

## VI. Dementia paralytica.

Aus der Reihe von Geisteskrankheiten, die mit größeren nervösen Störungen einhergehen und auf eine tiefer greifende, anatomisch definirbare Alteration des Gehirns hindeuten, hat sich im Laufe namentlich der letzten Decennien ein bestimmtes Krankheitsbild herausgehoben, dessen Studium wegen der hervorragenden Betheiligung der psychischen Funktionen nicht der Hirnpathologie, sondern vorzugsweise der Psychiatrie anheimgefallen ist. Während die Alienationszustände in Folge von Tumoren, Erweichungsherden, multipler Sklerose u. s. f. eine grosse Einförmigkeit darzubieten pflegen und darum neben den sonstigen nervösen und cerebralen Lähmungs- und Reizungserscheinungen gänzlich in den Hintergrund treten, hat die diffuse, chronische, interstitielle Entzündung der Hirnrinde, als des Centralorganes unseres Bewusstseins, so erhebliche Veränderungen der psychischen Funktionen zur Folge, dass sie die wichtigsten Symptome im Krankheitsbilde darstellen, während man die begleitenden nervösen Störungen früher sogar bisweilen als blosse „Komplikationen“ auffasste. Als den klinischen Ausdruck des genannten pathologischen Processes haben wir die sogen. Dementia paralytica\*), den fortschreitenden Blödsinn mit Lähmung („Gehirnerweichung“) zu betrachten, eine Krankheitsform, die insofern gewissermaassen auf der Grenze zwischen Hirnpathologie und „Psychopathologie“ steht und eine Vereinigung beider ermöglicht, als wir hier den Störungen der

---

\*) Mendel, die progressive Paralyse der Irren, 1880.



psychischen Leistungen unmittelbar greifbare Veränderungen des organischen Substrates derselben parallel gehen sehen. Dass wir trotz unserer ziemlich genauen Bekanntschaft mit diesen Veränderungen doch noch keine befriedigende Theorie der an sie geknüpften Geistesstörung besitzen, bezeugt aufs neue die schon früher betonte dringende Nothwendigkeit, vor Allem sich über den Begriff der einzelnen psychischen Funktionen klar zu werden, um die klinisch analysirten Alterationen derselben auf die anatomischen Befunde beziehen zu können.

Der Grundzug im Krankheitsbilde der Dementia paralytica ist die Schwäche auf allen Gebieten des psychischen Lebens. Die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit im Denken, Fühlen und Handeln nimmt ganz allmählich, aber unaufhaltsam ab bis zur völligen Vernichtung der psychischen Persönlichkeit, bis zum denkbar tiefsten Blödsinn. Begleitet wird dieser Vorgang in der Regel von verschiedenartigen psychischen Reizungserscheinungen, Aufregungs- und Depressionszuständen, die sich von den früher geschilderten wesentlich nur durch den gemeinsamen, mehr oder weniger deutlich ausgeprägten Grundzug der Schwäche unterscheiden.

Das erste Anzeichen der herannahenden Krankheit ist auf intellektuellem Gebiete die Unfähigkeit zu dauernder und energischer Anspannung der Aufmerksamkeit, die sich auch direkt durch psychische Zeitmessungen darthun lässt. Der Kranke wird zerstreut, leicht ermüdet, vergesslich: sein Zustand gleicht demjenigen einer permanenten Abgespanntheit und leichten Benommenheit. Er fasst die Vorgänge in seiner Umgebung nicht mehr mit der früheren Schärfe auf; jede geistige Anstrengung, auch die gewohnte Arbeit, fällt ihm schwerer, als sonst; er ist nicht im Stande, sich so zu sammeln und zu concentriren, wie früher und findet sich selbst in dem Kreise der täglichen Obliegenheiten häufig nicht mehr ordentlich zurecht. Zugleich wird er unsicher in seinem Urtheile und in der Herrschaft über sein Gedächtniss; er irrt sich häufig bei Dingen, die ihm früher durchaus geläufig waren und muss sich lange besinnen, um sich ganz einfache Daten zu



vergegenwärtigen, mit denen er vielleicht täglich zu manipuliren hatte. So kommt es, dass der Kranke anfängt, in seinen gewohnten Verrichtungen unordentlich und nachlässig zu werden. Er versäumt seine Dienststunden, wichtige Korrespondenzen, verliert oder verlegt werthvolle Objekte, Geld, Akten, kommt mit seinen Arbeiten gar nicht oder nicht rechtzeitig zu Stande und lässt sich unbegreifliche Versehen zu Schulden kommen, orthographische Schnitzer, grobe Rechenfehler u. dergl., ohne es selbst recht zu bemerken. Bisweilen allerdings hat der Kranke doch eine gewisse allgemeine Vorstellung von der durchgreifenden Veränderung, die sich mit ihm vollzieht und klagt selber über die Langsamkeit und Schwerfälligkeit des Denkens, wie über seine Vergesslichkeit.

Auf dem Gebiete des Gefühlslebens macht sich eine erhöhte Reizbarkeit bemerkbar. Der Kranke ist launenhaft, leicht verstimmt und verdriesslich, geräth bei geringfügigen Anlässen in rasch vorübergehende, unmotivirt heftige Aufregung, in denen er die Herrschaft über sich selbst vollständig verliert und sich wol gar gelegentlich zu Thätlichkeiten hinreissen lässt. Auf der andern Seite ist schon jetzt nicht selten eine gewisse Stumpfheit und Torpidität gegenüber weiter reichenden Interessen bemerkbar, die auf ein Zurücktreten der höheren, logischen, ethischen und ästhetischen Gefühle hindeutet. Die Freude an geistiger Arbeit, an künstlerischen Genüssen, an den gemüthlichen Beziehungen zur Umgebung, zur eigenen Familie weicht einer trägen Indolenz, die zu der sonstigen Reizbarkeit des Kranken in auffallendem Widerspruche steht.

Durch diese Umwandlung wird natürlich auch eine einschneidende Veränderung in dem Charakter des Kranken bedingt. An Stelle der früheren Festigkeit und Selbstständigkeit tritt eine fortschreitende Willenschwäche und Haltlosigkeit; die konstanten Willensdispositionen einerseits, die konstanten Hemmungen andererseits gehen dem Kranken verloren. Während die eigene innere Regsamkeit, die „Initiative“, nach und nach schwindet, lässt er sich von jedem äusseren Anstosse, jedem beliebigen Einfalle widerstandslos zu häufig recht planlosen und unsinnigen Hand-



lungen verleiten, über deren eigentlichen Zweck er sich selber gar keine Rechenschaft zu geben vermag. Unmotivirte Reisen und Einkäufe, Bestellungen, plötzliche, rasch wieder aufgegebenen Beschäftigung mit irgend welchen fernliegenden Dingen kommen auf diese Weise zu Stande. Dabei lässt die Abstumpfung gegen die Anforderungen des Anstandes und der Sitte den Kranken zahlreiche Taktlosigkeiten und grobe Verstösse begehen, die er gar nicht mehr klar aufzufassen im Stande ist. So beginnt er vielleicht, sein Aeusseres gänzlich zu vernachlässigen, wird salopp und unordentlich in seinem Anzuge, benimmt sich in Gesellschaften mit unanständiger Ungenirtheit, erzählt obscene Geschichten, befriedigt seine Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Umgebung u. s. f. Häufig tritt schon jetzt auch eine Neigung zu allerlei Excessen und Extravaganzen hervor. Der solide Familienvater gewöhnt sich mit einem Male das Rauchen und Schnupfen an, kleidet sich auffallend, stutzerhaft, „nach der neuesten Mode“, treibt sich in Wirthshäusern und Bordellen herum, zeigt sich mit öffentlichen Dirnen auf der Strasse oder versucht, dieselben bei Bekannten einzuführen. Der Geschlechtstrieb ist vielfach sehr gesteigert.

Durch alle diese Störungen zieht sich eine grosse, dem Gesunden ganz unbegreifliche Urtheilslosigkeit und Unüberlegtheit hindurch, welche häufig genug schon in diesem Stadium die Diagnose einer beginnenden Dementia paralytica zulässt.

Von körperlichen Symptomen sind die ersten, oft schon vor den psychischen hervortretenden vage rheumatoide Schmerzen in den verschiedensten Theilen des Körpers, Engenommenheit und Druck im Kopfe, Hyperästhesie des Gesichts und Gehörs (Funkensehen, Ohrensäusen), Schlaflosigkeit und Appetitmangel. Die Kranken liegen stundenlang im Bette, ohne einzuschlafen, während sie die Ermüdung bei Tage bisweilen plötzlich bei der Arbeit, in der Gesellschaft, im Theater unwiderstehlich übermannt. Von besonderer diagnostischer Wichtigkeit sind leichte, kurzdauernde Schwindelanfälle ohne tiefere Bewusstlosigkeit, mit rasch vorübergehender Unfähigkeit zu sprechen.



Auch Pupillendifferenzen, eine geringe Erschwerung der Zungenbewegung, Augenmuskellähmungen und namentlich vasomotorische Störungen (fliegende Hitze und Kälte) deuten nicht selten bereits auf die herannahende schwere Hirnerkrankung hin.

Nachdem dieser Zustand Wochen, Monate, selbst Jahre mit verschiedenen Schwankungen bestanden hat, nicht selten, ohne dass seine Krankhaftigkeit von dem Patienten und seinen Angehörigen recht gewürdigt worden wäre, werden allmählich die Erscheinungen deutlicher. In einer grossen Zahl von Fällen kommt es zunächst zu einem Stadium der Depression. Es scheint, als ob das dumpfe Gefühl der wachsenden körperlichen und geistigen Leistungsunfähigkeit den Hintergrund desselben bildete. Der Kranke ist still; niedergeschlagen, leicht zum Weinen geneigt, legt resignirt die Hände in den Schooss, weil ihm nichts mehr recht gelingen will, sieht die Zukunft in den schwärzesten Farben vor sich und klagt über seinen eigenen Zustand. Häufig treten einzelne hypochondrische oder Versündigungs-ideen, auch Sinnestäuschungen hervor. Er kann nicht mehr essen, es ist Alles verfault in ihm, er hat gestohlen, Alles zu Grunde gerichtet. Allein es fehlt diesen Wahndeiden vollständig jene mächtige Herrschaft über den ganzen Bewusstseinsinhalt, die sie beim Melancholiker oder beim Verrückten ausüben. Sie werden ohne tieferes Ergriffensein geäussert und wechseln nicht selten mit andern oder auch mit ganz entgegengesetzten, exaltirten Ideen ab, weil bereits der einheitliche innere Zusammenhang der psychischen Persönlichkeit unterbrochen ist. Dennoch kommt es bisweilen unter dem Drucke der allgemeinen Depression auch zu Selbstmordversuchen, die jedoch, weil es dem Kranken an Energie und Ueberlegtheit mangelt, meist resultatlos bleiben. In einzelnen Fällen kann sich die psychische Hemmung für einige Zeit zu förmlichem Stupor steigern.

Die Schlaflosigkeit pflegt zuzunehmen; das Körpergewicht sinkt bei mangelndem Appetite und träger Verdauung; die motorischen Störungen treten stärker hervor. Beim Sprechen macht sich erschwerte Aussprache einzelner Buchstaben und verkehrte Zusammenfügung der



Laute und Silben zu Worten (Silbenstolpern) bemerkbar. Beliebte Beispiele zur Demonstration dieses Verhaltens sind: „Dritte reitende Artilleriebrigade“, „Elektricität“, „Initiative“ und ähnliche. Ferner beobachtet man auch nicht selten Stammelnen und Stottern, Unfähigkeit, gewisse Laute oder Lautverbindungen hervorzubringen. Höchst charakteristisch sind dabei die Mitbewegungen der gesammten mimischen Muskulatur, welche die Anstrengungen des Kranken begleiten. Endlich machen sich schon jetzt und noch mehr im weiteren Verlaufe cerebrale Sprachstörungen verschiedener Art bemerkbar, unter denen die Paraphasie und die ataktische Aphasie die häufigsten sind. Die erstere Störung dauert oft längere Zeit an, während die letztere vorzugsweise im Gefolge paralytischer Anfälle hervortritt. Auch Worttaubheit kann man hie und da konstatiren, doch wird die genaue Differentialdiagnose oft durch die Demenz der Kranken sehr erschwert.

Die Stimme wird rauh und verliert ihren gewohnten Klang (Stimmbandparese), die Gesichtszüge werden schlaff (Verstreicheln der Nasolabialfalten), ausdruckslos, zeigen häufig fibrilläre Zuckungen und ausgiebige Mitbewegungen, wenn man den sehr leicht in Verwirrung gerathenden Kranken auffordert, abwechselnd verschiedene koordinirte Bewegungen auszuführen, die Augen zu schliessen, den Mund zu öffnen, die Zunge vorzustrecken u. s. f. Bisweilen bemerkt man auch Ungleichheit der Gesichtshälften, leichte Ptosis, Ungleichheit, abnorme Enge oder Weite, träge Reaktion oder Starrheit der Pupillen, starkes Zittern der Zunge beim Hervorstrecken. Die motorischen Leistungen der Extremitäten werden ebenfalls unsicher, obgleich die grobe Kraft vollständig intakt ist. Feine Bewegungen, Nadeleinfädeln, Knöpfen fallen dem Kranken sehr schwer oder sind ihm unmöglich; der Händedruck ist kräftig, aber stossend, lässt die einzelnen Innervationsanstrengungen erkennen. Die Schrift ist unregelmässig und unsicher, zeigt häufiges Hinausfahren über die Grenzlinien, Klexe und Unsauberkeiten, sowie das psychisch bedingte Analogon des Silbenstolperns, Versetzung der einzelnen Buchstaben und Silben, Auslassungen und Wiederholungen derselben. Der



Gang ist etwas ungeschickt; die Erhaltung des Gleichgewichtes, namentlich bei raschem Kehrtmachen und in schwierigen Positionen, wird dem Kranken schwer. Die sexuelle Potenz nimmt, allmählich ab oder erlischt gänzlich. Bisweilen kommt vorübergehend Unreinlichkeit (Urinentleerung in das Bett, die Kleider) vor; auch ausgebildete apoplektiforme Anfälle werden hie und da beobachtet.

In der Regel ist dieses Depressionsstadium nicht von sehr langer Dauer (höchstens einige Monate). Nicht selten folgt demselben eine Remission mit Zurücktreten der Wahnideen, in der das Fortbestehen der krankhaften Störung nur noch an den deutlichen Zeichen der psychischen Schwäche erkennbar bleibt. Zuweilen jedoch gewinnt die melancholische Verstimmung eine solche Ausdehnung, dass sie das ganze Krankheitsbild dauernd beherrscht (depressive Form der Paralyse). Die Wahnideen schliessen sich im Anfange oft ganz denjenigen melancholischer Kranker an, zeigen aber, namentlich im weiteren Verlaufe, meist eine gewisse Absurdität und Ungeheuerlichkeit, die sie von denselben unterscheidet. Die Kranken glauben sich zunächst verfolgt, hören Stimmen, die sie bedrohen, äussern Selbstbeschuldigungen, fürchten, dass die Polizei sie abholen und ins Gefängniss werfen werde. Später kommt es bisweilen zu den heftigsten Angstzuständen, in denen die Kranken unausgesetzt aus Leibeskräften schreien, sich mit dem Ausdrucke des Entsetzens bei jedem Geräusche umsehen, in der Erwartung, von irgend etwas Schrecklichem betroffen zu werden, und jeder äusseren Einwirkung den verzweifeltsten Widerstand entgegensetzen. Sehr häufig sind hypochondrische Wahnvorstellungen, die Idee, nicht mehr essen, nicht mehr Urin lassen zu können, von Glas, Butter, Holz zu sein, die sie in die grösste Furcht vor jeder Berührung versetzen kann, der Wahn, keinen Kopf, keine Eingeweide mehr zu haben, gestorben, verdoppelt, klein, unsichtbar, viereckig zu sein. Die bizarren Formen und der Wechsel dieser vielleicht häufig auf Anomalien des Gemeingefühls beruhenden Wahnvorstellungen lassen bei den vorgeschrittenen Formen die Kritiklosigkeit des Kranken deutlich erkennen. Von der Verrücktheit unterscheidet ausser den



gleichzeitigen nervösen Symptomen der akutere Verlauf und der Mangel einer systematischen Verarbeitung der Wahnideen, die vielmehr als vereinzelte zusammenhangslose Vorstellungen im Bewusstseinsinhalte auftauchen.

Bei der typischen Form der Paralyse folgt auf das oft nur angedeutete melancholische Stadium dasjenige der maniakalischen Exaltation. Die schon im Beginne hie und da hervortretende psychische Erregung erfährt eine rasche Zunahme. Der Kranke wird lebhaft, geschwätzig, zeigt eine gehobene Stimmung, grosse Rücksichtslosigkeit, fortwährende Unruhe und Geschäftigkeit. Mit der Manie bietet das Krankheitsbild vielfache Aehnlichkeit dar, zeigt aber ebenfalls die charakteristischen Züge der psychischen Schwäche. Es fehlt jene scharfe Erfassung ähnlicher Züge, die Beweglichkeit der Aufmerksamkeit, die associative Verknüpfung der Vorstellungen, die muthwillige Ausgelassenheit der Stimmung. Der Kranke beachtet die Aussenwelt wenig, bekümmert sich kaum um seine Umgebung, sondern ist ganz von einem Gefühle des Wohlseins, der erhöhten Leistungsfähigkeit erfüllt, aus dem die mannigfaltigsten Grössenideen ohne weiteren inneren Zusammenhang hervorgehen.

Diese Grössenideen halten sich Anfangs noch im Bereiche des Denkbaren und Möglichen, pflegen aber rasch und unaufhaltsam die abenteuerlichsten und bizarrsten Formen anzunehmen; sie beziehen sich einmal auf die eigene körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, andererseits auf die äussere Stellung, den Besitz, die Pläne des Kranken. Er fühlt sich so gesund, wie niemals, ist jung, schön, besitzt eine ausgezeichnete Stimme, ungeheure Körperkräfte, wiegt vier Centner, hat eine eiserne Brust, geht in einer Minute tausend Meilen weit, kann fliegen; sein Urin ist Rheinwein, seine Exkremete Gold; er hat alle Wissenschaften studirt, spricht sämtliche Sprachen der Welt, kann alle Krankheiten kuriren, Todte auferwecken. Dabei ist er Graf, Fürst, Kaiser, Gott und Obergott, besitzt sämtliche hohe Orden, ein ungeheures Vermögen, Millionen mal Milliarden, ungezählte Viehheerden in Marmorställen, Königreiche, Erdtheile, ja die ganze Welt. Er wird sich ein schönes Haus



bauen lassen mit einem Garten, der tausend Meilen lang ist, mit goldenem Dach, mit einem eigenen Theater und Cirkus; er wird eine Flugmaschine erfinden und im Weltall herumfliegen, einen Tunnel durch die Erde graben u. s. f. Meist spiegeln sich die individuellen Lebensverhältnisse und Interessen in diesen Ideen wieder, aber fast immer in absurder Verzerrung. Frauen kokettiren mit ihrer Schönheit, ihren prächtigen Kleidern und Schmucksachen, ihren zahlreichen und schönen Kindern, deren sie täglich zwei oder mehrere gebären, erwählen sich die höchsten Würdenträger zu Männern. Bemerkenswerth ist es, dass im Allgemeinen die Grössenideen der weiblichen Paralytiker sich in bescheideneren Grenzen zu halten und nicht so exorbitant über das Mögliche hinauszugehen pflegen, wie diejenigen der Männer.

Als die Ursache dieser Grössenideen hat man gewöhnlich Reizvorgänge in der Hirnrinde angesehen, ja man hat gemeint, dass ihnen ein vermehrter Stoffumsatz entsprechen müsse und dass sie gewissermaassen „Brillantfeuerwerke eines rapid der Nekrobiose zueikenden Hirnlebens“ bedeuten. Dieser Auffassung liegt die psychologisch gänzlich unhaltbare Idee zu Grunde, dass eine „Grössenidee“ eine physiologisch höherwerthige Leistung darstelle, als irgend eine andere Vorstellung. In Wirklichkeit ist dieses Grössendelirium nichts, als ein von der Kritik nicht gezügeltes, traumhaftes Spiel der Phantasie, dem die exaltirte Färbung lediglich durch die krankhafte Veränderung des allgemeinen Stimmungshintergrundes verliehen wird. Ohne irgend welche logische Verarbeitung, die ja, sogleich die exorbitanten Widersprüche dem Kranken zum Bewusstsein bringen müsste, tauchen die Vorstellungen nach einander auf; wie im Traume werden sie, sich steigernd und mit einander wechselnd, von ihm hingenommen, ohne dass ihm die völlige Unhaltbarkeit derselben klar würde, und so werden sie auch fast ebenso rasch wieder vergessen, wie sie entstanden, um neuen und immer neuen Phantasiebildern Platz zu machen. Sie sind so wenig eigentliche Wahnideen, wie diejenigen der Maniakalischen; sobald die Exaltation zurücktritt und der Kranke wieder eines ruhigen



Urtheils fähig ist, weiss er sich selbst nicht genug über das „dumme Zeug“ zu wundern, das ihm in den Kopf gekommen war. Die Vernichtung der Kritik durch die eigenthümliche Benommenheit und die heitere Verstimmung ist auch hier das wesentliche Moment, aus dem sich die Macht und die Eigenthümlichkeiten der paralytischen Grössenideen erklären. Diese Vernichtung vollzieht sich hier um so rascher und durchgreifender, weil das Centralorgan der apperceptiven Thätigkeit (vielleicht die Spitze des Vorderhirns) in seiner Funktionsfähigkeit durch den krankhaften Process bereits empfindlich beeinträchtigt ist.

Aus der gleichen Ursache erklärt sich die tiefe Störung des Gedächtnisses, die man jetzt regelmässig rasche Fortschritte machen sieht. Zwar die Vorstellungen der fernen gesunden Vergangenheit haften theilweise noch ziemlich fest und treu, aber der Kranke vergisst, was er vor einer Viertelstunde, in der letzten Minute gethan hat. Er weiss weder Wochentag noch Datum, weiss nicht, ob er schon zu Mittag gegessen, Besuch erhalten, ob er den ihn täglich besuchenden Arzt schon einmal gesehen hat oder nicht. Alle neuen Eindrücke werden eben wegen der tiefen Beeinträchtigung der Apperception nur verschwommen, unklar, traumhaft aufgefasst und vermögen daher nicht im Gedächtnisse zu haften.

Die Stimmung des Kranken ist eine überschwängliche, selige, unbeschreiblich zufriedene, aber sie kann durch den geringsten äusseren Anstoss, durch eine ernste Anrede, ja durch den blossen Tonfall der Stimme, in der man zu dem Kranken spricht, sofort in eine weinerliche Rührung umgewandelt werden, die noch unter dem Fliessen der Thränen wieder in die frühere Glückseligkeit zurückschlägt.

Im Handeln des Kranken dokumentirt sich seine Einsichtslosigkeit und die exaltirte Verstimmung durch die unüberlegte Aufnahme aller möglichen Projekte, die über seine intellektuellen und finanziellen Kräfte, sehr bald über das Mögliche überhaupt hinausgehen. Allerdings bleibt es regelmässig bei einigen unsinnigen einleitenden Schritten, weil sehr bald eine neue Idee die frühere verdrängt. Er telegraphirt an Souveräne, bestellt, ohne die mindeste



Rücksicht auf sein wirkliches Vermögen, ungemessene Quantitäten der verschiedensten Gegenstände, die er zur Ausführung seiner Pläne zu brauchen glaubt, macht grossartige Geschenke, kauft auf, was ihm vor das Gesicht kommt und genirt sich auch gar nicht, in einer gewissen dummpfiffigen Manier leicht entdeckte Betrügereien oder Diebstähle vor den Augen der Eigenthümer zu begehen, die er nachher einfach ableugnet. Dabei besucht er fleissig Wirthshäuser und Vergnügungslokale, vergeudet dort zwecklos sein Geld, geräth leicht in Streit und wird häufig nun erst, nachdem er die verschiedensten Vergehen gegen die öffentliche Ordnung, gegen die Schamhaftigkeit, Widerstand gegen die Staatsgewalt u. s. f. begangen, seine Familie finanziell binnen kurzer Zeit ruiniert hat, gemisshandelt und gemaassregelt, in reducirtem Zustande, von Excessen erschöpft, als krank in die Anstalt eingeliefert.

Sehr gewöhnlich tritt in der Stille des Anstaltslebens sofort eine wesentliche Beruhigung des aufgeregten Kranken, bisweilen sogar eine wirkliche Remission mit Korrektur der Grössenideen ein, aber es zeigt sich bei genauerer Beobachtung, dass die psychische Leistungs- und Widerstandsfähigkeit eine tiefe, dauernde Einbusse erlitten hat, dass Urtheil und Gedächtniss schwach, der Wille haltlos und leicht bestimmbar geworden ist. In andern Fällen steigert sich die Unruhe zu immer höheren Graden; der Kranke wird ideenflüchtig und völlig verwirrt, schreit und tobt, zerreisst, schmiert ohne Unterbrechung, bis ein paralytischer Anfall eine plötzliche infauste Beruhigung bringt oder, vielleicht erst nach Wochen oder Monaten, die Besonnenheit, allerdings mit den Symptomen schweren psychischen Defektes, wiederkehrt.

Die nervösen Erscheinungen haben unterdessen ebenfalls beträchtliche Fortschritte gemacht. Der Gang ist sehr unsicher geworden, bisweilen ataktisch, wie in der Tabes, häufiger breitbeinig, unbehülflich schlürfend; die Sprachstörungen treten deutlicher hervor; die Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit ist stark herabgesetzt, so dass man dem Kranken, ohne dass er es merkt, im Gespräche mit ihm eine Nadel durch eine Hautfalte hindurch-



stechen kann. Fast regelmässig werden paralytische Anfälle beobachtet, bald unter der leichteren Form eines vorübergehenden Schwindels mit Sprachlähmung, bald als apoplektiforme oder epileptiforme, von Krämpfen begleitete Insulte. Der Appetit ist bisweilen bis zur Gefrässigkeit gesteigert, der Schlaf meist unruhig, in den höchsten Graden der Erregung oft längere Zeit ganz unterbrochen.

Das maniakalische Stadium der Paralyse entwickelt sich in einer grösseren Reihe von Fällen ohne Vermittlung einer melancholischen Zwischenstufe unmittelbar aus den Prodromalsymptomen heraus (agitirte Form der Paralyse). Es ist dann in der Regel von längerer Dauer, und die Erregung hält sich lange in den Grenzen einer leichten, fast noch physiologischen Exaltation; auch der Charakter der Schwäche tritt dann wenigstens anfangs nicht so deutlich hervor. Solche Krankheitsbilder erinnern dann sehr an dasjenige der periodischen Tobsucht, die ja ebenfalls häufig nur als eine gelinde, hie und da auch eine gewisse Schwäche darbietende Erregung verläuft. Sehr frappant wird die Aehnlichkeit, wenn auch der Gang der Paralyse durch eingeschobene Remissionen den der periodischen Tobsucht nachahmt. Sorgfältige Beachtung der motorischen Störungen, in einzelnen Fällen aber erst der weitere Verlauf, dienen hier zur Feststellung der Differentialdiagnose. Auch eine cirkuläre Form der Paralyse hat man beschrieben, die in ihrem Wechsel zwischen Depression, Exaltation und Remission an das cirkuläre Irresein erinnert; sie ist ziemlich selten.

Mit dem Bilde der agitirten Paralyse kommt die Krankheit bisweilen zum Abschlusse. Die Erregung wird eine sehr hochgradige; der Kranke ist vollkommen unbesinnlich, stösst nur unartikulierte Laute aus, wälzt sich am Boden, zappelt mit Armen und Beinen, schläft nicht, nimmt keine Nahrung zu sich, sondern spuckt Alles wieder aus, lässt Koth und Urin unter sich gehen und kommt in seiner Ernährung rapide herunter. Der Puls ist klein und frequent, die Temperatur erhöht (38—39°). Nach einigen Tagen oder Wochen, nachdem vielleicht schon wiederholte apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle dagewesen sind, werden



die Bewegungen des zeitweise soporösen Kranken unsicher und zitternd; die Mundhöhle ist trocken, Lippen und Zunge mit dickem, schwärzlichem fuliginösem Belage bedeckt; es stellen sich profuse Diarrhöen, kalte Schweisse, Sehnenhüpfen, grosse Neigung zu Dekubitus ein, und unter zunehmender Erschöpfung erfolgt, bisweilen nach vorübergehender Besonnenheit, der Exitus letalis (galoppirende Form der Paralyse).

Der gewöhnliche Lauf der Dinge ist indessen ein weit langsamerer. Die Aufregung verliert sich nach und nach, die Produktivität in Grössenideen verschwindet, und von diesen letzteren selbst bleiben nur noch einzelne kümmerliche Reste im Bewusstsein des Kranken erhalten. Die geistige Unfähigkeit macht rasche Fortschritte; der Kranke lebt gedankenlos in den Tag hinein, ohne zu wissen, wo er ist; er vergisst Datum und Jahreszahl, Jahr und Tag seiner Geburt, sein Alter, seine Frau und seine Kinder, ja schliesslich seinen eigenen Namen. Nicht die einfachsten psychischen Operationen, Rechnungen, Schlussfolgerungen ist er mehr zu vollziehen im Stande; auch das Lesen verlernt er, versteht wenigstens den Zusammenhang der mühsam entzifferten Silben und Worte nicht (Stadium der Demenz). Die Stimmung wird oft noch lange Zeit durch einen Abglanz des Aufregungsstadiums erhellt. Der Kranke ist immer zufrieden, macht ein glückliches Gesicht und lallt auch wol noch mit kaum verständlicher Sprache einzelne aus den Grössenideen herübergenommene Worte: „Millionen“, „schöne Pferde“ oder dergl. Schliesslich aber wird die Stimmung ganz apathisch und stumpf, seltener durch vorübergehende unmotivirte Erregungen mit stundenlangem Schreien unterbrochen. Das Interesse für die Aussenwelt ist völlig erloschen; nur für einzelne materielle Genüsse, ein Stück Kuchen, eine Cigarre, zeigt sich noch eine gewisse Empfänglichkeit. Auch in seinem Benehmen ist der Kranke ruhig und theilnahmslos, hat keinen eigenen Willen mehr, sondern muss überall dirigirt werden, beim Essen, beim Schlafengehen, Aufstehen u. s. f. Eine sehr unangenehme Störung ist jetzt die enorme Unreinlichkeit der Kranken, die zum Theil auf einer Schwäche



der Sphinkteren, zum Theil aber auch auf ihrer central bedingten Unempfindlichkeit beruht, welche ihnen den Drang zur Entleerung nicht zum Bewusstsein kommen lässt. Schliesslich ist der Kranke kaum viel mehr, als ein vegetirender Körper, in dem das psychische Leben gänzlich oder fast gänzlich erloschen ist. Allerdings giebt es bis zu diesen höchsten Graden des apathischen Blödsinns zahlreiche Zwischenstufen, die sich durch die verschiedene Erhaltung der geistigen Regsamkeit, durch Ueberbleibsel aus den früheren maniakalischen oder melancholischen Stadien, sowie durch mancherlei individuelle Differenzen von einander abgrenzen.

Von den sonstigen Blödsinnsformen unterscheidet den Paralytiker sofort das starke Hervortreten der nervösen Symptome. Abgesehen von den schon früher aufgezählten, immer deutlicher sich markirenden Innervationsstörungen an Zunge, Gesichtszügen, Augenmuskulatur, der zunehmenden Unsicherheit des Ganges, der Sprachstörung, den Anfällen machen sich noch eine Reihe von weiteren krankhaften Erscheinungen bemerkbar, die zum Theil allerdings schon in den ersten Stadien sich zu entwickeln begonnen haben. Die Sinnesorgane zeigen häufig eine leichtere oder stärkere Abstumpfung der Empfindlichkeit. An der Netzhaut hat man sogar eine mit Unrecht für charakteristisch gehaltene Retinitis paralytica aufgefunden, deren Wesen und Häufigkeit indessen noch sehr controvers ist. In 4—5, nach Möli's neuesten Angaben sogar in 12 % der Fälle wird beginnende oder fortgeschrittene Sehnervenatrophie beobachtet; auch über eine Reihe anderer, sehr inkonstanter Befunde am Auge wird berichtet. Eine eigenthümliche, von Fürstner beschriebene, vorwiegend rechtsseitige, häufig nach paralytischen Anfällen hervortretende Sehstörung, die sich bei negativem Augenspiegelbefunde durch Erschwerung des Erkennens und der Lokalisation von Gegenständen charakterisirt, war einige Male von Erweichungsherden in der Hinterhauptsrinde begleitet. Sehr bedeutend ist die Abnahme der Sensibilität und namentlich der Schmerzempfindlichkeit. Schwere Verletzungen, Verbrennungen, Operationen werden daher von den



Kranken bisweilen gar nicht oder kaum bemerkt. Das Kauen und Schlucken wird in den letzten Stadien beträchtlich erschwert, so dass leicht Verschlucken mit tödtlichem Ausgange vorkommen kann. Der Gang der Kranken wird immer schwerfälliger; sie bewegen sich nur schlüpfend vorwärts, hängen ganz nach einer Seite hinüber, fallen leicht um und sind schliesslich nicht mehr im Stande zu gehen oder zu stehen, sondern werden dauernd bettlägerig. Wahrscheinlich sind diese Störungen meist direkt von den pathologischen Rindenveränderungen abhängig (motorische Region, Pyramidenbahnen), während die ataktischen Symptome auf eine Rückenmarksaffektion (Hinterstränge) hindeuten. Die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist anfangs erhöht, später herabgesetzt. Die Sehnenreflexe, speciell das Kniephänomen, scheinen sich ähnlich zu verhalten. Letzteres fehlt namentlich in späteren Stadien der Paralyse sehr häufig (in etwa 20 %); absolute Pupillenstarre scheint gerade in derartigen Fällen ebenfalls relativ oft vorzukommen, was auf einen pathogenetischen Zusammenhang dieser Störungen mit einer gemeinsamen Grundaffektion (Rückenmarkserkrankung) hinweist. Eine sehr gewöhnliche Erscheinung ist ferner hochgradige Steigerung der allgemeinen Reflexerregbarkeit, heftiges Zusammenfahren bei plötzlichen, lebhaften Sinnesindrücken.

Ausser den mannigfachen motorischen Reizungssymptomen, die als Kontraktionen, automatische, choreatische, athetotische Bewegungen, anhaltendes regelmässiges Zähneknirschen u. dergl. auftreten können, sind überaus wichtige Störungen die schwereren epileptiformen Anfälle. Während in den ersten Stadien der Krankheit meist nur einfache Bewusstlosigkeit mit oder ohne nachfolgende, sich bald ausgleichende Sprachstörung und Hemiparese eintritt, pflegen sich später häufiger Krämpfe, gewöhnlich auf beiden Seiten abwechselnd, hinzugesellen. Diese Krampfanfälle kommen in der Regel serienweise; man beobachtet 20, 30, ja 80, 100 innerhalb eines einzigen Tages. In den Zwischenpausen liegt der Kranke komatös, oder unbesinnlich mit Armen und Beinen agierend da. Zuerst stellt sich ein leises



Zucken in den Gesichtsmuskeln mit Verdrehen der Augen ein, dann schreitet die Erregung auf den Hals, die obere Extremität, die Respirationsmuskeln, den Bauch, die untere Extremität derselben Seite fort, um endlich auch auf die entgegengesetzte Seite hinüberzugreifen, während sie vielleicht auf der zuerst befallenen schon wieder nachlässt. Dieser Zustand währt meist nur wenige Stunden oder Tage; er kann bei sorgfältiger sachverständiger Pflege 8, 10, ja 14 Tage andauern, ohne dass nothwendig der Tod eintreten müsste. Die Körpertemperatur ist meist etwas erhöht, der Befund von Eiweiss im Harn sehr inkonstant. Nach dem Anfälle bemerkt man regelmässig eine erhebliche Zunahme der psychischen Schwäche und meist auch der Lähmungserscheinungen; ausserdem sind Hemiparesen, aphasische Störungen häufig, gleichen sich aber gewöhnlich rasch wieder aus. Als die Ursache der paralytischen Anfälle sind wahrscheinlich umschriebene Oedeme und Cirkulationsstörungen in Folge von vasomotorischen Lähmungen oder auch Krämpfen anzusehen, die bei den veränderten Kreislaufbedingungen und der Invalidität des paralytischen Gehirns hier mit besonderer Leichtigkeit schwere Erscheinungen hervorrufen. Greifbare pathologisch-anatomische Veränderungen, Extravasate, Erweichungsherde u. dergl. finden sich in den seltensten Fällen, selbst nicht immer bei lange dauernden, ausgesprochenen Hemiplegien.

Vasomotorische Störungen (plötzliche Kongestionen, Erytheme, lange dauernde Röthung der Haut bei leichten Reizen, Cyanose) sind sehr häufig; mit ihnen stehen sicherlich viele der sog. trophischen Störungen, namentlich die Neigung zum Dekubitus, die geringe Heilungstendenz mancher Wunden, in naher Beziehung. Die Brüchigkeit der Knochen und Knorpel, die bei traumatischen Einwirkungen leicht zu Rippenbrüchen, Ohrblutgeschwülsten (Othämatomen) Veranlassung giebt, dürfte hauptsächlich auf Gefässveränderungen und allgemeine Ernährungsstörungen zurückzuführen sein. Die Sphygmographenkurve zeigt bei der Paralyse bisweilen Veränderungen im Sinne einer Erniedrigung der Gipfelwelle (sog. „tarde“ Pulsformen), deren Deutung hier noch durchaus unklar ist; die Temperatur



lässt ausser den Steigerungen in den Anfällen keine durchgreifenden charakteristischen Störungen erkennen, ebenso wenig die Respiration. Der Appetit ist in der Regel gut, nicht selten sogar zur Gefrässigkeit gesteigert; der Stuhlgang vielfach etwas träge. Das Körpergewicht pflegt in der Periode des Schwachsinnes anfangs sehr zuzunehmen, um dann, namentlich in dem letzten Stadium der Bettlägerigkeit, unaufhaltsam zu sinken. Der Kranke, der sehr wohlbeleibt und fett geworden war, magert schliesslich, wenn das Leben so lange erhalten bleibt, bis zum Skelett ab.

In einer Reihe von Fällen beherrscht der progressive Schwachsinn, wie er dem zuletzt geschilderten Stadium der Paralyse angehört, von vorn herein das psychische Krankheitsbild (demente Form der Paralyse). Der Patient bietet im Anschlusse an das Prodromalstadium eine einfache, stetig fortschreitende Abnahme aller psychischen Leistungen dar; nur hie und da kommen episodisch vereinzelt alberne Wahnideen verschiedenen Charakters oder vorübergehende Aufregungen zur Beobachtung. Die gewöhnlich sehr deutlich hervortretenden motorischen Symptome sichern die Diagnose.

Ihren Abschluss findet die Krankheit regelmässig durch den Tod, der entweder in einem paralytischen Anfalle als Folge von Hirnlähmung, oder durch äusserste Erschöpfung, durch Schluckpneumonien, Einfliessen von Mund- und Rachensekret in die Bronchien, Stagniren von bronchitischem Sekrete, Phthise, auch wol durch tiefgreifenden brandigen Dekubitus mit Pyämie einzutreten pflegt.

Die pathologische Anatomie ist im Stande gewesen, an den nervösen Centralorganen eine Reihe von Veränderungen nachzuweisen, die in ihrer Gesamtheit als charakteristisch für die *Dementia paralytica* gelten können, wenn auch im Einzelnen die Feststellung einer konstanten, gesetzmässigen Beziehung zwischen Befund und klinischem Bilde noch controvers ist. Als wesentlich sind nicht zu betrachten die bisweilen beobachteten Hyperostosen und Exostosen des Schädels, die auch bei Gesunden nicht ganz selten vorkommen. Wichtiger sind schon die Veränderungen



der Hirnhäute. Recht häufig findet man Pachymeningitis interna und Hämatome der Dura, bald nur zarte, schleierartige Anflüge, bald dicke, mehrfache Schichtung zeigende Schwarten, meist auf der Scheitelhöhe. Die Pia ist in Folge von zelliger Infiltration regelmässig getrübt, verdickt, bisweilen sehr beträchtlich; ihre Venen sind stark erweitert und zeigen verdickte Wandungen; die Pacchionischen Granulationen sind nicht selten auffallend entwickelt. Das Gehirn ist bei länger bestehenden Fällen stets atrophisch. Das Gewicht desselben kann selbst bei Männern von normaler Körpergrösse bis auf 900 gr. herabsinken. Die Windungen sind verschmälert, besonders in den vorderen Partien; es finden sich stellenweise förmliche Einsenkungen. Die Rinde ist, namentlich am Vorderhirn, häufig mit der Pia so fest verwachsen, dass sich diese nicht ohne Substanzverlust von ihr ablösen lässt. Das Ependym der Ventrikel, vorzüglich des vierten, zeigt oft reichliche, stark entwickelte knötchenartige Granulationen.

Die mikroskopische Untersuchung bietet vor Allem in der Rinde ausgesprochene Veränderungen. Die Gefässe sind sichtlich vermehrt, vielfach erweitert; in ihren Wandungen bemerkt man abnorme Kernwucherung; stellenweise kommt es zur völligen Obturation und Obliteration. Auch in der Grundsubstanz zeigen sich die Kerne stark vermehrt; die Bindegewebszellen sind enorm entwickelt, namentlich findet man die als Spinnenzellen bezeichneten, mit zahlreichen Ausläufern versehenen Formen in grosser Anzahl und ungewöhnlicher Ausbildung vertreten. Dagegen erscheinen die Nervenzellen stark pigmentirt, in allen Stadien der fettigen Degeneration und Atrophie, die pericellulären Räume mit Blutkörperchen und Exsudatmassen angefüllt, die markhaltigen Nervenfasern verschmälert und rareficirt. Bei lange dauernden Fällen sind ähnliche Veränderungen in den grossen Ganglien ebenfalls nachweisbar; auch in den Nervenkerne, besonders dem Hypoglossuskern, hat man sie gesehen.

Im Rückenmarke beobachtet man ausser pachymeningitischen und leptomeningitischen Veränderungen namentlich



zwei Formen der Erkrankung, nämlich chronische Myelitis der Hinterseitenstränge mit reichlicher Bildung von Körnchenzellen, dann aber graue Degeneration der Hinterstränge, die sich im Halsmark bisweilen nur auf die Goll'schen Stränge beschränkt. Vereinzelt finden sich auch noch eine Reihe weiterer Veränderungen, zerstreute sklerotische Herde, diffuse Myelitis u. s. f. Meist sind diese Rückenmarksaffektionen, die sich bei der Mehrzahl aller Paralytiker nachweisen lassen, als sekundäre oder durch die gemeinsame Krankheitsursache erzeugte Erscheinungen aufzufassen. Es giebt aber auch Fälle, in denen der Krankheitsprocess zunächst das Rückenmark zu ergreifen und von da zum Gehirn aufzusteigen scheint (ascendirende Form der Paralyse). Die Symptome der Spinalaffektion bestehen hier öfters Jahre lang vor dem Eintritte der charakteristischen psychischen Störung. Der ganze Verlauf ist regelmässig ein sehr langsamer. Meist handelt es sich um successives Ergriffenwerden der einzelnen Abschnitte des centralen Nervensystems durch die gemeinsame Krankheitsursache; bisweilen mag auch eine einfache Komplikation zweier Erkrankungen vorliegen.

Die Dementia paralytica ist eine sehr häufige Krankheit; im Durchschnitte gehören etwa 10—12% aller Aufnahmen in Irrenanstalten ihr an, doch ist dieses Verhältniss ausserordentlichen Schwankungen unterworfen. Wie es scheint, ist die Häufigkeit der Paralyse in stetiger Zunahme begriffen. Von den beiden Geschlechtern ist das männliche ungefähr 4—7 mal so stark unter den Erkrankten vertreten, als das weibliche; bei Frauen höherer Stände ist die Krankheit überaus selten. Unter den Altersklassen überwiegen diejenigen zwischen dem 35.—40. (30.—45.) Lebensjahre; auch das Klimakterium scheint von Einfluss zu sein. In den ersten beiden Decennien kommt die Paralyse kaum jemals, im dritten noch immer recht selten vor. Ledige Personen scheinen mehr disponirt zu sein, als Verheirathete. Grosse Städte liefern einen sehr bedeutend höheren Prozentsatz von Paralytikern, als die Landbevölkerung. Unter den Berufsarten sind Offiziere, Kaufleute, Feuerarbeiter, Eisenbahnbeamte relativ zahlreich vertreten. Der Einfluss der



erblichen Anlage tritt hier gegenüber den sonstigen Geistesstörungen mehr in den Hintergrund.

Als veranlassende Ursachen der Paralyse sind Inso-lation, Wärmebestrahlung des Kopfes und Kopfverletzungen zu nennen. In einzelnen Fällen schliesst sich die Erkrankung unmittelbar an diese letzteren an, in anderen tritt sie erst nach mehreren Jahren hervor, so dass man mehr eine prädisponirende Wirkung des Traumas anzunehmen hat. Von ganz besonderer ätiologischer Bedeutung ist die Syphilis, die entweder direkt eine chronische interstitielle Encephalitis zu erzeugen oder, wie es scheint, wenigstens die Widerstandsfähigkeit des Gehirns herabzusetzen im Stande ist (Gefässerkrankungen). Manche Punkte der oben aufgeführten allgemeinen Prädisposition dürften sich auf die grössere oder geringere Häufigkeit der Syphilis bei den einzelnen statistischen Gruppen zurückführen lassen. Meist entwickelt sich die Paralyse erst eine Reihe von Jahren nach der Infektion; die Fälle mit geringfügigen Sekundärsymptomen scheinen namentlich gefährlich zu sein. Auch der Alkoholismus spielt in der Aetiologie der Dementia paralytica eine gewisse Rolle; einige der von ihm erzeugten Krankheitsbilder besitzen aber nur eine äusserliche Aehnlichkeit mit demjenigen jener Affektion, namentlich eine günstigere Prognose.

Endlich sind noch die psychischen Ursachen zu erwähnen, denen sicherlich eine nicht geringe Bedeutung eingeräumt werden muss. Sie scheinen es namentlich zu sein, die auf dem bereits vorbereiteten Boden den letzten Anstoss zur Entwicklung der Psychose abgeben. Geistige Ueberanstrengungen, heftige Gemüthsschwankungen, namentlich andauernde Unruhe und Aufregung verdienen vor Allem Berücksichtigung. So fordert der Krieg mit seiner Anspannung der gesammten psychischen Leistungsfähigkeit, das Börsenspiel, Excesse, der aufreibende Kampf ums Dasein in dem lebhaften Getriebe der grossen Städte regelmässig zahlreiche Opfer. Auf welche Weise diese einzelnen Momente in der Pathogenese des Krankheitsprocesses zusammenwirken, ist noch durchaus hypothetisch; Gefässveränderungen und Kreislaufstörungen dürften dabei in erster Linie in



Betracht kommen, da sie denselben allen gemeinsam sind. Zudem finden sich auffallend häufig schon bei verhältnissmässig jugendlichen Paralytikern ausgebreitete endarterielle Processe, wie man sie sonst erst bei Greisen zu sehen gewohnt ist. Hyperämische Zustände, Stauungen, Auswanderung von weissen Blutkörperchen, Behinderungen der Lymphcirkulation mögen dann die weiteren chronisch entzündlichen Veränderungen des Bindegewebes und den Untergang der nervösen Elemente vermitteln.

Der Verlauf der *Dementia paralytica* ist im Allgemeinen ein fortschreitender. Sehr häufig indessen wird derselbe durch tiefe Remissionen unterbrochen, die meist einige Wochen oder Monate, bisweilen aber auch selbst eine längere Reihe von Jahren andauern können. Während derselben treten die akuten Symptome, die Wahndecken, die Aufregung zurück, auch die motorischen Störungen können sich fast vollständig verlieren, aber es bleibt regelmässig eine Abstumpfung der psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit unverkennbar, die sich hauptsächlich in dem Mangel an Interesse und Initiative kundzugeben pflegt. Selten ist die Remission so vollkommen, dass sie dem Kranken die Wiederaufnahme seines früheren Berufes gestattet. Die maniakalischen Formen scheinen in dieser Beziehung die günstigsten Aussichten zu bieten. Beim weiblichen Geschlechte ist der Verlauf der Krankheit regelmässig ein milderer, protrahirter.

Der Ausgang der *Dementia paralytica* ist der Tod, die Prognose eine durchaus schlechte. Die ganz vereinzelten Fälle von dauerndem Stillstande des Krankheitsprocesses (unter mehreren Hunderten vielleicht einer) können gegenüber dem Gros der täglichen Erfahrungen kaum in Betracht kommen. Durch die trügerischen Remissionen darf man sich nicht täuschen lassen, selbst wenn die Angehörigen dieselben als völlige Genesungen auffassen. Die Dauer der Erkrankung schwankt zwischen ziemlich weiten Grenzen und beträgt im Mittel 2—3 Jahre, doch giebt es auch Fälle, namentlich der ascendirenden Formen, welche sich über 10 Jahre und länger hinziehen. Auch bei Frauen ist die Durchschnittsdauer eine beträchtlich längere.



Für die Diagnose der Dementia paralytica, die namentlich in prognostischer Beziehung von Wichtigkeit ist, kommt einmal der Charakter der Schwäche, der die psychischen Krankheitsbilder auszeichnet (Ungeheuerlichkeit, Wechsel widersprechender Wahnideen, Gedächtnisschwäche, Haltlosigkeit der Stimmung und des Handelns), dann aber namentlich das Hervortreten der nervösen Störungen, sowie der progressive Verlauf des Leidens in Betracht. Für die Abgrenzung von einfachen und periodischen Depressions- und Aufregungszuständen, sowie von der Verrücktheit werden diese Kriterien genügen. Von den Herderkrankungen unterscheidet sich die Dementia paralytica durch den Mangel umschriebener lokalisirbarer Symptome. Schwierig ist die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia senilis, den luetischen Hirnerkrankungen und manchen Formen des Alkoholismus. Für die erstere spricht hohes Alter, Stationärbleiben des Zustandes und der meist depressiven Wahnideen, Erhaltensein des Gedächtnisses für die frühere Vergangenheit, geringere Entwicklung der motorischen Störungen, die mehr den Charakter einfacher Lähmungen und Paresen haben. Die Diagnose einer syphilitischen Herderkrankung gründet sich auf das meist jugendlichere Lebensalter und den Nachweis von Herdsymptomen, besonders an den Augenmuskelnerven; diffuse luetische Hirnaffektionen sind von der Paralyse nicht zu unterscheiden. Bei den hierher gehörigen alkoholischen Psychosen ist bisweilen das starke Hervortreten von Hallucinationen, ein grösserer Zusammenhang des Vorstellungsverlaufs und geringere Ausbildung der Sprachstörung zur Abgrenzung von der Dementia paralytica zu verwerthen; in einzelnen Fällen sichert erst der absolut oder relativ günstige Verlauf die Diagnose.

Die Behandlung der Dementia paralytica erfordert in den ersten Stadien vor Allem Ruhe, Entfernung des Erkrankten aus den gewohnten Verhältnissen und Beschäftigungen, sowie eine sorgfältige körperliche wie geistige Diätetik. Aufgeregte Patienten und solche mit Selbstmordneigung gehören unbedingt in eine Anstalt, um sie und ihre Umgebung vor den Folgen ihrer Handlungen zu schützen; ruhige und lenksame Kranke in besseren Ver-



mögensverhältnissen können, soweit eine sachverständige Behandlung und Ueberwachung möglich ist, auch in privater Pflege erhalten werden. Zu vermeiden sind jedoch frequente Badeorte mit ihren vielfachen Zerstreuungen und Aufregungen, anstrengende Reisen, alle schwächenden Eingriffe, forcirte Hunger-, Kaltwasser-, Badekuren u. s. f. Ausser der Ruhe ist Sorge für kräftige Ernährung, Regelung der Verdauung, Bewegung in frischer Luft, Vermeidung von Alkoholicis, von Tabak, Kaffee, Thee von Wichtigkeit, auch eine milde, nicht eingreifende hydropathische Behandlung (Abreibungen, laue Bäder, Einwicklungen, keine Douche) wird empfohlen. Wo der Verdacht auf Syphilis besteht, ist die Einleitung einer Quecksilberkur (Einreibungen oder Peptoninjektionen) indicirt, später die Anwendung von Jodkalium in systematischen, lange fortgesetzten Gaben. Von der grössten Bedeutung ist es jedenfalls, die Krankheit rechtzeitig zu erkennen; nur bei sofortigem Eingreifen im ersten Anfange wird man auf therapeutische Erfolge zu hoffen haben.

Die Aufregungszustände der Paralytiker sind nur in geringem Grade einer medikamentösen Behandlung zugänglich. Sehr häufig hilft indessen schon die Versetzung in eine ruhige Umgebung, nöthigenfalls Isolirung, sowie die Ablenkung durch ein freundliches und geschicktes, der Stimmung des Kranken angepasstes Entgegenkommen, das nicht selten den Gefährlichen und Wüthenden im Handumdrehen gefügig und gutmüthig macht. In andern Fällen aber, namentlich bei den Angstzuständen, versagen alle Mittel. Morphinum sowol, wie Chloral, letzteres wegen der häufigen Gefässveränderungen mit Vorsicht zu gebrauchen, ferner Hyoscyamin, endlich das Paraldehyd sind hier mit wechselndem Erfolge in Anwendung gezogen worden; auch die hydropathischen Beruhigungsmethoden verdienen Berücksichtigung, sind aber wegen des Widerstrebens der Kranken häufig nicht durchzuführen.

Die meiste Sorgfalt erfordert die Behandlung der Paralytiker im letzten, bettlägerigen Stadium und besonders in den Anfällen. Schon vorher ist es vielfach nothwendig, sorgfältig auf die Reinhaltung der Kranken zu



achten und die Nahrungsaufnahme zu überwachen, wegen des mangelhaften Kauens nur gut zerkleinerte, leicht verdauliche Speisen einzuführen und das gierige Schlingen durch vorsichtiges Eingeben zu verhindern, da sonst leicht Erstickungszufälle vorkommen. Im Anfalle und bei sehr erschöpften, blödsinnigen Kranken ist vor Allem der Entstehung von Dekubitus vorzubeugen. Dieser Indikation dient minutiöseste Reinlichkeit, häufige Waschungen der gefährdeten Theile mit kaltem Wasser oder einer spiritösen Sublimatlösung, sorgfältige Beseitigung aller Falten, Brodkrumen u. dergl. aus dem Bette, die Anwendung von Wasser- oder Luftkissen und endlich ein regelmässiger, durch Wärterhände bewirkter Wechsel der Lage, so dass der Kranke (in schweren Fällen alle  $\frac{1}{2}$  Stunde Tag und Nacht) von einer Seite auf die andere, auf den Rücken, den Bauch u. s. f. herumgedreht wird. Diese von v. Gudden eingeführte Maassregel, welche bis zu einem gewissen Grade auch der Entstehung sog. „hypostatischer“ Pneumonien entgegenarbeitet, ermöglicht es, den sonst für unvermeidlich gehaltenen Dekubitus von den Paralytikern (10% derselben sollen daran zu Grunde gehen) fast ganz fernzuhalten und jedenfalls gefahrdrohende Formen desselben vollständig zu verhüten. Weit schwieriger ist es, den einmal entstandenen Dekubitus wieder zur Heilung zu bringen, zumal der Kranke durch seine Unruhe, Abreissen des Verbandes, dieselbe oft sehr erschwert. Eine regelrechte chirurgische Behandlung hat mich bei rechtzeitigem Einschreiten dennoch stets zum Ziele geführt, wo eine Nachlässigkeit des Wartepersonals die Prophylaxe verabsäumt und (in wenigen Stunden!) das Uebel herbeigeführt hatte.

Die Entleerung des Mastdarms und der Blase bedarf im paralytischen Anfalle gewöhnlich nur anfangs einer Nachhülfe durch Eingiessung resp. Einführung des (sorgfältigst gereinigten und desinficirten!) Katheters; später vollzieht sie sich regelmässig von selbst, wenn man nicht durch zu langes Warten abnorme Füllung und dadurch Lähmung beider Organe hat entstehen lassen, die dann zu dauernder Kunsthülfe zwingt. Auch ausserhalb des Anfalles sind übrigens diese beiden Punkte wol zu beachten,



wenn man nicht anhaltendes Urinträufeln und Inkontinenz des Mastdarms riskiren will. Die Ernährung hat im Anfalle stets durch die Sonde zu geschehen (nur bei mehrtägigen Anfällen nöthig); blosses Eingiessen in den Mund ist im höchsten Grade gefährlich. Sorgt man dann noch für häufige Reinigung und Desinfektion des Mundes durch Auswischen mit einem feuchten Lappchen (*Kali chloricum*) und für Feuchterhaltung der Hornhaut durch regelmässiges (alle  $\frac{1}{2}$  Stunde) Bewegen der meist halbgeöffneten Augenlider (Vermeidung von Ulcerationen), so kann es gelingen, die Kranken noch nach 8—14 Tagen aus dem paralytischen Anfalle sich erholen zu sehen.

---