblicke ich mein Material, so kann ich heute noch voll und ganz die *Heubnerschen* Feststellungen bekräftigen. Die Rauschzustände *Heubners* wurden auch durch *Rumpf*, *Oppenheim*, *Nonne* beobachtet. Letzterer sah dieselben auch bei Konvexitätsmengitis mit Kopfschmerzen, Bewußtseinstörung, Stumpsinn und Apathie verbunden. Einen Sektionsfall zitiert *Lamy*, welcher von *Cornil* bei einem 16jährigen Burschen erhoben wurde. Klinisch bestanden schwere Delirien, allgemeine Konvulsionen, Exitus in 3 Tagen. Bei der Leichenöffnung

fand sich eine Pachymeningitis gummosa vor. *R. Walter* kam an der Hand von 12 Fällen von Lues cerebri mit psychotischen Erscheinungen zu der Auffassung, daß die akuten Psychosen bei der Lues exogene Reaktionstypen im Sinne *Bonhöffers* darstellen. Wichtige Aufklärungen verdanken wir *A. Westphal*, *F. Sioli*, *A. Jakob*. Im Falle von *Westphal* und *Sioli* waren das *Robertsonsche* Symptom neben Steigerung der Reflexe als neurologische Symptome vorhanden, es bestand eine hypomanische Stimmung mit Selbstüberschätzung, zahlreichen wechselnden Größenideen, also ganz das Bild, wie es seinerzeit *Meynert* für die klassische Paralyse beschrieben hat. *Westphal* nahm in seinem Fall doch sehr richtig keine Paralyse an, weil sich keine tiefgreifenden Veränderungen der Persönlichkeit, keine progressive Demenz entwickelten, die Merkfähigkeit und die Sprache intakt waren. *Westphal* dachte daran, daß Ernährungsstörungen, durch syphilitische Gefäßerkrankungen oder durch toxische Wirkungen hervorgerufen, die Grundlage der psychotischen Störungen bilden. Bei der Sektion (*F. Sioli*) war eine chronische Leptomeningitis, dann exsudative Erscheinungen und Bindegewebswucherungen nebeneinander von geringer Stärke auffindbar. In der Hirnrinde fleckweise Endarteriitis der kleinsten Gefäße. An der Basis arteriosklerotische Gefäße. Auch *A. Jakob* berichtet über lang dauernde Krankheitsfälle, welche in ihrem Verlaufe auch manische Erregungszustände zeigen können, die sich aber durch das auffällige Intaktssein der psychischen Persönlichkeit von der Paralyse unterscheiden. Anatomisch handelt es sich in diesen Fällen um die Kombination von rein endarteriitischen Prozessen mit entzündlichen syphilitischen Veränderungen aller Art. In seinem bekannten Werk „Über Halluzinosen der Syphilitiker“ bringt *Plant* die Krankengeschichte von 13 Beobachtungen dieser Art. Als diagnostisch wichtiges Merkmal hebt er das Starrwerden der Pupillen im Verlaufe der Psychose hervor. Bei ihm lesen wir, daß *Krause* zwei Arten von paranoiden Formen von depressivem Charakter bei der syphilitischen Psychose, findet und zwar die mit und die ohne Halluzinationen einhergehende Form. Auch *Klein* bringt einschlägige Fälle, will aber die Paranoia nur indirekt mit der, von ihm angenommenen, diffusen Lues cerebri in Zusammenhang bringen. Es liegt außerhalb des Rahmens meiner Arbeit, ausführlich auf alle die Formen geistiger Störung des näheren einzugehen, nur im allgemeinen möchten wir erwähnen, daß es keine Form von psychischer Störung gibt, welche nicht im Gefolge der Syphilis zur Beobachtung gelangen könnte. Um nur einige Beispiele anzuführen, *Nonne* bringt Fälle von manisch-depressivem Irresein, in welchen tabische Symptome vorhanden waren; Katatonie sah *Schröder*; Amentia *Jolly*, *Korsakow*-schen Symptomenkomplex *Stransky*, *Nonne*. Schon *Fournier* unterschied chronisch depressive Zustände mit allmählich eintretendem Verfall des Intellektes und akuten Erregungszuständen, Delirien, Tobsucht. *Marie* und *Beaussart* teilen eine Beobachtung von halluzinatorischer

Verwirrtheit und melancholischer Depression bei dem 20jährigen Modelleur, 3 Monate nach einem syphilitischen Schanker, mit. Keine erbliche Belastung. Heilung nach 14 Tagen. *Brant* beschreibt einen deliranten Zustand mit akutem Beginn, starken Kopfschmerzen, deprimierter Stimmung, anfallsweise auftretenden epileptiformen Krämpfen, starke Verwirrtheit, heftiges Angstgefühl, lebhaftes Sinnestäuschungen, zahlreiche wechselnde Wahnideen und große motorische Unruhe. Bei der Sektion fanden sich neben den Infiltrationen der Pia mit Lymphocyten über die ganze Konvexität hinweg Erkrankung der Hirngefäße, der Rinde und dementsprechend frische Rindenerweichungsherde. *Brant* hebt im klinischen Bilde das Hervortreten psychotischer Erscheinungen in Form von ängstlichen Delirien bei dem Zurücktreten nervöser Lähmungen hervor. Das ganze Bild ähnelte sehr der Paralyse. *Abéli* und *Bauer* stellten einen Kranken vor, der im Jahre 1918 mit der Diagnose der progressiven Paralyse interniert wurde und im Jahre 1925 noch die Symptome der paranoiden Demenz, persekutorische Delirien und Größenwahn mit Halluzinationen zeigt. Die Erinnerungsfähigkeit ist erhalten. Serologisch positiver Befund, leider ist Näheres nicht angegeben. Die Verfasser sprechen von einer Dementia praecox, welche der Syphilis zuzuschreiben ist. Wir meinen dagegen, daß es sich auch um eine halluzinatorisch paranoide Form der Paralyse bzw. der Hirnsyphilis handeln kann, wie wir solche Fälle nach der Malariabehandlung heute mehrfach zu Gesicht bekommen. *Marchand* teilt die Krankengeschichten zweier Frauen mit, welche an Dementia praecox litten, ihre Männer boten später das Bild der progressiven Paralyse. *Marchand* meint, daß diese frühzeitige Demenz 2—12 Jahre nach der Infektion in Erscheinung trete (ohne Sprachstörung, ohne Anfälle), die humoralen Reaktionen sind im Anfang positiv, werden aber später öfters negativ. *G. Guiraud* und *Thomas* teilen einen Fall mit, in welchem ein Mann in einem Angstzustand und Verfolgungswahn seine Frau tötete, von der er sich vergiftet sein glaubte. Blut und Liquor zeigten sich positiv. Nach einigen Wochen klang das Delirium ab und der Patient hatte nur noch eine gewisse intellektuelle Schwäche. 3 Jahre später neuerlicher Anfall von demselben Charakter. Kein Alkoholabusus. — Die Verfasser nehmen eine luische Encephalitis als Ursache an. Wir müssen noch die arteriosklerotischen Verknüpfungen mit der Lues als die Psychosen verursachendes Moment in aller Kürze besprechen. *Bostroem* beruft sich auf *Nonne*, der schon auf das Vorkommen postsyphilitischer Arteriosklerose bei noch jugendlichen Individuen aufmerksam gemacht hat und sie zur Erklärung frühzeitiger Apoplexie herangezogen hat. Es soll sich in diesen Fällen (*Spatz*, *Robustow* und *Malamud*) um Gefäßerkrankungen handeln, die sich nicht von einer Arteriosklerose abgrenzen lassen. Klinisch besteht eine deutlich organische Affektstörung mit emotioneller Inkontinenz, die Patienten sind relativ jung (um die 40er Jahre herum), werden

stumpf und unregsam und können den an sie gestellten Anforderungen nicht mehr gerecht werden. In der Anamnese findet sich luische Infektion. Von dieser meint *Bostroem*, daß sie eine allgemeine Schädigung hervorrufe, welche dann zu der relativ frühzeitigen Gefäßerkrankung führt. Demgegenüber betont, nach unserer Meinung mit Recht, *Forster*, daß Gefäßerkrankungen als Folge von Syphilis immer durch lokale syphilitische Prozesse hervorgerufen werden. Lokale Gefäßerkrankungen als Folge einer durch die Syphilis hervorgerufenen Allgemeinschädigung anzunehmen, ist eine Hypothese, die durch keinerlei Erfahrungen gestützt werden kann. Auch Pathologianatomen (*Erdheim*) leugnen jeden ursächlichen Zusammenhang. Auch zur *Idiotie* hat die Syphilis Beziehungen. Wir erwähnen nur, daß *Lancereaux*, *Parrot* u. a. einschlägige Fälle mitgeteilt haben. *Lancereaux*' Fall lautet: Ein 12jähriger Knabe ist das einzig überlebende Kind seiner syphilitischen Eltern. Die Mutter hat viermal abortiert; 3 taubstumme Brüder gingen frühzeitig zugrunde. Der Patient hat seit seinem 2. Lebensjahre epileptische Krämpfe, ist mutistisch, mikrocephal, gehunfähig. Er entspricht einem 6—8jährigen Kinde. Masturbiert in einem fort. — *Dupré* hat, sein Augenmerk auf die verschiedenen Perioden der syphilitischen Infektion richtend, hervorgehoben, daß in der ersten Periode der Lues bei Disponierten akute oder subakute, vorübergehende oder dauernde psychotische Bilder zu finden sind, wie man sie auch bei akuten Infektionen, Intoxikationen und bei Erschöpfung sieht. In der Sekundärperiode sollen nach *Dupré* Melancholie, Manie und vorübergehende Delirien vorkommen. Für die späteren Zeiten der Syphilis findet er die Demenz bezeichnend, als Folgezustand von Gefäßerkrankung mit chronischen Meningitiden. Für *Dupré* ist also ein Disponiertsein zur Hervorbringung einer syphilitischen Geistesstörung notwendig. *Nonne* lehnt die *Duprésche* Auffassung ab und führt aus, daß wir die Geistesstörung bei der syphilitischen Infektion als den Ausdruck einer Ernährungsstörung, welche entweder durch die Veränderungen des Blutes oder durch eine Erkrankung der Bahnen, auf denen das ernährende Blut den Geweben zugeführt wird, anzusehen haben. Er weist ferner auf den, von vielen Autoren hervorgehobenen Umstand hin, nach welchem die Spirochäten ein Gift produzieren und dieses die nervösen Elemente verändern soll. Er gibt auch die Möglichkeit zu, daß psychische Ursachen ein durch die oben genannten Veränderungen geschädigtes Gehirn krankmachen können. Auch *Plaut* nimmt gegen die von *Dupré* geübte ätiologische Zersplitterung Stellung und fragt: Warum soll die Tätigkeit der Spirochäten im Gehirn mit ihren zahlreichen Folgezuständen nicht in vielen Fällen allein eine Psychose bewirken können? Er verleugnet nicht den konstitutionellen Faktor und äußert sich, allerdings zu optimistisch, wie *Fabritius* hervorhebt, indem er schreibt: Wenn wir weiterkommen wollen, müssen wir von der Voraussetzung ausgehen, daß irgendwelche kennzeichnenden psychischen

Merkmale auch bei der Hirnsyphilis auftreten können, die wohl von zahlreichen unwesentlichen, wenn auch sehr auffälligen Symptomen überdeckt sind und daher unbeachtet bleiben. Sehr richtig weist er darauf hin, daß unsere neuen diagnostischen Mittel uns in Stand setzen, unabhängig von den psychischen Befunden festzustellen, ob eine Hirnsyphilis vorliegt. Durch die abgekürzte Mitteilung hierhergehöriger Fälle führen wir den Beweis für die Richtigkeit dieser *Plautschen* Auffassung, indem wir auf eine ganze Reihe von Fällen hinweisen können, in denen nur die Seroliquoruntersuchung das ätiologische Moment des psychotischen Zustandes aufdeckte und uns in die Lage versetzte, mit einer antiluischen Kur den Kranken zu heilen. Wir verweisen auf Fälle, in denen häusliche Konflikte hysterische, ja selbst schwere psychotische Zustände erzeugen und erst die Seroliquoruntersuchung uns darüber aufklärt, daß außer dem seelischen Konflikt auch die Lues im Hintergrunde dieser Fälle steckt. Zumeist handelt es sich um Frauen, die von ihrer Lues nichts wissen. Auf antiluische Behandlung tritt bei ihnen Heilung ein. Auch die luisch bedingte Schwerhörigkeit kann bei Disponierten mit Beziehungswahn, Halluzinationen sich kombinieren und nur die Positivität des Seroliquorbefundes deckt den richtigen ätiologischen Hintergrund auf. Einen Fall dieser Art habe ich bei einem 32jährigen Sohn eines Tabikers gesehen. Es wäre hochinteressant, wenn sich jemand mit der Frage befassen würde, wie der Verlauf dieser psychotischen Zustände in der Vorwassermannschen Zeit sich gestaltete. Namentlich, ob nicht eine Abnahme dieser Fälle in den Irrenanstalten festzustellen ist? In bezug auf die Paralyse halten wir es mit *Plaut*: „nach der Nachweisung von Spirochäten im Gehirn müssen wir aber mit der Möglichkeit rechnen, daß sie *ihre*<sup>1</sup> *Sonderstellung* nicht außerhalb, sondern innerhalb derluetischen Gehirnerkrankungen angewiesen bekommt“. Das endogene Moment wollen auch wir betonen, wenn auch nicht in jener Ausdehnung, wie es *Wimmer* tut. Wir glauben, daß *Bumke*, *Seelert* das Richtige getroffen haben, als sie hervorhoben, daß nicht nur die endo- und exogenen Faktoren beim Zustandekommen des Symptomenbildes einer Psychose mitzusprechen haben, sondern wir haben auch mit einer *Verbindung* derselben zu rechnen.

In folgendem teilen wir einige von uns beobachteten psychotischen Bilder bei Hirnluesfällen mit, die deswegen eine spezielle Beachtung verdienen, weil wir bei ihnen versuchsweise die Malariaikur anwandten.

Fall 1. Ein 29jähriger Mann, der vor 2 Jahren eine mit Hautexanthenen einhergehende Lues akquirierte, merkt seit 2 Wochen, daß er Schwäche in den Füßen verspürt und der Urin freiwillig abfließt. Er klagt über Nebelsehen, Abnehmen der Hörschärfe. Auffallend ist die Störung in seiner Sprechweise, er verdoppelt die Silben und bleibt oft in der Rede stecken. Bei der Anamneseaufnahme bemerken wir, daß er die Frage versteht, seine Aufmerksamkeit aber bald abgelenkt wird, er

<sup>1</sup> Im Original heißt es: „diese....“.

blickt hin und her und zeigt eine lächelnde Miene. Auf Befragen, warum er sich so betrügt, antwortet er; daß er davon keine Ahnung hat. Er leidet an nächtlichen bitemporalen Kopfschmerzen und Polyurie. Objektiv fällt die fahle Gesichtsfarbe auf, die Pupillen sind difform, es besteht Anisokorie. Stark positiver Serum- und Liquorbefund. Auf Wismutbehandlung kommt er in Ordnung, um nach einem halben Jahr mit Kopfschmerzen, Aufregtheit, Vergeßlichkeit wieder zu erscheinen. Serum und Liquor diesmal auch stark positiv. Auf Neosalvarsan wieder arbeitsfähig. Nach 1 Jahr zeigt er dieselben motorisch-aphasischen Störungen, wie am Beginn, er klagt über Schlaflosigkeit. Blut-*Wa.* ist negativ und auch der Liquorbefund hat sich gebessert. Während einer Neosalvarsankur bekommt er seinen ersten epileptischen Anfall. Nach Beendigung der Kur entlassen wir ihn in gutem allgemeinem Befinden. Er kommt aber nach 4 Monaten in einem Zustand geistiger Verworrenheit zurück und wir finden den Serum und Liquor wieder stark positiv. Wir entschließen uns zur Anwendung einer Malariakur. Nach 2 Jahren meldet er sich wieder, klagt über die mit den epileptischen Anfällen einhergehenden Störungen seiner Geistestätigkeit. Er weiß nur von starker Vergeßlichkeit zu erzählen, aber von seinen Angehörigen erfahren wir, daß es sich um Verwirrheitszustände nach den epileptischen Anfällen handelt. Sowohl Liquor- als Blut-*Wa.* sind negativ, die übrigen Liquorreaktionen auch alle normal.

Wir müssen also annehmen, daß es sich in diesem Fall um eine durch die Lues bedingte *epileptische Veränderung*, welche hauptsächlich in Anfällen geistiger Gestörtheit mit nachfolgender Amnesie einhergeht, handelt.

Fall 2. Ein 37jähriger Mann hatte mit 24 Jahren eine syphilitische Infektion. Wurde mit Schmierkur und einer *Ehrlichschen* Injektion behandelt. Die erste Geburt seiner Frau war eine Frühgeburt, von der zweiten entstammte ein imbezilles Kind; das nach der dritten Schwangerschaft geborene Kind starb, 1 Woche alt. Auch die vierte Schwangerschaft endete mit einer Frühgeburt. Das fünfte Kind starb mit 3 Jahren und das sechste ist 2 Jahre alt und lebt. Er bemerkte, daß er vergeßlich wird, sein Geist ist nicht in Ordnung, er hat sehr schlechte Gedanken, sieht Tiere und schlechte Geister. Es besteht Anisokorie, rechts *Robertson-*sches Zeichen, die linke Pupille reagiert träge, Nystagmus. Sein Gedächtnis und seine Auffassung haben gelitten, bei der Prüfung auf neue Verknüpfungen macht er Fehler. In beiden Medien war die *Wa.R.* positiv. Nach Malariabehandlung fühlt er sich wohler. Nach einiger Zeit hat er wieder Visionen, sieht alle möglichen Tiere und diese Visionen treten 2—3mal in der Woche auf. Er bestreitet auf das entschiedenste, ein Alkoholiker zu sein. Wir stellen fest, daß er die nach der Malaria übliche von uns verordnete Neosalvarsankur nicht gebraucht hat, so daß wir uns berechtigt fühlen, das neuerliche Auftreten seiner psychotischen Zustände auf diesen Umstand zurückzuführen. Diesmal bekommt er eine Typhusvaccine- und Neosalvarsanbehandlung, worauf seine Anfälle ausbleiben. Nach anderthalb Jahren kehrt er zurück, diesmal finden wir schon eine Aortitis, aber psychisch ist er in Ordnung. Wegen positiver *Wa.*-Reaktionen verordnen wir eine neuerliche Malariakur; da dieselbe nicht angeht, geben wir Typhusvaccine. Er macht einen Selbstmordversuch und gibt hierfür schwere materielle Sorgen an. Er klagt über Angstzustände, er kann sich hierüber aber keine Rechenschaft geben, woher diese stammen. Hat auch Anfälle, welche ihn im Schlaf überkommen, er setzt sich auf, wimmert, klappert mit den Zähnen. Dann schläft er ein. Liquor kommt in Ordnung. Wir entlassen den Patienten mit der Weisung, die Arbeit wieder aufzunehmen.

Fall 3. Ein 34jähriger Kellner hat einen syphilitischen Ausschlag in seiner Jugend gehabt. Seit dem Jahre 1926 hat er wöchentlich 2—3mal Anfälle, die darin bestehen, daß er auf seiner rechten Körperseite das Gefühl des Eingeschlafenseins

bekommt. Er kann sich in diesem Zustand nicht gut ausdrücken, sein Gedächtnis wird immer schlechter. Bei der psychischen Prüfung kann er der Aufgabe, neue Verknüpfungen zu behalten, nicht entsprechen. Bei der Aufnahme haben wir das reine Bild der motorischen Aphasie vor uns. — Es besteht eine leichte Parese der rechten Lippenmuskulatur, difforme Pupillen, *Robertsonsches* Zeichen, Kniereflex rechts nicht auszulösen, links nur auf *Jendrassik'schen* Handgriff. Seine Stimme ist nasal, zitternd. Seine Sprechweise ähnelt sehr jener der progressiven Paralyse, nur fällt es auf, daß weder eine Lippen- noch eine Zungenunruhe vorhanden ist. Auch ist sein Intellekt erhalten, er hat Krankheitseinsicht und endlich sprach der negative Blut-Wa. bei positivem Liquor-Wa. gegen die Annahme einer Paralyse. Auf Malariakur Aufhellung seiner geistigen Gebundenheit, die Sprache bleibt noch haesitierend. Langsam bessert sie sich auch und der Patient arbeitet seit 5 Jahren zur vollkommenen Befriedigung seiner Vorgesetzten, die ihn sogar in eine verantwortliche Stellung versetzten.

Fall 4. Eine 35jährige Frau, die von keiner luischen Infektion weiß, erkrankt plötzlich unter psychotischen Symptomen, weint und lacht unbegründet; sie behauptet, sie hätte die schönsten Kinder, zeigt ein maniertes Benehmen. Stark positive Wa.R. im Blut, negativ im Liquor. Dasselbst aber *Pándy*, *Nonne* und Hämolyisin ++. Während einer Milch-Neosalvarsankur bekommt sie einen epileptischen Anfall. Nach dieser Kur klärt sie sich auf, bekommt nach 3 Monaten einen neuen Anfall. Seroliquorbefund unverändert. Jetzt bekommt sie eine Wismut-Neosalvarsankur. Nach weiteren 4 Monaten treten nächtliche Kopfschmerzen auf, sie verliert den Faden beim Sprechen, ist sehr aufgeregt, vergeßlich. Wir entschließen uns zu einer Malariakur, trotz einer früher bestandenen Hämoptoë. Sie verträgt dieselbe ausgezeichnet und verläßt das Spital in beruhigtem Zustand. Eine Nachuntersuchung nach 10 Monaten zeigt, daß der Liquor negativ geblieben ist, die Blut-Wa.R. ist + geworden.

Wir erwähnen noch, daß wir in einigen Fällen das Auftreten psychotischer Zustände bei Hirnlues während der Malariakur beobachtet haben. In diesen Fällen waren die psychotischen Zustände nur während der Fieberattacken zu beobachten, so daß wir dieselben als Fieberdelirien ansprechen.

Auch die Kombination: hereditäre Belastung, psychisches Trauma, psychotische Zustände während der Behandlung kommen zur Beobachtung. So war es im Fall einer 32jährigen Frau, die von einem Säuer abstammte und von ihrem alkoholistischen Mann schwere Mißhandlungen zu erleiden hatte und nach jahrelangem Leiden einen starken psychischen Shock dadurch erlitt, daß ihr Mann das Geld, welches sie zum Zwecke eines Hauskaufes beiseite legte, ihr entwand und verpraßte. Dies regte sie so auf, daß sie 1 Woche lang geistesabwesend war. Einige Wochen nach dieser Begebenheit wird sie auf der Abteilung aufgenommen, klagt über nächtliche Kopfschmerzen, Ohrensausen, lanzinierende Schmerzen in den Unterextremitäten. Sie hat Schwindelgefühle, sie hört schlecht und sieht schlecht, hat starkes Durstgefühl. 4 Aborte, 2 Frühgeburten, kein lebendes Kind. Objektiv: *Lingua geografica*, Hypertonie in den Unterextremitäten mit positivem *Babinski*. Wir beginnen eine Pyrikerkur, müssen aber dieselbe nach der zweiten Injektion einstellen, weil sie wieder über unerträgliche Kopfschmerzen, Erbrechen klagt und einen vasomotorischen Symptomenkomplex (blutleere Gesichtshaut, cyanotische Lippen) aufweist. Wir gehen zu einer Neosalvarsankur über, während welcher sie geistesgestört wird, hat Visionen, wird desorientiert und sie konfabuliert. Sie zeigt maniertes Benehmen, ist in der Nacht unruhig, sieht alle möglichen Tiere. Kaum wird sie nach einigen Tagen ruhig, so treten wieder stuporöse Zustände auf, sie liegt unbeweglich im Bett, spricht kein Wort, dazwischen steht sie auf, und sich an den

Beträndern anhaltend, geht sie herum. Nach einigen Tagen treten Krampfanfälle auf, sie wirft den Körper hin und her. Wir beginnen mit einer Neobismosalvankur, während welcher sie psychisch in Ordnung kommt, nur ist eine gewisse Euphorie vorhanden. Während der ganzen Zeit ist der Blut-*Wa.* ++, der Liquor-*Wa.* negativ. Die Kolloidkurve zeigt in 2 Röhren Ausfällung.

Die Kenntnis dieser geistigen Störungen bei Hirnluikern ist, wie wir dies in der Einleitung betreffs der Tabes schon hervorgehoben haben, deshalb von Wichtigkeit, weil wir diese Patienten ruhig auf den neurologischen Abteilungen behalten und mit der richtigen Behandlung auch heilen können, daher ihre Überführung in geschlossene Heilanstalten zu unterbleiben hat. Die durch Syphilis bedingten Geistesstörungen hängen mit den im Gehirn sich abspielenden syphilitischen Vorgängen zusammen. Dieser Zusammenhang kann durch die von den Spirochäten hervorgerufenen Ernährungsstörungen oder Zerstörungen der Rindenarchitektonik bedingt sein. Ob hierbei die von den Spirochäten erzeugten Toxine mitwirken, ist wahrscheinlich, aber bislang unbeweisbar, geradeso ist es fraglich, ob ohne greifbare organische Hirnveränderungen eine durch die Spirochäten hervorgerufene Toxikose vorliegen kann?

*Anhangsweise* erwähnen wir, daß es französische Autoren waren, die eine durch die Syphilis hervorgerufene Neurose, speziell die Hysterie, anerkannten. Nicht sehr überzeugende Fälle publizierten *Lagneau*, *Rodriguez*, *Briquet* und *Voisin*, *Ricord*, *Zambacco*. Auf die Auffassung der französischen Ärzte übte in dieser Richtung *Charcot*, welcher die Syphilis zu den hervorruhenden Faktoren der Hysterie zählte, sowie die von *Fournier* geäußerte Behauptung, daß die Syphilis Neurosen hervorzurufen imstande sei, großen Einfluß. Für *Fournier* war eine syphilitische Hysterie (oder wie er sich ausdrückte *l'hystérie secondaire*) eine über jeden Zweifel erhabene klinische Realität. Als Begründung seiner Ansicht führte er folgendes an: 1. Die hysterischen Phänomene zeigten sich nie vor dem Eintritt der sekundären Periode. 2. Die Phänomene sind durch die Behandlung beeinflussbar. Die Art, auf welcher Weise die Lues die Hysterie hervorrufe, stellte sich *Fouenier* folgendermaßen vor: Die Syphilis anämisiert und ruft eine große Umwälzung in den vom ZNS abhängigen Funktionen hervor; so kann sie namentlich bei Frauen, die mehr oder weniger prädisponiert sind, die Hysterie bedingen. Dazu soll der deprimierende moralische Einfluß, die Furcht vor einer schlechtbelemundeten Krankheit usw. kommen. Trotzdem schon zu *Fourniers* Zeiten hervorragende Kliniker, so z. B. *Lancereaux*, diese Ansichten bekämpften, blieb der Einfluß derselben selbst bis zu unseren Tagen in den Schriften französischer Autoren bestehen. Wir haben schon anderen Ortes darauf hingewiesen, daß die luische Erkrankung je nach der endogenen Veranlagung verschieden wirkt. Ein hereditär Belasteter, ein Nosophobischer, ein Alkoholiker, ein geistig Zurückgebliebener usw. wird auf das Bewußtsein, daß er syphilitisch geworden ist, verschiedentlich antworten. Daß es hierbei zu nervösen Symptomen



kommen kann, daß sich eine Hypochondrie im alten Sinne des Wortes entwickeln kann, steht außer Zweifel. Nur sind das Ausnahmefälle. Da die Syphilis zumeist in jungen Jahren erworben wird und die Jugend eine mitangeborene Leichtfertigkeit mit sich bringt, wird das Infiziertsein in den meisten Fällen ohne Gemütsstörung zur Kenntnis genommen. — Die im späteren Alter syphilitisch Gewordenen leiden durch das Bewußtsein, Syphilitiker zu sein, allerdings seelisch schon mehr.

Es gibt Fälle, in denen syphilitisch Infizierte durch einen seelischen Konflikt bedingte hysterische Reaktionen zeigen und wir bei der Untersuchung die latente Syphilis entdeckend durch eine entsprechende antiluische Behandlung auch ihre seelische Depression zum Verschwinden bringen können. Diese Fälle erinnern sehr an jene, in welchen hinter den Depressionszuständen eine latente Lues sich verbirgt. Auch diese Patienten, zumeist Frauen, kommen auf antiluische Behandlung in Ordnung. Wir stellen uns vor, daß diese depressiven Zustände, welche gewöhnlich im Symptomenbilde der einfachen Verstimmung verlaufen, durch die, von syphilitischen Gefäßveränderungen bedingten, Ernährungsstörungen im Gehirn hervorgerufen werden. In diesen Fällen spricht der positive Blut-*Wa.* und die positive Präcipitationsreaktion bei vollkommen normalem Liquor, für die eben hervorgebrachte Auffassung.

---