

Aus der Beobachtungsabteilung für Nervenranke
Vereinslazarett Chemnitz-Hilbersdorf.

Kriegsparalyse und Dienstbeschädigung.

Von Prof. Dr. L. W. Weber,

Fachärztlicher Beirat für Psychiatrie und Nervenheilkunde im Bereich
des XIX. Armeekorps.

Die Frage, ob eine Paralyse durch Kriegseignisse — körperliche oder seelische Strapazen, Verwundungen und andere Traumata — hervorgerufen oder verschlimmert werden kann, ist namentlich durch eine Arbeit von Weygandt (6) über dieses Thema wesentlich geklärt worden. Denn Weygandt ist nicht bei einzelnen Fällen stehen geblieben, sondern hat sein gesamtes Material von Paralyse der Feldzugsteilnehmer statistisch darauf geprüft, ob es im Bezug auf Beginn, Symptome oder Verlauf sich durchschnittlich von den Friedensparalysen unterscheidet. Und er kommt zu dem Resultat, daß die Paralyse der Feldzugsteilnehmer im Durchschnitt schneller und schwerer verläuft und rascher zum Tode führt als die Paralyse der Friedensverhältnisse. Allerdings stützen sich diese Ergebnisse nur auf eine Statistik von 44 Fällen. Ergänzt werden die Feststellungen Weygandts durch die Angaben anderer Autoren: Wagner (4) fand erhöhten Eiweißgehalt und stärkere Zellvermehrung im Liquor der Kriegsparalytiker, Edel und Piotrowski (1) erwähnen das sehr jugendliche Alter der Kriegsparalytiker und bemerken, daß häufig die klassischen klinischen Symptome oder der positive Blut-Wassermann noch fehlten, während der Liquor-Wassermann schon positiv war. Allerdings werden diese Beobachtungen noch nicht allseitig bestätigt, und Meyer (3) hat in seinem Referat auf der Kriegstagung der Deutschen Psychiater (September 1916) über die Dienstbeschädigungsfrage sich ablehnend verhalten gegenüber der Annahme, daß der Kriegsdienst im allgemeinen eine Abnutzung des Nervensystems im Sinne der Edingerschen Aufbrauchstheorie bedinge, wodurch der Ausbruch einer Paralyse auf dem durch die Lues vorbereiteten Boden erleichtert werde.

Wenn nun Weygandt auf Grund seiner Feststellungen zu dem Schluß kommt: „es gibt eine Kriegsparalyse“, so meint er das, wie aus seinen weiteren Ausführungen deutlich hervorgeht, nicht in dem Sinne, daß jede bei einem Kriegsteilnehmer auftretende Paralyse jetzt ohne weiteres als Folge des Kriegsdienstes und als entschädigungspflichtig angesehen werde. Sondern man soll sich durch die Tatsache, daß jede Paralyse die Folge einer syphilitischen Infektion ist, nicht bestimmen lassen, nun ohne weitere Prüfung die Frage der Dienstbeschädigung zu verneinen, sondern soll jeden Fall noch einmal besonders prüfen. Die Unfallversicherungspraxis im Frieden hat uns hier Anhaltspunkte gegeben, die im Laufe der letzten Jahre ziemlich einheitlich von den Sachverständigen angewendet wurden. Es liegt kein Grund vor — hierin stimme ich Weygandt nicht ganz zu —, von diesen Grundsätzen der Unfallversicherungspraxis bei der Beurteilung der Kriegsparalysen abzugehen. Diese Grundsätze sind von K. Mendel (2) formuliert worden. Ich (5) habe sie schon 1906 in einem Referat für den Internationalen Kongreß für Versicherungsmedizin dahin zusammengefaßt: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Paralyse ist wahrscheinlich bei schwererer Gewalteinwirkung oder starkem psychischen Shock, bei nicht zu langer Zwischenzeit zwischen Unfall und Ausbruch der Paralyse, foudroyantem, abgekürztem Verlauf der Paralyse, Besonderheiten im anatomisch-mikroskopischen Befund. Nicht alle diese Bedingungen müssen gleichzeitig erfüllt sein, sondern ihre Kombination muß so sein, daß sie eine deutliche Besonderheit des Krankheitsbildes darstellen, die auf eine weitere Ursache neben der luetischen Infektion hinweist. Wenn dann vor dem Unfall keine Paralyse-symptome bestanden, muß die Paralyse als Unfallfolge angesehen werden; bestanden schon solche Symptome, so ist Verschlimmerung der Paralyse durch den Unfall anzunehmen.

Ich wüßte auch nicht, warum die Entscheidung nach diesen Gesichtspunkten auch im Licht der syphilitischen Aetiologie der Paralyse nicht eine wissenschaftliche Berechtigung haben soll. Die Tatsache, daß die Paralyse auf einer Spirochäteninvasion in das Gehirn beruht, schafft die andere Tatsache nicht aus der Welt, daß gerade bei den frischen Fällen von Paralyse

die produktiven Prozesse an der Gefäßwand und im adventitiellen Raum sehr stark und ausgebreitet sind. Weshalb soll eine Hirnerschütterung, die mit mechanischen Veränderungen an der Gefäßwand, Blutungen in den adventitiellen Raum einhergeht, nicht imstande sein, diesen durch die Spirochäten wohl hervorgerufenen Prozeß mächtig aufflammen zu lassen und über weitere Gefäßbezirke zu verbreiten, während ohne eine solche äußere Schädlichkeit die einzelne Spirochätenkolonie noch jahrelang oder dauernd im Gehirngewebe lokalisiert geblieben wäre und keine schwereren Gewebsveränderungen gesetzt hätte. Das entspricht vollkommen den hirnpathologischen Anschauungen, und direktere Beweise für den Zusammenhang einer Organerkrankung mit einem Trauma haben wir nirgends.

Ich meine also, man kann bei der Beurteilung der Dienstbeschädigung der Kriegsparalysen die Grundsätze der Unfallversicherungspraxis des Friedens anwenden.

Zu dem Nachweis paralytischer Symptome schon vor dem als Dienstbeschädigung aufzufassenden Ereignis ist nichts Neues zu sagen. In den wenigen Fällen, in denen dieser Nachweis gelingt, kann natürlich von Paralyse als Dienstbeschädigungsfolge nicht mehr die Rede sein, und es kommt nur die Möglichkeit der Verschlimmerung in Betracht, auf die ich hier nicht näher eingehen will.

So kommt es bei der Dienstbeschädigungsfrage der Paralysen hauptsächlich auf zwei Punkte an: die Art der als Dienstbeschädigung angesprochenen Erlebnisse auf der einen, Symptome, Verlauf und pathologisch-anatomische Veränderungen auf der anderen Seite.

In der Versicherungspraxis ist, wie oben erwähnt, ziemlich allgemein anerkannt, daß Kopfverletzungen unter gleichzeitiger Mitbeteiligung des Gehirns (Comminotio, Quetschungen, Verletzungen des Gehirns) eine ausreichende Schädigung für die Hervorrufung einer Paralyse darstellen. Das wird man auch für die Feldzugsparalysen aufrecht erhalten. Außerdem aber kommen hier in Betracht die dem Feldzug eigenen Schädigungen, die nicht Ereignisse einmaliger Art sind, sondern länger dauernde Einwirkungen darstellen: lang anhaltende psychische Spannung affektiver oder intellektueller Art, länger dauernde körperliche Strapazen, wie Märsche, Einwirkung von starker Hitze oder Kälte usw. Wo eine längere oder öftere Einwirkung solcher Schädlichkeiten sicher nachgewiesen ist, wird man sie für ausreichend betrachten müssen, um auf dem Boden der luetischen Infektion eine Paralyse auszulösen.

Nach diesen Gesichtspunkten habe ich ein Obergutachten erstattet in folgendem sicheren Falle von Paralyse, bei dem vom Vorgutachter Dienstbeschädigung nicht anerkannt war:

Sch. ist 37 Jahre alt. Nach der Krankengeschichte hat er zuletzt, d. h. vor der Einziehung zum Heeresdienst, drei Jahre in einer Stelle gearbeitet und die Woche etwa 30 M verdient. Er muß also vor dem Eintritt zum Heeresdienst noch völlig gesund und leistungsfähig gewesen sein.

Sch. hat aktiv gedient, ist am 25. August 1914 eingezogen worden, kam schon vier Wochen später ins Feld. Als aktiv gedienter Soldat im kräftigsten Mannesalter ist er sicher nicht besonders geschont worden. Nach den Akten hat er neun Gefechte von längerer Dauer mitgemacht. Im ganzen war er von September 1914 bis Ende Dezember 1915 im Felde. Nach der Krankengeschichte „ist früher nichts bei ihm aufgefallen“. Es ist immer gut gegangen. Er war zuletzt zu einer Kommandantur kommandiert, wo man doch wahrscheinlich zuverlässige Leute braucht. Auch dort ist „bis vorgestern nichts Besonderes vorgekommen“. Erst „seit einigen Wochen bemerkten seine Kameraden ein sonderbares, mißtrauisches, verschlossenes Wesen an ihm“. Am 24. Dezember 1915 fing er ohne klaren Grund einen Streit an. Von dem Tage ab datiert seine geistige Erkrankung, die schon am folgenden Tage, 25. Dezember 1915, seine Lazarettaufnahme nötig machte.

Aus diesen Notizen geht hervor, daß vom August 1914 bis Dezember 1915 von der Erkrankung des Sch. niemand etwa gemerkt hat, daß er seinen Dienst sowohl an der Front wie in einer ruhigeren Stellung, ohne auffällig zu werden, zur Zufriedenheit verrichtet hat und daß dann die geistige Erkrankung ziemlich plötzlich einsetzte. Es geht ferner daraus hervor, daß er länger dauernden und erheblichen körperlichen Strapazen und auch den stärkeren Aufregungen, welche die Teilnahme an neun Gefechten mit sich brachte, ausgesetzt war. Dies sind aber besondere Schädigungen, welche sehr wohl geeignet sind, auf dem Boden der vorher erworbenen Syphilis eine progressive Paralyse zum Ausbruch zu bringen oder wenigstens ihren Ausbruch zu beschleunigen,

während ohne diese besonderen Schädigungen die Paralyse vielleicht niemals ausgebrochen wäre.

Hier schien mir eine 14monatige ununterbrochene Teilnahme am Feldzuge mit Beteiligung an mehreren Gefechten eine ausreichende und „erhebliche“ Schädigung darzustellen, die wohl geeignet ist, bei einem im kräftigsten Mannesalter stehenden Manne, der vorher kein Zeichen von Paralyse bot, die Erkrankung auszulösen.

Dagegen habe ich in einem anderen Falle, wo der ebenfalls 37jährige Mann nur zwei Monate im Felde, und zwar in ruhiger Stellung hinter der Front war, Dienstbeschädigung als Ursache der Paralyse abgelehnt.

Der zweite wichtige Punkt ist die Frage, ob das klinische Bild in Symptomen und Verlauf oder ob der pathologisch-anatomische Befund Abweichungen bietet, die die Annahme rechtfertigen, daß hier außer der Lues noch ein exogener Faktor, also in diesem Falle eine Dienstbeschädigung, mit im Spiele ist. Weygandt hat in dieser Hinsicht aus seinen statistischen Untersuchungen, wie oben erwähnt, den Eindruck gewonnen, daß die Feldzugsparalysen schneller und schwerer verlaufen und rascher zum Tode führen. Natürlich gilt dies Ergebnis der Statistik nicht für jeden einzelnen Fall, und jeder, der Feldzugsparalysen behandelt und begutachtet, kann genug Fälle anführen, die in Verlauf, Schwere und Dauer der Erkrankung sich in nichts von den Friedensparalysen unterscheiden. Dasselbe gilt für die Beobachtung von Edel und Piotrowski über das jugendliche Alter der Kriegsparalytiker und das verhältnismäßig frühe Auftreten der Wa.R. im Liquor. Diese Beobachtungen weisen eben daraufhin, daß die Kriegsergebnisse imstande sind, in manchen Fällen die auf dem Boden der Lues erwachsende Paralyse früher hervorzurufen und rascher verlaufen zu lassen. Die Fälle von Kriegsparalyse, die in abnorm jugendlichem Alter entstehen oder abnorm rasch verlaufen oder besonders auffällige Erscheinungen zeigen, berechtigen also zu dem Schluß, daß an ihrem Entstehen die Kriegsergebnisse — sei es eine einmalige Einwirkung oder länger anhaltende Schädigungen — einen wesentlichen Anteil haben, daß sie also — mit anderen Worten — Folge einer Dienstbeschädigung sind.

Dahin gehört folgender Fall:

30jähriger Feldwebel. 1910luetische Infektion, danach Quecksilber- und Salvarsanbehandlung. 1913 geheiratet; ein gesundes Kind.

War von August 1914 20 Monate im Felde; machte die großen Märsche bei Kriegsbeginn mit. Januar 1915 Verwundung am linken Knie; nach kurzer Behandlung wieder an die Front. Im Mai 1916 wegen Erkrankung an starkem Husten ins Lazarett. Dort wurde (wegen der Anamnese) Blutuntersuchung gemacht; diese fiel positiv aus; keine nervösen oder psychischen Symptome. Salvarsanbehandlung. Im September 1916 wurde Lumbalpunktion gemacht; Wa.R. im Liquor positiv. Hat dann noch eine intravenöse Jodbehandlung durchgemacht, tat bis Ende November 1916 noch Garnisondienst als Polizeiunteroffizier. Erst Anfang Dezember 1916 fielen Schrift, Sprache und geistiges Verhalten auf. Deshalb Aufnahme in die Nervenstation am 18. Dezember 1916. Hier wurde Differenz und Lichtstarre der Pupillen, Fazialisflattern und Fehlen der Patellar- und Achillesreflexe festgestellt. In psychischer Beziehung anfangs geordnet, ruhig, leicht deprimiert, empfindet selbst Gedächtnisnachlaß und Denkerschwerung, hat eine gewisse Krankheitseinsicht. Dann tritt rapider geistiger Verfall ein: hochgradige ängstliche Erregung, motorische Unruhe, totale Verwirrtheit, wiederholte paralytische Anfälle mit flüchtigen Temperatursteigerungen. Vom 9. Januar 1917 an schweres Koma, an dem er am 10. Januar 1917 starb, nach knapp sechswöchiger Dauer des eigentlichen paralytischen Krankheitsbildes.

Die Sektion (Prof. Dr. Nauwerck) ergab Oedem der Hirnhäute und Hirnsubstanz, zarte Hirnhäute, ganz geringe Ependymgranulationen, leichte Sklerose der Aorta. Mikroskopisch: Ueber das ganze Gehirn ausgedehnte zahlreiche starke Zellmängel um die Gefäße; die perivaskulären Räume vollgestopft mit Plasmazellen; manche kleineren Gefäße völlig durch frischere Wucherungen obliteriert; auch in der Pia Plasmazellen. Während also makroskopisch nicht das typische Sektionsbild des Paralytikergehirns gefunden wurde, war der mikroskopische Befund nicht nur sehr charakteristisch, sondern ließ alle Veränderungen in sehr starker und ausgedehnter Weise erkennen. Im Rückenmark, hauptsächlich im Brust- und Lendenmark, beginnende Degeneration der Hirnstränge mit sehr reicher Gliä. Nirgends Prozesse, die man als echtluetisch ansprechen konnte.

Dieser Fall zeigt also: relativ kurze Inkubationszeit (von derluetischen Infektion bis zum Ausbruch der Paralyse 5½

Jahre), jugendliches Lebensalter zurzeit der Erkrankung (30 Jahre); sehr rapider Verlauf unter foudroyanten Erscheinungen (nur sechs Wochen Krankheitsdauer), sehr starke Entwicklung der paralytischen Gewebsveränderung, während die makroskopischen Zeichen der Hirnatrophie und alle chronischen Prozesse noch fehlten, das alles, obwohl nach der Infektion und später ausgiebige spezifische Behandlung nicht versäumt wurde.

Mir scheint aber hier noch ein anderer Befund für die ätiologische Frage bedeutsam: Bei diesem sehr jugendlichen Paralytiker und bei sehr rasch verlaufender Erkrankung fehlten unmittelbar nach Ausbruch der Paralyse schon die Patellar- und Achillesreflexe, und im Rückenmark war beginnende Hinterstrangdegeneration nachzuweisen. Nach allen Beobachtungen ist, mindestens bei frischen Paralysen, das Fehlen der Patellarreflexe viel seltener als ihre Steigerung. Wir können also auch dieses Symptom als ein Abweichen vom typischen Bild bezeichnen. Und es liegt nahe, es im Sinne der Edingerschen Aufbrauchstheorie durch die starke körperliche Inanspruchnahme (Märsche, sonstige Strapazen) zu erklären. Es spricht also auch für die Entstehung dieser Paralyse durch Kriegsdienstbeschädigung.

Dafür scheint mir auch folgender Fall beweisend:

28jähriger Maschinist, als Kind schwächlich, nicht aktiv gedient. August 1914 eingezogen, kam nach Frankreich und Rußland; im Dezember 1914 zum ersten Male an der Hand verletzt. Februar 1915 wieder ins Feld, März 1915 Verwundung am Arme. Nach Heilung der Wunde wegen Lungenerkrankung in Reichenhall, dann auf Reklamation seiner Firma entlassen. Im Juni 1916 wieder eingezogen, kam ins Feld; im September 1916 Minenverschüttung und Verwundung. Danach verschiedene Lazarette. Wegen nervöser Beschwerden und Schwäche im November 1916 in meine Nervenbeobachtungsstation.

Beide Pupillen lichtstarr, beginnende Sehnervenatrophie. Fehlen der Patellar- und Achillesreflexe. Ataxie. Schmerzempfindlichkeit an den Beinen herabgesetzt.

Wa.R. im Blute und Liquor +, Nonne +, deutliche Zellvermehrung im Liquor. Psychisch keine gröberen Störungen, nur reizbares, unzufriedenes Verhalten, aber nicht mehr als bei vielen Feldzugsteilnehmern, die lange in Lazaretten waren. Zeitpunkt derluetischen Infektion nicht zu ermitteln.

Ueber den weiteren Verlauf nichts bekannt, weil Patient Anfang 1917 in ein Heimatlazarett verlegt wurde.

Hier handelt es sich also um Tabes bei einem 28jährigen Menschen. Offenbar hat sie erst nach beinahe zweijähriger Teilnahme am Feldzuge, nachdem der Soldat dreimal verwundet und einmal verschüttet war, begonnen, trat aber schon nach kurzer Dauer der subjektiven Beschwerden mit allen klassischen Symptomen: Pupillenstarre, beginnende Sehnervenatrophie, Fehlen der Reflexe, Ataxie, Sensibilitätsstörungen, in Erscheinung. Die Sehstörungen will er schon während seines letzten Feldaufenthaltes — vor seiner Verschüttung September 1916 — gehabt haben. Also auch hier sehr jugendliches Alter (28 Jahre) bei Auftreten der Erkrankung, ziemlich rasche Ausbildung der vollen Erkrankung und wieder eine — wenn dieser jetzt etwas obsoleter Ausdruck noch erlaubt ist — metaluetische Erkrankung des Zentralnervensystems mit ausgesprochener Bevorzugung der Hinterstränge. Man ist wohl berechtigt, auch diese Eigenart der Erkrankung auf die vorausgegangene Kriegsschädigung: lange dauernde Strapazen, wiederholte Verwundungen zurückzuführen.

Etwas komplizierter, aber auch charakteristisch ist folgender Fall:

33jähriger Arzt. In der Jugend gesund. Zeit derluetischen Infektion nicht bekannt. Nicht aktiv gedient. Kam Januar 1915 ins Feld, Rußland und Frankreich; in Rußland lange Märsche und Ritte; lange Zeit Revierdienst, bei dem er 40—50 km täglich reiten mußte. Hat einmal einen schweren Ueberfall durch Kosaken mitgemacht, bei dem er fast als einziger Ueberlebender entkam. Anfang 1916 wegen nervösem Verfassungszustand in Schreiberhau. Februar 1916 wieder ins Feld, zuletzt an der Somme. November 1916 auf Urlaub, wurde dort krank. Im Lazarett Breslau auffälliges Verhalten: Verstöße gegen die Hausordnung, überschritt Urlaube, war in Restaurationen auffällig, machte Zechprellereien, übertriebene Einkäufe und Ladendiebstähle. Damals trotz Paralyseverdacht noch keine körperlichen Symptome. Blut-Wa.R. negativ. Am 10. Januar 1917 Aufnahme in meine Beobachtungsstation: Pupillen gleich, rechte reagiert gut, linke deutlich schlechter. Patellarreflexe: links Spur, rechts fehlend. Achillesreflexe fehlen. Wa.R. im Liquor stark positiv. Nonne positiv. Geringe Zellvermehrung.

In psychischer Beziehung anfangs äußerlich geordnet, gut orientiert. keine deutlichen Gedächtnis- und Intelligenzstörungen. Etwas Krankheitsbewußtsein: Weiß von Paralyseverdacht und bittet selbst um Lumbalpunktion zur Klärung der Diagnose.

Bald darauf deutlicher affektiver, intellektueller und ethischer Verfall: Kann nicht im Offizierszimmer gehalten werden, weil er in unsinniger Weise Entweichungsversuche macht, um in der Stadt Lokale zu besuchen, benimmt sich gegen Pflegerinnen unzweideutig unpassend, nimmt Soldaten Eß- und Rauchwaren weg. Auf Vorhalt leugnet er affektlos plump alles ab, verlangt jeden Tag unter nichtiger Begründung Ausgang und beruhigt sich bei Abschlagung desselben rasch wieder. Kein Interesse für ärztliche Fragen, Lektüre, Tagesereignisse. Wegen seines Verhaltens dauernd Bettruhe und außerdem Schmierkur und Salvarsanbehandlung. Entmündigungstermin. Seit Anfang April auffallende Besserung in seinem Verhalten, wird geordneter, mehr Interesse, hält sich auf der Privatstation, interessiert sich für ärztliche Fragen, macht Visite mit, übernimmt kleine chirurgische Eingriffe. Befunde an den Pupillen und Patellarreflexen noch unverändert.

Auch hier wieder ziemlich jugendliches Alter (33 Jahre). Deutlicher Ausbruch der Paralyse nach fast zweijährigem strapaziösen Feldaufenthalt; aber ein neurasthenisches Vorstadium schon drei Vierteljahre früher. Beim Auftreten der paralyseverdächtigen Erscheinungen noch keine deutlichen körperlichen Symptome; Blut-Wassermann noch negativ. Dann rascher psychischer Verfall. Wieder Fehlen der Patellarreflexe. Liquorbefunde deutlich positiv, sodaß aus diesen die sichere Diagnose gemacht werden konnte. Hier scheint sich allerdings unter Bettruhe und spezifischer Behandlung eine Remission einzuleiten. Aber jugendliches Alter, rasches Einsetzen des psychischen Verfalles, Fehlen der Reflexe sind wieder Abweichungen vom typischen Bild, welche einen ursächlichen Zusammenhang mit den vorangegangenen Kriegsstrapazen anzunehmen gestatten.¹⁾

Wenn also die statistischen Untersuchungen von Weygandt es wahrscheinlich machen, daß die durch Kriegsereignisse ausgelösten Paralysen sich durch schnelleren und schwereren Verlauf auszeichnen, so geben diese Einzelfälle den Beweis dafür, daß bei früher ganz gesunden, noch in sehr jugendlichem Alter stehenden Leuten eine rasch verlaufende Paralyse ausbrach, nachdem sie schweren und anhaltenden Feldzugsstrapazen ausgesetzt waren. Die Eigenheit, daß diese akut beginnenden und rasch verlaufenden Erkrankungen gegen die Regel mit Hinterstrangssymptomen einhergingen, deutet ebenfalls auf direkte Einwirkung der Kriegsstrapazen. Man wird also sehr jugendliches Alter, kurzen Intervall zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse, schweren, rapiden Verlauf, Fehlen der Patellarreflexe von Anfang der Erkrankung an als Beweis dafür heranziehen dürfen, daß solche Paralysen durch die vorausgegangenen Feldzugsereignisse ausgelöst werden.

Diese Voraussetzungen wird man also machen müssen, wenn man eine im Krieg entstandene Paralyse als Folge einer Dienstbeschädigung erweisen will. Die Erheblichkeit der Schädigung muß durch die Stärke des Traumas bei seiner einmaligen Einwirkung oder durch die lange Dauer der Strapazen bewiesen werden. Die Besonderheiten im klinischen Bild, Verlauf und pathologisch-anatomischer Befund sind dann ein weiterer Beweis für den Zusammenhang zwischen Paralyse und Dienstbeschädigung. Da aber das Auftreten dieser Besonderheiten auch von der verschiedenen individuellen Reaktionsweise abhängt, können sie auch einmal fehlen, und man kann dann die Erheblichkeit der Schädigung als genügenden Beweis für die Verursachung dieser Paralyse durch Dienstbeschädigung ansehen.

Leitsätze. 1. Die progressive Paralyse ist in allen Fällen eine Folgeerscheinung der Syphilis, auch wenn in einzelnen Fällen eine syphilitische Infektion nicht bekannt wird. Aber sie ist nicht eine Teilercheinung oder „Verschlimmerung“ der gewöhnlichen Syphilis, sondern eine besondere Neuerkrankung.

Unter Umständen kann angenommen werden, daß ein als Dienstbeschädigung aufzufassendes äußeres Ereignis das paralytische Leiden hervorgerufen hat und daß es ohne diese Dienst-

beschädigung überhaupt nicht oder erst viel später entstanden wäre.

2. Folgende Umstände sprechen für eine solche Annahme:

a) Vor Einwirkung der Dienstbeschädigung waren keinerlei auf Paralyse verdächtigen Symptome bekannt (Verhalten der Pupillen, Unsicherheit beim Gehen, Schwindel-, Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Veränderungen der Sprache, der Schrift, des geistigen Verhaltens in beruflicher und ethischer Hinsicht).

b) Die als Dienstbeschädigung zu bezeichnende Ursache kann bestehen in einer schweren Verletzung des Schädels oder Gehirns, Gehirnerschütterung, schwerer Allgemeinerkrankung (konsumierende Darmkrankheiten, starke Blutverluste), in länger oder wiederholt einwirkenden Strapazen körperlicher (Märsche, Erkältungen, Durehnässungen, strahlende Hitze) oder seelischer Art (geistige Anspannung, Todesangst, Schreck bei Verschüttung usw.). Diese letzteren Momente (körperliche und seelische Strapazen) kommen beim gewöhnlichen Friedensdienst nicht in Betracht; auch im Kriegsdienst muß man längere Dauer oder besondere Ereignisse nachweisen können.

c) Soll die Entstehung einer Paralyse durch ein als Dienstbeschädigung aufzufassendes einmaliges Ereignis (Verwundung usw.) angenommen werden, so muß zwischen Dienstbeschädigung und erster Feststellung paralytischer Symptome ein angemessener Zwischenraum liegen (ein Monat bis zwei Jahre); wenn unmittelbar nach der Verletzung schon deutliche paralytische Symptome festgestellt werden, bestand die Paralyse gewöhnlich schon vorher.

d) Durch Dienstbeschädigung hervorgerufene Paralysen zeigen häufig Abweichungen vom Durchschnitt: Sehr jugendliches Alter des Erkrankten (unter 35 Jahre), kurze Inkubationszeit zwischen syphilitischer Infektion und Ausbruch der Paralyse (unter sechs Jahren), sehr heftige oder atypische Symptome, rapider Verlauf mit raschem, körperlichem und geistigen Verfall und Tod (Krankheitsdauer unter einem Jahre), Fehlen der Patellarreflexe schon bei Beginn der Erkrankung, atypischer Sektionsbefund.

4. Bestand eine Paralyse sicher schon vor den als Dienstbeschädigung anzusprechenden Ereignissen, so ist Verschlimmerung der Erkrankung durch Dienstbeschädigung anzunehmen, wenn die unter 3b oder 3d angedeuteten Voraussetzungen zutreffen.

5. Oft sind im Beginn einer Paralyse die klassischen körperlichen und psychischen Symptome noch nicht oder nur undeutlich vorhanden und der Blut-Wassermann noch negativ, während die Wa.R. der Rückenmarksflüssigkeit schon positiv ist. Bei Verdacht auf progressive Paralyse und sonst negativen Befunden muß also immer Lumbalpunktion gemacht werden.

Während der Drucklegung dieser Arbeit haben sich zu der gleichen Frage auf der Versammlung der südwestdeutschen Neurologen geäußert Hahn und Hauptmann, und zwar in der Hauptsache im ablehnenden Sinne. Auf Grund ihrer statistischen Untersuchungen erkennen sie keinen Unterschied im Verlauf bei den im Feld entstandenen Paralysen gegenüber den Friedensparalysen an. Meines Erachtens kann diese Frage überhaupt nicht prinzipiell durch die Statistik entschieden werden, sondern durch Feststellung der Verhältnisse von Fall zu Fall. Wir dürfen nicht sagen: weil die Paralyse immer durch Lues verursacht wird, kommt niemals eine andere wesentliche Nebenursache in Betracht. In den Fällen und unter den Bedingungen, die ich in meinen Schlußsätzen ausgeführt habe, muß die Paralyse als Dienstbeschädigung aufgefaßt werden.

Literatur: 1. Neurol. Zbl. 1916 Nr. 5. — 2. Neurol. Zbl. 1904. — 3. Arch. f. Psych. 57 H. 1. — 4. M. m. W. 1916 Nr. 15. — 5. Ref. auf dem IV. Kongr. für Vers.-Med. in Berlin 1906. — 6. M. m. W. 1916 Nr. 33.

¹⁾ Anmerkung bei der Korrektur: Seitdem ist der körperliche und geistige Zustand wieder schlechter geworden: wiederholte paralytische Anfälle, rascher zunehmender intellektueller und ethischer Verfall. Wurde im Juni 1917 zur dauernden Internierung in Landesanstalt überführt.