(Aus dem allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.)

Über die Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica.

Von

Max Nonne.

(Mit 3 Abbildungen.)

Es ist nicht mehr so, dass die Paralyse als eine binnen mehr oder weniger kurzer Frist letal verlaufende Krankheit gilt und dass man deshalb, wenn ein Paralytiker „die ihm gegebene Zeit ungebührlich lange überlebt“ (Steyerthal) die Diagnose anzweifeln muss. Wie wir gelernt haben, dass jedes einzelne der sog. Hauptsymptome der Paralyse, als da sind: die verschiedenen Formen der Pupillenstarre, Sprachstörung, psychomotorische Unruhe der Gesichtsmuskulatur, Aufhebung oder Minderung oder ihre pathologische Steigerung der Sehnenreflexe einmal fehlen kann, auch da wo die Sektion und die mikroskopische Untersuchung (wie in einem Falle meiner Beobachtung) die Diagnose post mortem über jeden Zweifel erhebt, so haben wir auch erfahren, dass eine Paralyse sehr lange „inzipient“ und sehr lange „imperfekt“ sein kann, sowie dass auch ein Fall, der denkbar „typisch“ und weit vorgeschritten war, in ein Remissionsstadium treten kann, das der Heilung nahe kommt und das lange Jahre dauern kann und praktisch das Individuum zur Berufsausübung wieder zurückführt. Diese Tatsache wird unter anderem auch durch die Diskussion darüber beleuchtet, wie man in solchen Fällen sich zu der praktischen Frage der Entmündigung bzw. der Aufhebung der Entmündigung sowie der Testamentserrichtung stellen soll. Es ist klar, dass die Erweiterung unseres durch die Untersuchung des Lumbalpunktats geschaffenen Vermögens, die Diagnose früh zu stellen sowie eine Latenz zu entlarven, hier eine grosse Rolle spielt.

Auf der Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Hamburg 1912 brachte Steyerthal dieses Thema zur Sprache und bezeichnete die Frage „Kann ein Paralytiker geheilt oder wesentlich gebessert werden“ „geradezu als eine brennende, die einer bestimmten Antwort bedarf“.

Die vier Fälle Steyerthals scheinen mir für die Lösung dieser

Frage allerdings nicht zu genügen, denn ihre Untersuchung entspricht insofern nicht den Ansprüchen, die wir heute stellen müssen, wenn wir eine so wichtige Frage beantworten wollen, als das Lumbalpunktat nicht untersucht wurde. Das sage ich, obwohl ich mehrfach betont habe und auch heute noch betone, dass bei der Feststellung einer Paralyse der klinische Befund die Hauptsache bleibt und die Untersuchung des Blutes und des Lumbalpunktats die Diagnose nur bestätigen bzw. in Frage stellen kann; die „4 Reaktionen“ sind eben nur Diener der Diagnose. Deswegen bleibt es aber doch richtig, dass bei der Diskussion prinzipieller Fragen auf dem Gebiet der Paralyse die Blut- und Liquoruntersuchung ein entscheidendes Wort spricht, und das um so mehr als die Diagnose aus dem psychisch-klinischen Bild auf Grund neuerer klinischer Erfahrungen dort immer schwieriger wird, wo es sich eben nicht um „typische“ Fälle handelt. Ich will hier nur auf die Erfahrungen verweisen, die Jakob und Kafka¹⁾ aus Friedrichsberg mitgeteilt haben.

Ich glaubte seinerzeit in Hamburg im Sinne der versammelten Neurologen zu sprechen, als ich im Anschluss an den Vortrag Steyerthals²⁾ sagte, dass auch die Neurologen wissen, dass die Paralyse recht lange dauern kann, dass Remissionen oft vorkommen und dass die Remissionen sehr lange dauern können. Es war aber zweifellos ein Verdienst von Steyerthal, von neuem auf diese Tatsache hingewiesen zu haben, da die Erfahrung uns immer wieder von neuem lehrt, dass sie von den Praktikern nicht genügend gekannt oder nicht genügend gewürdigt wird.

Steyerthal sagt: „Einen wirklich oder wahrscheinlich geheilten Fall von Paralyse habe ich unter meinem Beobachtungsmaterial nicht gesehen.“ Das Paralysematerial der Psychiater und der Neurologen ist im allgemeinen ein verschiedenes: die „typischen“ Fälle kommen zu den Psychiatern und in die Anstalten, und die ungewöhnlichen, die „Grenzfälle“, fallen mehr in den Wirkungsbereich der Neurologen. Immerhin zeigt ein Einblick in die Literatur, dass die Unheilbarkeit

1) Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1913, Bd. 51: Über atypische Paralyse und paralyseähnliche Krankheitsbilder mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen und pathologischen Untersuchungsbefunde.

2) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1912, Bd. 45, Heft 4—6 und Klinisch-therapeutische Wochenschr. 1913, Jahrg. 20, Nr. 46: Verlaufs- und Heilungsmöglichkeiten der progressiven Paralyse. Praktische Gesichtspunkte zur Beurteilung der progressiven Paralyse.

der Paralyse für den Psychiater und für den Neurologen kein Dogma mehr ist. Man diskutiert darüber, aber beweisendes Material fehlt noch oder ist so spärlich, dass die besten Köpfe heute noch nicht von dem Standpunkte abgehen mögen, dass die „geheilten“ Fälle entweder doch nur weitgehende Besserungen waren oder dass es sich nicht um eine Paralyse, sondern um eine der „diffusen Formen von Hirnlues“ oder um Pseudoparalyse (Fournier, Binswanger, Jolly, Fürstner, Sträussler, Schaffer) handelte. Aber es ist doch Tatsache, dass durch eine Reihe von Klinikern heute eine Bewegung geht, die sich bei der Annahme, die Paralyse sei absolut unheilbar, nicht beruhigen will.

Was bisher über diese Frage im wesentlichen verhandelt wurde, will ich kurz zusammenstellen:

Über die Prognose der Paralyse schreibt Binswanger¹⁾ schon im Jahre 1898: „Die Bezeichnung der Paralyse als eine unheilbare, tödlich endende Krankheit ist durch vereinzelte kasuistische Mitteilungen in Frage gestellt. Nach meinen persönlichen Erfahrungen wird man nur mit grösster Reserve, selbst bei überraschend günstigem Verlauf des Leidens, von einer völligen und dauernden Heilung sprechen. In dem einzigen Falle, den ich als geheilten Paralytiker ansprechen könnte, indem der Betreffende jetzt seit über 12 Jahren wieder in seinem Beruf tätig ist, finden sich heute noch als Restbestand auf somatischem Gebiete das Westphalsche Zeichen usw.“ Dazu wäre zu bemerken, dass das Westphalsche Zeichen der Ausdruck einer Hinterstrangserkrankung ist und mit der Paralyse als solcher nicht in Zusammenhang gebracht werden muss.

Auch E. Mendel²⁾ hat schon 1898 auf solche prognostisch günstigen Fälle hingewiesen mit den Worten: „Die Diagnose auf progressive Paralyse wird gestellt, aber die Progression trifft nicht ein, die Exaltation verschwindet, der Kranke ist wieder tätig im Berufe.“

Der Standpunkt von Nissl, Alzheimer, Gaupp ist der, dass es keine Heilung der eigentlichen Paralyse gibt, sondern dass es sich immer nur um Remissionen handelt. Kämen solche Fälle zur Obduktion, so zeige sich, dass es eben doch Paralyse war.

1) Virchows Archiv Bd. 55, S. 412.

2) Welche Veränderungen hat das klinische Bild der progressiven Paralyse der Irren in dem letzten Dezennium erfahren? Neurol. Centralbl. 1898, S. 1035 ff.

Ausserordentlich wichtig ist der von Friedrich Schultze¹⁾ 1913 in Baden-Baden mitgeteilte Fall, der seit 14 Jahren als „praktisch geheilt“ gelten konnte. Der Fall ist deshalb besonders wertvoll, weil er zur Sektion kam und Alzheimer „Reste ehemaliger paralytischer Gehirnveränderungen“ nachweisen konnte. Ein Rückgang von Pupillen-anomalien konnte in diesem Fall deshalb nicht stattfinden, weil neben der Paralyse auch eine Tabes bestanden hatte.

Der von Hoche²⁾ seinerzeit geforderte strenge Maßstab war in dem Falle von Schultze erfüllt.

Spielmeyer³⁾ hat in seinem Kieler Referate auseinandergesetzt, dass vom theoretischen Standpunkte aus eine „Heilung“ des anatomischen Prozesses bei Paralyse wohl denkbar sei, denn jede einzelne Veränderung könne Stillstand machen, und manche der Veränderungen seien reparabel, besonders die akuten, wie die Infiltrationsvorgänge, Gliareaktionen, Fortschaffung von Zerfallmaterial, so dass man a priori an dem Standpunkt der „absoluten Unheilbarkeit“ der Paralyse nicht festhalten dürfe.

Hoche⁴⁾ sprach in Baden-Baden im Sommer 1913 von „Unheilbarkeit im Prinzip“ bei Paralyse.

1912⁵⁾ hat P. Schröder aus Bonnhoeffers Klinik an der Hand eines überaus interessanten und lehrreichen Materials gezeigt, wie weitgehend Remissionen bei Paralyse sein können, die auf manisch-delirante, stuporöse, katatonische Zustandsbilder folgen, wie andererseits Zustandsbilder, die nur indirekt mit der Paralyse als solcher zusammenhängen, echte Demenzzustände vortäuschen können, während es sich nur um mehr oder weniger generelle Funktionsherabsetzungen gehandelt hat, die sich zurückbilden können.

Schuster⁶⁾ sagt in einem Ferienkurse: „Inzipiente Paralysen, die erst nach Remission von 12—15 Jahren wieder erkrankt waren oder

1) Zur Frage von der Heilbarkeit der Dementia paralytica. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 48, 1913.

2) Artikel Dementia paralytica, Handb. d. Psychiatrie von Aschaffenburg. Spezialteil.

3) Die Behandlung der progressiven Paralyse, Archiv f. Psychiatrie, Bd. 50, Heft 1.

4) Neurol. Centralbl. 1913, Nr. 12, S. 793.

5) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1912, Bd. 32, Heft 5: Über Remissionen bei progressiver Paralyse.

6) Medizinische Klinik 1913, Nr. 18: Die abortiven Formen der Tabes dorsalis und der übrigen syphilitischen Nervenkrankheiten.

sogar dauernd genesen waren, trotzdem anfänglich das klinische, ziemlich sichere Bild der Paralyse bestanden hatte, haben. Sie alle schon gesehen.“ „Man hat diese Fälle allerdings bis heute dem Dogma von dem ausnahmslos bösen Verlauf der Paralyse zuliebe nicht als Paralyse angesprochen, sondern als Lues cerebrospinalis gedeutet ... Trotz ihrer Seltenheit muss man sich gerade diese Fälle in der Praxis stets vor Augen halten, sobald seitens der Angehörigen mit Rücksicht auf materielle Verhältnisse eine sichere Prognose erwartet wird.“

Ich selbst sagte schon 1909 auf Grund meiner damaligen Erfahrungen: „Soll man nun die Fälle, welche das Bild der echten Paralyse boten und nur dadurch sich von dieser unterscheiden, dass sie in praktische Heilung ausgehen, „Pseudoparalyse“ nennen? Das würde bedeuten, dass man von der Auffassung, die Paralyse müsse immer und überall einen infausten Ausgang nehmen, starr festhält. Die Fälle mehren sich jetzt aber doch — analog den Fällen von Tabes dorsalis, die wir als *Formes frustes*, als imperfekte oder stationäre Fälle auffassen müssen ... ich meine, wir dürfen an den Lehren, die uns die klassischen Fälle der geschlossenen Anstalten gegeben haben und heute noch geben, jetzt an der Hand der Erfahrungen des praktischen Lebens und der offenen Anstalten nicht mehr so unbedingt festhalten, sondern wir haben die Pflicht, unsere Anschauungen über den Verlauf und die Prognose der Paralyse erneuter Prüfung zu unterwerfen.“

Die Erfahrungen von v. Wagner-Jauregg und Pilcz sowie von Donath haben ebenfalls gezeigt, dass Fälle, die als praktisch geheilt gelten können, nicht mehr als extreme Seltenheiten zu betrachten sind.

Bei kritischer Durchsicht des eben Referierten ersieht man jedoch, dass das tatsächliche Material entweder nicht genügend ist, weil es den heutigen Anforderungen auf klinische Untersuchung nicht entspricht, oder dass die Kontrolle doch nicht lange genug gedauert hatte, oder dass ein nachprüfbares Einzelmateriale den Angaben der Autoren nicht beigefügt ist. Eine Ausnahme davon macht m. E. nur der Fall von Friedrich Schultze.

Sehe ich das von mir 1914 in der III. Auflage von „Syphilis und Nervensystem“ S. 452 ff. mitgeteilte Material von 6 Fällen durch, so ergibt sich für mich heute folgendes: Im ersten Falle (Beob. 319) wurde eine Untersuchung von Blut und Liquor innerhalb der 6 Jahre währenden Dauer der praktischen Heilung nicht ausgeführt, und die

Sektion des plötzlich an einem Herzschlag verstorbenen Mannes konnte nicht ausgeführt werden.

Bei dem Fall Beob. 321 muss ich mir ebenfalls den Einwand machen, dass der Liquor spinalis während der über 6 Jahre lange dauernden „Remission“ nicht untersucht wurde, dass der letzte Bericht über das Befinden des Patienten mir vom Hausarzt erstattet wurde, ohne dass ich den Kranken selbst in den letzten 5 Jahren untersucht hatte, und dass endlich die Sektion fehlte.

Im Fall Beob. 322 ist mir leider auch die Sektion entgangen. Patient war 5 Jahre durchaus normal leistungsfähig gewesen, als ich ihn untersuchte und ihn intellektuell intakt fand, in grosser Leistungsfähigkeit in seinem ausgedehnten Schlachtereigeschäfte. Somatisch bestand noch Myosis und reflektorische Pupillenstarre. Im Blut und im Liquor spinalis fand ich die W.-R. negativ, während Phase I ++ und die Lymphozytose + war. 1915 ist der Mann infolge eines Unglücksfalles zugrunde gegangen. Dem strengen Kritiker wird es Bedenken erregen, dass der Liquor zwar W.-frei, aber noch nicht frei von Phase I und Lymphozytose war.

Denselben Einwand könnte der strenge Kritiker auch bei dem Fall Beob. 323 machen.

Demgegenüber halte ich die Fälle Beob. 320 und 324 auch heute für einwandfrei. Ich berichte die Fälle hier noch einmal:

Die 49jährige Gastwirtsfrau Sch. untersuchte ich zuerst am 30. I. 1900: sie war erblich nicht belastet, früher stets gesund gewesen und hatte sich im 28. Lebensjahre verheiratet. Sie war 5 Jahre vor ihrer Verheiratung syphilitisch infiziert worden; einmal Partus eines bald nach der Geburt verstorbenen Kindes; kein Potus. Ich fand erhebliche Demenz, Parese im rechten Mundfazialis sowie Parese der beiden Nervi abducentes, beiderseits Myosis und reflektorische Pupillenstarre, langsame zögernde Sprache mit Andeutung von Silbenstolpern, Steigerung der Sehnenreflexe der oberen und unteren Extremitäten. Patientin hatte im Laufe der ersten 2 Wochen meiner Beobachtung 3 paralytische Anfälle. Sie wurde nicht spezifisch behandelt und besserte sich im Laufe von 3 Monaten so erheblich, dass sie mit einer geringen Restdemenz entlassen wurde. Die Sprache war normal, die Fazialisparese und die der Nervi abducentes nicht mehr nachweisbar. 2 Jahre später kam sie wieder auf meine Abteilung. Sie war inzwischen tätig und immer gesund gewesen. Seit 2 Wochen bestanden Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Abnahme des Gedächtnisses und der Denkfähigkeit. Sie war psychisch jetzt stark alteriert, örtlich und zeitlich nicht orientiert, verkannte Personen und war auch zu leichten Rechenaufgaben nicht fähig. Sie liess Stuhl und Urin ins Bett und erbrach ab und zu. Auch jetzt traten mehrere paralytische Anfälle nacheinander auf. Die Sprache war exquisit

artikulatorisch gestört, die Myosis und reflektorische Pupillenstarre bestanden wie früher, die Sehnenreflexe waren pathologisch gesteigert.

Diesmal wurde eine Schmierkur eingeleitet. Im Laufe der nächsten 3 Monate erholte sich Patientin langsam aber ununterbrochen, so daß sie am Ende des Krankenhausaufenthaltes, der 4 Monate dauerte, psychisch-intellektuell nichts Krankhaftes mehr bot. Von objektiven Symptomen bestand bei der Entlassung noch die Pupillen-anomalie und die Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe, während die Sprache ganz normal war. Ich sah Patientin dann erst 1½ Jahre später wieder, als ich ihren an Magenkarzinom erkrankten Mann in Behandlung hatte. Patientin war inzwischen psychisch normal gewesen und war auch jetzt geistig intakt und ihrer schweren Aufgabe bei der alleinigen Führung der Gastwirtschaft und Pflege ihres kranken Mannes durchaus gewachsen. Als einzige objektive Anomalie fanden sich die Pupillen-anomalien wie früher. Dann sah ich 4½ Jahre später Patientin gelegentlich einer Nachuntersuchung wieder und konstatierte auch jetzt absolut normales psychisches Verhalten, normale Intelligenz und objektiv nur Myosis, rechts reflektorische Pupillenstarre und links reflektorische Pupillenträgheit. Zu einer Lumbalpunktion hatte ich keine Gelegenheit. Wieder 5 Jahre später (1914) sah ich die Frau von neuem; sie war inzwischen ganz gesund gewesen, hatte nicht nur ihren Hausstand, sondern auch ihr Vermögen und Grundstück selbst verwaltet. Objektiv dieselben Pupillen-anomalien. Jetzt konnte ich auch auf die 4 Reaktionen untersuchen: die W.-R. im Blut war ++, die 3 Liquorreaktionen waren negativ.

Soweit meine damaligen Mitteilungen. Jetzt habe ich die Kranke von neuem untersucht. Sie ist psychisch auch jetzt intakt, d. h. sie führt ihre Gastwirtschaft unter den erschwerenden Umständen der Kriegszeit mit Umsicht und auch mit leidlichem Erfolg. Ihr Gedächtnis und ihre Merkfähigkeit erweist sich für die gewöhnlichen Prüfungsmethoden als intakt, ihre Sprache ist absolut normal. Von somatischen Symptomen ergibt eine eingehende Untersuchung nur reflektorische Pupillenstarre rechts und Herabsetzung der Lichtreaktion der linken Pupille. Die Sehnen- und Periostreflexe sind lebhaft, aber nicht pathologisch gesteigert. Am Herzen ist der zweite Aortenton deutlich akzentuiert. Die Untersuchung des Blutes ergibt W.-R. + + +, die Untersuchung des Liquor spinalis (ich nahm die Untersuchung in der Wohnung vor und hatte Schwierigkeiten zu überwinden, um die Patientin zu dieser Untersuchung, die sie für drei Tage aus ihrer geschäftlichen Tätigkeit herausriß, zu gewinnen) ergibt W.-R. —, ausgewertet bis 1,0; Phase I — (Spuren von Opaleszenz) Lymphozytose ¹²/₅.

In diesem Falle besteht normales psychisches Verhalten seit 1902, d. h. seit 15 Jahren. Der Liquor spinalis, der seinerzeit nicht untersucht werden konnte, weil der Zeitpunkt noch vor der Ära der Liquor-

untersuchungen lag, erwies sich 1914 und 1917 als normal. Der Blut-W. fand seine Erklärung in einer offenbar spezifischen Erkrankung der Aorta. Am Nervensystem fanden sich als Restsymptom bzw. Narbensymptom Pupillenanomalien. Es dürfte Gemeingut aller erfahrenen Praktiker, insbesondere aller Neurologen und Psychiater sein, dass isolierte Pupillenanomalien an sich noch keine Paralyse bedingen. Hoche könnte gegen diesen Fall einwenden, dass das erste Mal eine „sorgfältigste Untersuchung“ nicht stattgefunden hat, weil der Liquor zur Zeit der psychischen Erkrankung nicht untersucht worden ist und insofern „die serologischen und zythologischen Voraussetzungen nicht erfüllt waren.

Der zweite Fall, den ich für den Satz, dass es eine Heilung von Paralyse gibt, in Anspruch nehmen möchte, ist der folgende (Beob. 324):

44 Jahre alter Musiker W. Die Frau kennt ihren Mann seit 20 Jahren. Er war, als sie ihn kennen lernte, musikalischer Artist, war damals „ein solider Mensch“, aber nervös und leicht reizbar. Sein Vater war an Altersschwäche gestorben, war nicht nervös und nicht Potator. Die Mutter starb an Unterleibskrebs, war ebenfalls nicht nervös. Eine Schwester war gesund, starb als junges Mädchen an einer akuten Erkrankung. Ein Bruder der Mutter starb in der hiesigen Irrenanstalt Friedrichsberg. Er selbst machte als Kind Lungenentzündung durch, litt vorübergehend an Halsdrüsen, war sonst gesund. Niemals Krämpfe, niemals abnormes Bettnässen usw. usw. Er lernte leicht, hatte aber keine Lust zu lernen. Schon frühzeitig zeigte sich bei ihm musikalische Begabung. Er wurde Musiker und war in den ersten Kapellen (unter Hans von Bülow) tätig, dirigierte auch kleinere Orchester. Später wurde er musikalischer Artist zusammen mit andern Artisten und seiner jetzigen Frau. Er ist verheiratet seit 1894, vertrug sich mit seiner Frau nicht gut. Er trieb sehr viel extramatrimonialen sexuellen Verkehr. Er las viel masochistische Bücher und verkehrte viel mit sadistisch veranlagten Individuen. Er konzedierte Gonorrhöe und (einige Jahre vor seiner Verheiratung) eine „kleine Stelle am Glied“, die von einem Laien für einen weichen Schanker erklärt und nur lokal behandelt wurde. Die Frau hat zweimal geboren, das erste Kind war sehr schwächlich und starb nach 9 Monaten an „Zahnkrämpfen“. Das zweite Kind bekam einige Tage nach der Geburt grosse Blasen an den Handtellern und Fusssohlen und starb nach 4 Monaten; seither keine Gravidität.

Anfang 1912 bemerkte Patient, dass das Violinspielen ihm schwer fiel und dass sein Gedächtnis nachliess. Er war zeitweilig hochgradig aufgeregt, äusserte Suicidideen, versuchte seinen Kopf einzuschlagen und schlief schlecht. Er brachte sein Geld durch. Die Frau brachte ihn auf meine Ab-

1) Ich bemerke, dass ich bei nochmaliger Erhebung der Anamnese von dem Patienten sowohl wie von seiner Frau einiges gegenüber meiner früheren Krankengeschichte zu berichtigen bzw. zu ergänzen habe.

teilung ins Eppendorfer Krankenhaus. Patient war psychomotorisch unruhig, zeigte demente Euphorie, Fehlen jeder Krankheitseinsicht, hochgradige Gedächtnisschwäche, starkes Silbenstolpern, hochgradige Schreibstörung, Andeutung von Grössenideen. Auf somatischem Gebiete fand sich: Pupillen etwas erweitert, die rechte weiter als die linke, beide leicht entrundet, beide licht-starr bei Erhaltung der Konvergenzreaktion, die Sehnenreflexe lebhaft, erschöpfbarer Patellar- und Achillesklonus, kein Babinsky usw. usw., allgemeine psychisch bedingte Analgesie, nirgends Motilitätsstörung. W.-R. im Blut ++, Lumbalpunktat Phase I ++ ++, Lymphozytose 127/3, W.-R. 0,2 +, 0,4—1,0: + + +. Patient verschlechterte sich in seinem psychischen Befinden rapid, er verblödete total, wurde unrein, entleerte z. B. den Stuhl in der Mitte des Saales, urinierte spontan überhaupt nicht mehr, verweigerte die Nahrung. Er wurde dann nach Friedrichsberg überführt. Der Fall war in Eppendorf von mir nicht spezifisch behandelt worden, auch in Friedrichsberg wurde eine spezifische Behandlung nicht eingeleitet. Die Diagnose lautete hier „progressive Paralyse“. Nachdem er mehrere Wochen dort gewesen war, trat ziemlich plötzlich ein Umschlag in seinem Befinden ein; dasselbe besserte sich so erheblich, dass Patient, nachdem sein Aufenthalt in Friedrichsberg 3½ Monate gedauert hatte, auf den Wunsch seiner Frau „in Remission“ entlassen wurde (24. X. 1912).

Ich sah Patienten Anfang 1914, also 2 Jahre später, wieder. Ausser einer geringen Euphorie, die nach Angabe seiner Frau bei ihm „sein Naturell“ war, fand ich keine psychische Anomalie. Er rechnete sehr gut, hatte keine Schreibstörung, keine Gedächtnisschwäche, keine Sprachstörung mehr. Er versah wieder seinen Beruf und spielte wieder die schwersten Musikstücke auswendig. Die Pupillen waren noch etwas verzogen, reagierten aber fast prompt auf Lichteinfall, bei Konvergenz normal. Die Sehnenreflexe waren nicht gesteigert, W.-R. im Blut positiv. Die Lumbalpunktion ergab ganz schwache Phase I, eine Lymphozytose von 70/3, eine negative W.-R. bei Auswertung bis 1,0.

Seither habe ich Patienten jedes Jahr einmal untersucht, und zwar im Jahre 1915, im August 1916 und zuletzt am 8. XI. 1917. Patient ist seither ununterbrochen in seinem Beruf tätig gewesen. Er spielt in Abendkonzerten und gibt täglich Unterricht in Violine, er ist auch häufig in Privatgesellschaften als Violinkünstler aufgetreten. Er ist geistig frisch und angeregt, lebhaft und lebendig, aber keineswegs krankhaft euphorisch, hat vollkommene Krankheitseinsicht in seine verflossene schwere Erkrankung. Seine Frau gibt an, dass er in jeder Beziehung einsichtig und kritisch ist, dass er fleissig, sparsam und solide ist, dass er normal schläft und subjektiv nichts zu klagen hat. Sein Gedächtnis ist ausgezeichnet, insofern als er ohne jede Schwierigkeiten auswendig spielen kann. Er rechnet langsam, aber richtig. Die Merkfähigkeit und sein Gedächtnis, auch für frischere Dinge, erweist sich für die angestellten Proben als normal. Auf somatischem Gebiete findet sich nicht nur keine Spur von Sprachstörung, sondern eine geradezu erstaunliche Volubilität der Zunge, wie der Leser

erkennen wird, wenn ich sage, daß er folgendes Wortmonstrum mit geradezu artistischer Zungenfertigkeit aussprach: „Krank will der Mensch nicht sein, Leibschmerzen will er auch nicht haben, Durchfall und Erbrechen auch nicht. Darum trinkt er, weil er vernünftig ist, den Herrn Eisenbahnbaudotationshauptkassenzentralbuchhaltungsregistraturfunktionär seinen neuen selbst erfundenen Schweizeralpenkräuterbranntweinmagenbittern da capo Balsam“.

Die Sehnen- und Periostreflexe verhalten sich durchaus normal, alle Gehirnnerven sind normal, von irgendwelcher psychomotorischen Unruhe der Gesichtsmuskulatur ist nicht das Geringste zu bemerken. Die Sensibilität am ganzen Körper ist normal, es besteht keine Hypalgesie mehr. Die rechte Pupille ist etwas weiter als die linke, die Pupillen sind nicht mehr verzogen, reagieren bei trübem, nebelbedecktem Himmel deutlich, bei konzentriertem Licht normal ausgiebig und normal schnell, auf Konvergenz beiderseits normal.

1915 hatte ich bei ihm auf die 4 Reaktionen untersucht.: Blut-W. war ++, der Liquor war normal insofern als Phase I +/0, Lymphozyten nur 8/3 war und W.-R., ausgewertet bis 1,0, negativ ausfiel. Da Patient damals im Anschluss an die Lumbalpunktion über 1 Woche subjektive Beschwerden hatte, derentwegen er seine Berufstätigkeit aussetzen musste, war er diesmal zu einer erneuten Lumbalpunktion nicht zu bewegen. Die Untersuchung des Blutes ergab auch jetzt noch W.-R. ++. Herr Dr. Kafka untersuchte freundlichst das Blut auf Abbau und fand Gehirnrindeabbau 3—4.

Die Frau, die subjektiv nichts zu klagen hatte, und deren Körper sonst frei von Luesstigmata war, zeigte mydriatische ($r. > l.$), leicht entrundete und absolut lichtstarre, auf Konvergenz normal reagierende Pupillen, im übrigen keine somatischen Symptome am Nervensystem. Die W.-R. im Blut bei ihr war 0.

Entspricht dieser Fall den Hocheschen Forderungen?

1. „Das klinische Bild der progressiven Paralyse muss bei sorgfältigster Untersuchung von sachverständigster Seite anerkannt gewesen sein.“ Ich glaube, dass man diese Forderung als erfüllt bezeichnen kann;

2. „auch die serologischen und zythologischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein.“

Auch dies trifft für unsern Fall zu. Dass die Hirnrinde abbaut, kann nicht als beweisend gelten, da der Gehirnabbau keineswegs ein Prärogativ der Paralyse ist, wie erst ganz kürzlich wieder Runge¹⁾ an der Hand der Literatur und eigener reicher Erfahrung festgestellt hat.

1) Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 58: Über Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren in der Psychiatrie und Neurologie.

3. „Es müsste eine psychische Wiederherstellung für die gesamte Lebensdauer erfolgen.“

Wenn man diese Forderung zugesteht, so könnte man über unser Thema überhaupt nicht verhandeln, d. h. man müsste von vornherein die Beantwortung der Frage ablehnen, solange der Kranke noch am Leben ist. In unserm Falle ist Patient seit 4 Jahren psychisch und intellektuell völlig normal und seinem an das Nervensystem erhebliche Anforderungen stellenden Beruf normal gewachsen.

Hoches Forderung 4 und 5¹⁾ erledigt sich dadurch, dass der Patient sich eben noch des Lebens erfreut.

Ich bin nun in der Lage, einen neuen Fall zu dem Thema „ist die Paralyse heilbar?“ beizubringen.

Der 37jährige Kazufmann F. aus einer benachbarten Stadt trat in meine Behandlung am 6. V. 1914.

Der Vater, ein gesunder, leistungsfähiger, angesehener Mann, leidet an beginnender Arteriosklerose, war sonst stets gesund, war nicht luetisch und nicht Potator. Die Mutter ist eine gesunde rüstige Frau, ohne hereditäre Veranlagung, 6 Geschwister sind vollkommen gesund, 1 jüngerer Bruder ist schwächlich, eine Schwester starb als Kind an Diphtherie. Patient, selbst machte Kinderkrankheiten durch, mit 9 Jahren Gelenkrheumatismus, entwickelte sich als Kind normal, machte zur richtigen Zeit sein Abiturium diente bei der Kavallerie und wurde befördert. Mit 26 Jahren akquirierte er ein Ulcus penis, weswegen er eine Schmierkur durchmachte. Im Laufe der nächsten 2 Jahre noch je eine Schmierkur. Er ging nach Amerika und wurde in den nächsten Jahren noch einigemal mit Pillen und Spritzkuren behandelt, zuletzt 1908. Damals wurde das Blut untersucht und „für frei“ befunden, ebenso im Februar 1909. Daraufhin heiratete er.

Die Frau macht einen gesunden Eindruck (wurde von mir nicht genauer untersucht); 3 Kinder sollen gesund sein (von mir nicht untersucht). Niemals Abortus.

Patient war geschäftlich in Amerika tätig und verlor durch widrige geschäftliche Verhältnisse einen Teil des väterlichen Vermögens. Während der Revolution in Lodz (Russland) war er dort und machte aufregende Zeiten durch.

Seit Anfang 1914 ist er „nervös abgespannt“: er konnte seine Gedanken nicht mehr zusammennehmen, sein Gedächtnis nahm ab, so daß er seine Bücher nicht mehr selbst führen konnte. Er übergab sie seinem Prokuristen und merkte nicht, dass derselbe ihn betrog. Bald fiel ihm auch das Briefschreiben schwer, und zwar sowohl wegen „Zittrigkeit“ der Schrift als auch wegen der Unfähigkeit sich geistig dabei zu konzentrieren. Seit 3 Monaten kann er nur mit Bleistift schreiben; sein Schlaf wurde schlecht,

1) Sie beziehen sich auf den Sektionsbefund.

er wurde reizbar, zuweilen kam es zu brutalen Wutausbrüchen. Er verlor das Interesse für Frau und Kinder und dämmerte schliesslich den ganzen Tag herum, ohne sich um Familie und Geschäft zu kümmern.

Die Untersuchung ergab: Guter Ernährungszustand, kräftiger Allgemeinhautzustand, keine Degenerationsstigmata. Beide Pupillen von normaler Weite, gleich, beiderseits leicht entrundet, Reaktion auf Licht beiderseits langsam und wenig ausgiebig bei konzentriertem Licht, auf Konvergenz prompt, Augenhintergrund normal. Der linke Fazialis wird etwas schwächer innerviert als der rechte; beim Sprechen besteht eine leichte Unruhe in der Mund- und Wangenmuskulatur; dieselbe tritt besonders hervor beim Sprechen. Die Sprache ist leicht unsicher, leicht vibrierend, schwere Worte können nur mit besonderer Kraftanstrengung ohne Stottern ausgesprochen werden. Bei den „Test“-Worten tritt deutliches, wenngleich nicht hochgradiges „Stolpern“ auf.

Motilität normal, allgemeine leichte Hypalgesie. Auf psychischem Gebiet ist Patient ausgesprochen stumpf, interesselos. Er hat keine Krank-

The image shows a handwritten text sample. At the top, it reads 'An die Frau Kottner'. Below this, there is a signature 'Hansberg' with a horizontal line underneath. To the left of the signature, the words 'Lieber Herr Kottner' are written in a cursive script, with some corrections and a small 'zu' at the end.

Fig. 1.

heitseinsicht, er dämmert den ganzen Tag herum, ohne sich mit etwas zu beschäftigen. Der Inhalt der Briefe an seine Frau und seine Mutter ist äusserst dürftig, die Schrift ist schwer krank (siehe Schriftprobe Fig. 1). Die Untersuchung der inneren Organe ergibt eine inzipiente Aortitis (systolische Unreinheit der ersten Herztöne, zweiter Aortenton klingend und akzentuiert).

Die 4 Reaktionen:

- W. im Blut +++,
- W. im Liquor +++ von 0,2 an,
- Lymphozytose 72/3,
- Phase I ++.

Ich nahm Patient in Eppendorf auf und liess ihn eine systematische Schmierkur vornehmen und injizierte ihm Neosalvarsan 3 mgr nach der Methode von Cimbal-Schubert viermal.

Nach 3 Monaten war eine unverkennbare Besserung im psychischen Befinden insofern eingetreten als seine Stimmung gleichmässiger und die Reizbarkeit verschwunden war. Andererseits war er noch schlaff und interesselos und von einer Einsicht für die Schwere seiner Krankheit noch

weit entfernt. Die Sprachstörung und die Dürftigkeit seiner Briefe war unverändert. Die Schrift war noch deutlich zitterig. Der somatische Befund war derselbe geblieben. Er wurde Ende August auf seinen Wunsch „gebessert“ entlassen. Herr Dr. Strube in Bremen übernahm dann die weitere Beobachtung des Kranken. Seinen freundlichen Mitteilungen entnehme ich das Folgende:

Im Juli 1915 wurde er wieder genauer untersucht. Patient war psychisch noch recht stumpf, somatisch war der Befund derselbe wie bei der Entlassung aus Eppendorf. Die Schrift war noch deutlich zitterig (s. Fig. 2).

Sehr geehrter Herr Professor.

Ich war durch meine Krankheit im Dezember verhindert, den verabredeten Besuch bei Ihnen zu machen.

Ich bin jetzt wieder ganz hergestellt, und möchte mir die höfliche Anfrage erlauben, wann meine Frau, welche mich während meiner Krankheit gepflegt, und ich Sie besuchen können.

Ihre freundlichen Antwort ergegensehnt

*bin ich
mit vorzüglicher Hochachtung*

Fig. 2.

Die W.-R. im Blut war negativ (!), der Liquor¹⁾ von 0,2—1,0 +. Patient erhielt dann noch 6 intralumbale Salvarsaninjektionen (nach Gennerich). Im Februar 1916 war Patient psychisch wesentlich gebessert. Er hatte begonnen, sich geschäftlich zu betätigen. Die Sprachstörung war ver-

1) Die Liquoruntersuchungen wurden im physiologisch-chemischen Laboratorium des Vereinskrankenhauses vom Roten Kreuz in Bremen (Dr. Kehr-
rer) vorgenommen. Herr Dr. Strube, dem dirigierenden Arzt des Krankenhauses und Hausarzt des Patienten, sage ich für seine freundlichen Auskünfte und die Mitbeobachtung des Patienten meinen besten Dank. |

schwunden. W. im Blut 0, W. im Liquor 0, ausgewertet bis 1,0 (!), Phase I Opaleszenz, Lymphozytose 3/3. Patient erhielt dann wieder 3 intralumbale Salvarsaninjektionen.

Im September 1916:

W. im Blut 0,

W. im Liquor (ausgewertet bis 1,0) +,

Phase I 0,

Lymphozytose 3/3.

Patient erhielt jetzt eine Anstellung in einem industriellen Geschäft, die er nach Aussage seiner Vorgesetzten zur Zufriedenheit ausfüllt. Patient war durchaus assoziiert, lebhafter, auch am Familienleben teilnehmend, und zwar so, dass im engen Kreis seiner Familie nichts Auffallendes mehr wahrgenommen wurde. Er drängte eine Zeitlang zu grösserer Betätigung seiner Arbeitskraft, manchmal unter Überschätzung seiner Leistungsfähigkeit, fügte sich aber durchaus wieder in seine Situation. Seine Familie berichtete über ihn günstig.

Am 20. XI. 1916 stellte sich Patient mir persönlich vor: Ich fand somatisch am Nervensystem keine Anomalie, insbesondere waren die Pupillen jetzt in jeder Beziehung normal; die Sehnenreflexe waren nicht abnorm lebhaft; es bestand keine Spur von Sprachstörung mehr, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörung konnte ich nicht mehr nachweisen; das Kopfrechnen war etwas mühsam und liess Unsicherheit erkennen, schliesslich kam Patient aber immer wieder zum richtigen Resultat. Sein Gesichtsausdruck war lebhaft, er interessierte sich für seine geschäftliche Tätigkeit, für seine Familie und seinen Bekanntenkreis.

Am 5. IV. 1917 wurde mir berichtet (Dr. Strube): Dem Patienten geht es sehr gut, er ist dauernd arbeitsfähig, und es wurden bei ihm keinerlei psychische oder körperliche Krankheitszeichen mehr beobachtet. Die Untersuchung ergibt jetzt:

W. im Blut negativ,

W. im Liquor, ausgewertet bis 1,0, negativ,

Phase I negativ,

Pandy negativ,

Lymphozytose 4/3 (negativ).

Endlich liegt ein weiterer Bericht vom 11. X. 1917 vor:

W. im Blut negativ,

W. im Liquor, ausgewertet bis 1,0, negativ,

Phase I +/0,

Lymphozytose 3/3 (negativ).

Die Mutter schrieb mir im Juli 1917:

„Sie können sich denken, welch eine Freude es für uns ist, dass das Befinden unseres Sohnes ein so gutes ist Ich hoffe sehr, dass er nach Ende des Krieges eine feste Anstellung bekommt, mit der er seine Familie ernähren kann . . .“

Eine Schriftprobe vom 13. XI. 1917 fällt so aus:

Es kommen ja besonders in dieser Zeit, wo wir nicht das bekommen, was wir bestellt haben, viele Veränderungen vor, so daß das Meiste noch wieder umgerechnet werden muß, was bei einer Liste von 5200 Bestellungen eine Menge Arbeit macht, die mir allein zufällt.

Dane mich zu reihnen, kann ich sagen, daß mir die Arbeit nicht schwer fällt. Ich bin meistens Abends schlaflos und gehe immer sehr pünktlich in die Falle.

Zur übrigen fühle ich mich ausgezeichnet, kann Alles sehr gut aushalten ohne irgendwelcher Beschwerden.

Fig. 3.

Würde irgend jemand an der Diagnose Dementia paralytica im Beginn und beim ersten Verlauf dieses Falles gezweifelt haben? Ich glaube nein, und jetzt ist der Fall so, dass er objektiv somatisch am Nervensystem nichts Abnormes mehr bietet, dass er nach der Meinung der objektiv nüchtern urteilenden, kritisch veranlagten Mutter als normal bezeichnet werden muss, sowohl was das Auftreten in der Familie, sein Benehmen gegen Bekannte und Freunde als auch seine Leistungen im Beruf betrifft. Die stark positiven „4 Reaktionen“ sind bei fünfmaliger Prüfung im Laufe von 3 Jahren normal geworden: kein Zweifel, dass das klinische Bild der echten Paralyse einem objektiv normalen klinischen und serologisch-chemisch-mikroskopischen Befunde gewichen ist. Von den Hoche'schen Forderungen ist auch hier Punkt 1 und 2 erfüllt. Auch hier muss ich betreffs Punkt 3, 4 und 5 das oben Gesagte wiederholen.

Soll man auch bei diesen zwei Fällen sagen: Das waren Fälle von Pseudo-Paralyse? Meines Erachtens würde man sich damit auf den Standpunkt stellen: Für mich ist Dogma die Paralyse ist unheilbar, deshalb nehme ich für die Fälle, die im allgemeinen und in allen Einzelheiten dem entsprachen, was wir bisher als eine Paralyse diagnostizierten, im Falle sie ausheilen, an, dass es doch keine Paralyse war. Ich würde

dies für einen Fehlschluss halten und stehe meinerseits auf dem Standpunkte, dass wir sagen müssen: die Paralyse kann klinisch ausheilen, aber diese Heilung ist ein überaus seltenes Vorkommnis. Praktisch lehrt uns jedoch diese Möglichkeit, ebenso wie die in den letzten Jahren häufig gemachten Erfahrungen von der relativen Häufigkeit eines gutartigen Verlaufes, mit der Stellung einer schlechten Prognose noch vorsichtiger zu sein, als es erfahrene Praktiker bereits geworden sind. In diesem Sinne äusserte sich mir gegenüber mündlich auch Oppenheim nach Schluss des Eingangs dieses Ausatzes erwähnten Vortrags von Steyerthal.

Wir müssen auch mit der Möglichkeit rechnen, dass die Therapie die Prognose ändern wird. Wir sind nicht berechtigt, an den Erfahrungen und Darlegungen Lereddes¹⁾ ohne weiteres vorüberzugehen. Leredde hat in mehreren Arbeiten seinen Standpunkt von der Heilbarkeit der Paralyse und der Tabes vertreten und ist auch auf dem Londoner internationalen Kongress energisch dafür eingetreten. Leredde spricht es klipp und klar aus, dass daran, dass die beiden metasymphilitischen Krankheiten nicht geheilt werden, nur der Umstand schuld hat, dass bisher nicht lange genug und nicht energisch genug antisymphilitisch behandelt wurde.

Wir haben in den Jahren seit der Einführung des Salvarsans eine Periode gesteigerter Aktivität, man kann sagen erheblicher Polypragmasie in der Behandlung der Paralyse und Tabes erlebt, eine Polypragmasie, die zum Teil sogar nur mit Hilfe der Chirurgie durchzuführen war. Ich habe den Eindruck, dass diese Periode überwunden ist, und ich stehe auf Grund jahrelanger ausgiebiger Erfahrungen nach wie vor auf dem Standpunkte, den auch Oppenheim auf der Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Frankfurt a. M. vertrat, dass bei der Tabes sowohl wie bei der Paralyse man sich hüten soll vor einer allzu energischen Therapie und dass vor allem da wo der Prozess bisher ein benigner war, man vorsichtig sein muss. Andererseits scheint es so, als ob die Kombination spezifischer Therapie mit leukozytenanlockendem Vorgehen günstige Wirkung hat und dass auch die Kombination von Quecksilber und Salvarsan

1) Guérison du Tabes dorsal par le Sel d'Ehrlich, Bulletins et mémoires de la Soc. de méd. de Paris No. 3 Séance du 1/2 13; La question des Affections parasymphilitiques en 1912; Communication faite au VII. Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie de Rome Avril 1912.

der Wirkung des einen dieser zwei Mittel allein überlegen ist; das lehren uns sowohl die Erfahrungen mit dem von v. Wagner-Jauregg¹⁾ und von Donath²⁾ inaugurierten Verfahren als auch die Erfahrungen von Dreyfus³⁾.

Nachdem die Behandlung mit salvarsaniertem Serum offenbar den Erwartungen nicht entsprochen hat, sind einige der Ärzte zur intralumbalen Applikation des Salvarsan selbst übergegangen, und insbesondere Gennerich in Kiel hat Fälle gesehen, die den Eindruck der Heilung machen. Es sind darunter Fälle, die von Siemerling und von Willige als Paralyse angesprochen waren, die den Militärdienst wieder aufnahmen und mehrere Jahre hindurch fortlaufend kontrolliert wurden und bei denen ein Umschlag des Liquor zur Norm zu wiederholten Malen festgestellt wurde. Ich hoffe, dass Gennerich seine Fälle, die ich zum Teil in Kiel selbst kennen lernte und deren Krankenblätter er mir in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt hat, selbst veröffentlichen wird, wenn die allgemeine und die Liquorkontrolle einige weitere Jahre hindurch weitergeführt worden ist. Ich will hier besonders hervorheben, dass die intralumbale Salvarsanbehandlung, wie sie Gennerich empfiehlt und in grossem Maßstabe ausübt, nur dort vorgenommen werden sollte, wo jede Gewähr für strengste Asepsis geleistet ist; dann ist die Methode, wie Gennerichs grosses Material beweist, ungefährlich. Es ist selbstverständlich, dass von vornherein grosse Vorsicht in der Dosierung geboten war, nachdem Weygandt und Jacob⁴⁾ auf experimentellem Wege bewiesen haben, dass das auf intralumbalem Wege eingeführte Salvarsan das Zentralnervensystem nachweislich schädigen kann. Ich selbst habe die Gennerichsche Methode nur in einer kleinen Anzahl von Fällen (12) vor dem Kriege angewendet, und von allen diesen Fällen konnte ich keinen (mit Ausnahme des oben mitgeteilten Falles II F) so weiter beobachten wie es gefordert werden muss. Ich habe also kein

1) Über Tuberkulin-Quecksilberbehandlung der progressiven Paralyse. Therapeutische Monatshefte 1914, Januar.

2) Die neue Behandlungsweise der Tabes dorsalis und der progressiven Paralyse. Therapie der Gegenwart 1913, November.

3) 3 Jahre Salvarsan bei Lues des Zentralnervensystems und bei Tabes. Münch. med. Wochenschr. 1914, Nr. 10, und Die antiluetische Therapie der Tabes.

4) Mitteilungen über experimentelle Syphilis des Nervensystems. Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 37. — Demonstration in der Versammlung nordwestd. Psychiater u. Neurologen. Lübeck 1914.

Urteil, aber ich habe durch den Besuch der Gennerichschen Abteilung den Eindruck gewonnen, dass diese Methode, wenn sie sachverständig systematisch durchgeführt wird, eine eingehende Nachprüfung verdient.

In meinem letzten Falle ist man begreiflicherweise geneigt, den günstigen Ausgang auf das Konto der durchgeführten Behandlung zu setzen. Das ist ja auch möglich, aber dann erhebt sich gleich wieder warnend der andere oben mitgeteilte Fall (Fall W.), dessen geradezu glänzender Verlauf ohne jegliche spezifische Therapie erreicht wurde. Der Fall mahnt, mit der praktischen Verwertung des „ex juvantibus“ kritisch zu sein.

Für die Tabes weiss jeder, der über grössere Erfahrungen gebietet, ja längst, dass Fälle von praktischer Heilung vorkommen, die sich jeder ärztlichen Beeinflussung lange Jahre entzogen haben. Für die Paralyse ist diese Erkenntnis noch keineswegs eine verbreitete.

Ob Fälle von Heilung wirklich so selten sind wie es nach den bisherigen Veröffentlichungen scheint, entzieht sich unserer Beurteilung; denn nur überaus selten werden wir in der Lage sein, die Fälle, die sich uns nach erfolgter Remission entzogen haben, weiter zu beobachten, d. h. so zu beobachten und zu untersuchen, wie wir es für die Diagnose „Heilung“ fordern müssen. Die Anstaltsfälle sind es ja überhaupt nicht, die uns hier dienen können, sondern die örtlich beweglichen Fälle der Privatpraxis.

Ein glücklicher Zufall nur kann es ermöglichen, in solchen anscheinend oder wirklich geheilten Fällen eine anatomische und besonders eine mikroskopische Untersuchung vorzunehmen. Der Fall Schultze-Alzheimer ist bisher, soweit ich sehe, vereinzelt geblieben, und auch dieser Fall steht, was seine klinische Seite betrifft, für den ganz strengen Kritiker jenseits des Merksteins der Liquoruntersuchung und der Wassermann-Ära. Wenn der mikroskopische Befund eines solchen Falles noch Anomalien aufdeckte, die den Spielmeyerschen Voraussetzungen entsprechen, so würde man diese Reste als Ausgangs- oder, *sit venia verbo*, als Narbenprozesse zu betrachten haben.

Unser Standpunkt betreffs der Lehre der Metasyphilis hat ja auch bereits begonnen sich zu verschieben: Nicht mehr mit der Sicherheit wie früher wird die Scheidung zwischen „Nervensyphilis“ und „Nerven-Metasyphilis“ für eine reinliche erklärt. Zu einer weiteren Revision

werden voraussichtlich die neueren Spirochätenbefunde Jahnels¹⁾ nötigen, der uns zeigte, dass man, wenn man nach dem Prinzip „Grabt nur danach“ verfährt, im Hirn der Paralytiker Spirochäten überall findet, und dass von einer Elektion für die Paralyse in dieser Beziehung nicht mehr die Rede sein kann.

Auf Grund der drei von mir mitgeteilten Fälle scheint mir der Schluss berechtigt, dass die Symptome der Dementia paralytica, soweit sie uns heute in ihren klinischen, serologischen, physikalischen und chemischen Befunden bekannt sind, verschwinden können, dass man somit auch praktisch die Möglichkeit der Heilung einer Paralyse zugeben muss. Dabei ist Voraussetzung, dass uns weitere Erfahrungen nicht dahin belehren, dass auch der Umschlag im Liquor zur Norm wieder zu krankhaftem Verhalten des Liquors umschlagen kann.

Wir befinden uns auf dem Gebiet der Paralyse nicht nur in klinischer, anatomischer, serologischer, biologischer, sondern auch in prognostischer Hinsicht gegenwärtig wieder auf Neuland.

Hamburg, November 1917.

1) Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 57: Studien über progressive Paralyse. I—III. — Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 42, Heft 1. Über Spirochätenbefunde in den Stammganglien bei Paralyse. — Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1917, 14. Paralyse u. Tabes im Lichte der modernen Syphilisforschung. — Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 36, Heft 3/4. Über das Vorkommen von Spirochäten im Kleinhirn bei progress. Paralyse. — Neurolog. Centralbl. 1917, Heft 10. Über die Lokalisation der Spirochäten im Gehirn bei der progressiven Paralyse.