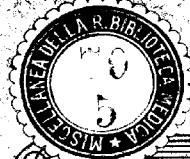


M



Aus der
psychiatrischen Universitätsklinik Bern
Direktor: Prof. Dr. v. Speyr.

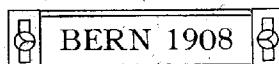
Ein Beitrag zu den
syphilitischen Psychosen

Inaugural-Dissertation
der hohen medizinischen Fakultät
zur Erlangung der Doktorwürde

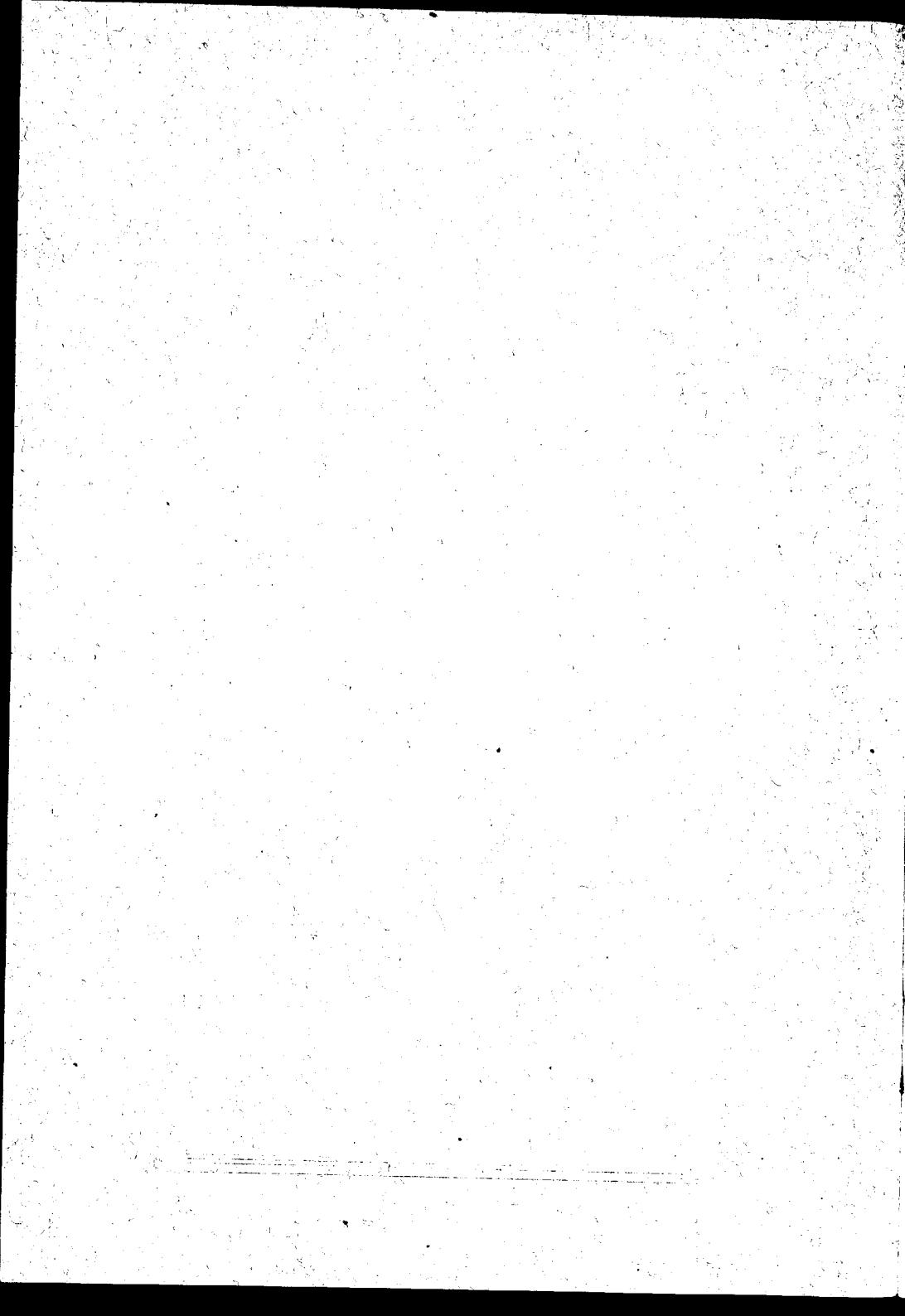
vorgelegt von

Dr. Freida Neft

aus Kowna



BUCHDRUCKER  KAMP-BERGER



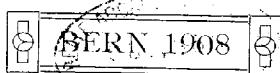
Aus der
psychiatrischen Universitätsklinik Bern
Direktor: Prof. Dr. v. Speyr.

Ein Beitrag zu den
syphilitischen Psychosen

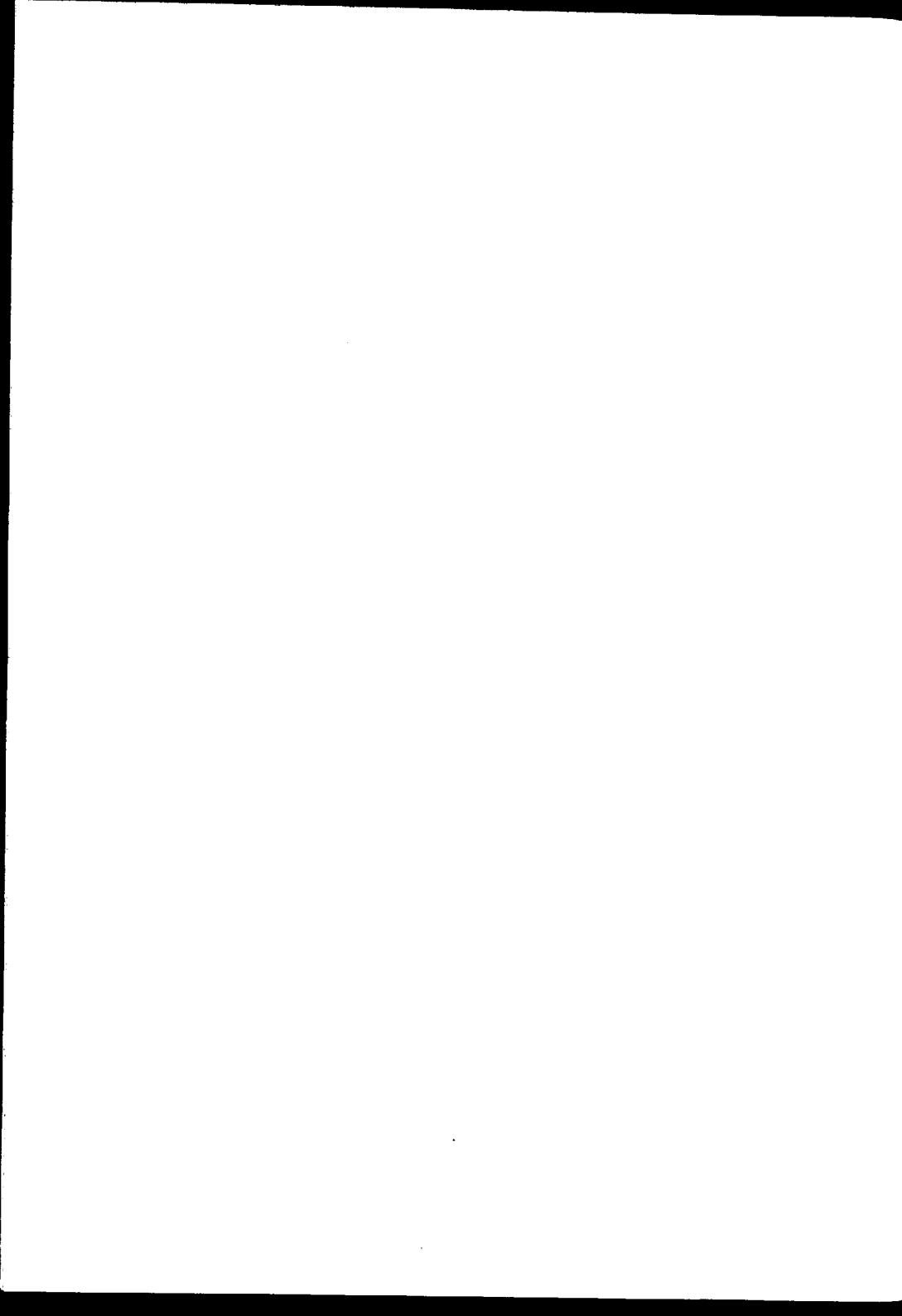
Inaugural-Dissertation
der hohen medizinischen Fakultät
zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Dr. Freida Neft
aus Kowna



BUCHDRUCKEREI H. v. KAMP-BERGER



Auf Antrag des Herrn Prof. v. **Speyr** von der
Fakultät zum Druck genehmigt.

Bern, den 22. Januar 1908.

Der Dekan
der medizinischen Fakultät:
Prof. Dr. **Siegrist**.

MEINEN LIEBEN ELTERN

Einleitung.

Es befinden sich unter dem Krankenmaterial der Waldau eine grosse Anzahl von Fällen, bei denen die Syphilis als Ursache der Geistesstörung angesehen werden muss. Der grösste Teil davon sind Fälle von progressiver Paralyse, deren Zugehörigkeit zur Syphilis durch die ätiologische Forschung und eine ganze Reihe klinischer Tatsachen zur Genüge festgestellt ist.

Der kleinere Teil dieser Fälle entspricht dem von Erlenmeyer aufgestellten Typus der „einfachen luetischen Psychosen“ und soll hier zur Besprechung kommen, als Beitrag zu dem ähnlichen Material, das aus verschiedenen Kliniken schon geliefert worden ist; es sind dies eben Fälle, deren Zugehörigkeit zur Syphilis heutzutage hauptsächlich deshalb noch nicht von allen Autoren anerkannt wird, weil bei denselben die nervösen Zentralorgane keine spezifischen Veränderungen aufweisen. Die Mehrzahl der Autoren jedoch, wie Erlenmeyer, Wille, Kowalewsky, Krause, Jolly und andere sprechen sich entschieden für diesen Zusammenhang aus; diese Autoren heben hervor, dass das syphilitische Gift ausser den greifbar sichtbaren Veränderungen an den verschiedenen Gebilden des Zentralnervensystems, zu denen es zweifellos eine besondere Affinität hat, noch in vielen Fällen durch Schädigung anderer, hauptsächlich der Ernährung und dem Stoffwechsel dienender Organe Bedingungen zur Entwicklung von Geisteskrankheiten schafft, auch ohne dass die zentralen Organe irgend welche spezifische Veränderungen darzubieten pflegen.

Diese Bedingungen sind die Ernährungsstörungen der funktionstragenden nervösen Elemente, die Alteration ihres chemischen Bestandes (Kowalewsky). Die Wege dazu sind verschieden: einmal sind es die zweifellos festgestellten Veränderungen des Blutbestandes. Diese Veränderungen, bestehend in der Abnahme der Zahl der Erythrocyten, in Oligochromämie, in Leucocytose,

Hyperalbuminose, wie sie zuerst von Virchow nachgewiesen und nachher von einer Anzahl Autoren bestätigt worden, wechseln je nach der Intensität der zur Zeit bestehenden syphilitischen Erscheinungen: sie verstärken sich allmäglich dem Krankheitsbilde gemäss und blassen ab und verschwinden endlich beim Abnehmen der Erscheinungen und Einwirken der Therapie (Kowalewsky).

Durch diesen Zusammenhang bekundet sich die Anämie als durch die Syphilis bedingt. Die Franzosen, vor allem Fournier, haben als erste mit Nachdruck das Vorkommen der Syphilischlorose betont und gezeigt, dass diese durch gewöhnliche Mittel nicht zu heben, dass dagegen hier das Quecksilber das einzige zum Ziele führende Mittel sei.

Die Zeit der Einwirkung des syphilitischen Giftes auf das Blut ist sehr verschieden; am intensivsten äussert sie sich zur Zeit der Sekundärerscheinungen, die Tertiärscheinungen machen weniger heftige Veränderungen. Selenew wies dieselben während der zweiten Inkubationszeit nach und Stille sogar während des Primäraffektes. Es wird von einer Anzahl Autoren, darunter auch von Kowalewsky, aber mit Nachdruck betont, dass diese Blutdyskrasie in einer Anzahl von Fällen erst durch die therapeutisch angewendeten Quecksilber- und Jodkalipräparate hervorgerufen werde.

Gegen diese Mittel verhalten sich die Kranken ausserordentlich verschieden, und bei manchen rufen schon die kleinsten Dosen die Erscheinungen der toxischen Blutalteration hervor. Es liegt auf der Hand, dass diese Tatsache von grosser Bedeutung für die jeweilen zu ergreifenden therapeutischen Massnahmen ist.

Ein anderes Mal ist es im Verein mit der Blutdyskrasie oder für sich allein bestehend die Einwirkung des syphilitischen Giftes auf die Gefässer; es sind dies die von Heubner wohl charakterisierte syphilitische Endarteriitis, sowie diffuse und circumscripte gummöse Prozesse end- und periarteriitischer Natur, zu denen hauptsächlich die Gehirngefässer prädisponiert sind, und die eine mangelhafte Blutzufuhr zu den Geweben, also auch zum Gehirn und eine Störung der Lymphströmung bedingen. Die Vorgänge der End- und Exosmose sind behindert: einerseits wird den Gewebelementen wenig Nahrung beigebracht, andererseits werden die Stoffwechselprodukte weniger energisch oder gar nicht fort-

geschafft, so dass dieselben die Nervenelemente chemisch sowohl wie rein mechanisch schädigen können.

Natürlich leidet der Stoffwechsel unter diesen Bedingungen. Eine Anzahl von Autoren, so Stephanoff, Beljakow und andere fanden, dass die Assimilation des Stickstoffes sinkt, und der Prozentsatz der Extraktivstoffe im Verhältnis zum Harnstoff bedeutend wächst.

Ferner äussern sich die postsyphilitischen Erscheinungen an den Elementen des Gehirns selbst; das chemische Gift der Syphilis scheint zu der Neuroglia eine grössere Affinität zu haben, aber auch die Nervenelemente bleiben nicht verschont, dies oder jenes hängt jeweilen von der Art und Intensität des Giftes ab.

Schliesslich wird durch die Tatsache der Infektion ein psychisches Trauma gesetzt. Die bei vielen dadurch hervorgerufene Depression, die Angst, das lebhafte Gefühl von Schande haben ähnliche Bedeutung für das Zustandekommen von Geisteskrankheiten im Gefolge von Syphilis, wie Kummer, Sorge, Angst überhaupt als Ursachen von Geisteskrankheiten bekannt sind.

Alle diese Momente sind imstande, auf verschiedene Weise die nervösen Elemente zu schädigen; es hängt von der individuellen Widerstandsfähigkeit des Einzelnen ab, ob es in einem Falle nur zu einfachen Erschöpfungszuständen, im andern Falle zu den verschiedenartigen Psychosen und Neurosen kommt.

I. Psychosen.

Was zunächst die Psychosen betrifft, so werden sie von den meisten Autoren infolge der angedeuteten Einwirkungsart des Syphilisgiftes als „funktionelle“ Psychosen, von Erlenmeyer zum Unterschiede von den mit Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen komplizierten und den unter dem Bilde der allgemeinen Paralyse verlaufenden Fällen als „einfache luetische Psychosen,“ bezeichnet. Diese funktionellen luetischen Psychosen eben, die bei Individuen vorkommen, bei denen die Syphilis nur in der Anamnese vorlag, oder sich an anderen Organen ausserhalb des Bereiches des Nervensystems vorfand, wurden vielfach in ihrem causalen Zusammenhang zur Syphilis angezweifelt. So kommt auch Ripping nach einer eingehenden Kritik des in der Literatur vorhandenen Materials zum Schlusse, dass die Syphilis, wenn überhaupt, so doch sehr selten die Ursache der Psychosen sei, es seien meistens andere Momente, wie

allgemeine Abschwächung, excessiver Geschlechtsgenuss, unregelmässiges, an vielfachen Gemütsbewegungen reiches Leben, mangelhafte Ernährung und die bei der Behandlung der Syphilis angewandten schwächenden Kuren, welche die Ursachen der Psychosen abgeben. Die Gründe, welche Ripping für diese Ansicht bringt, sind die, dass Geisteskrank mit Zeichen von sekundärer und tertiärer Syphilis unter zweckmässiger Behandlung von ihrer Geisteskrankheit genesen, ohne dass die Zeichen der Syphilis schwanden und ohne eigentliche syphilitische Behandlung, und dass bei den Exacerbationen der syphilitischen Eruptionen die Geisteskrankheit nicht zurückkehrte. Er verhält sich deshalb skeptisch zur Anwendung der spezifischen Kuren bei Psychosen mit vorangeganger Syphilis, weil die letztere den Psychosen meistens längere Zeit voranging, und hält die allgemeine, hauptsächlich aus robierender Diät bestehende Therapie für einzig angezeigt.

Wenn Ripping für eine Reihe von Fällen, bei denen die Syphilis nur eine zufällig vorhandene Erscheinung ausgemacht hatte, Recht hat, so sind doch sehr viele Fälle veröffentlicht worden, welche zweifellos ihre Entstehung der Einwirkung der Syphilis auf die angedeutete Weise verdanken und dies dadurch beweisen, dass bei ihnen die allgemeine Therapie nicht einschlug, und nur die antiluetische zur Genesung führte. Eine Reihe solcher Fälle führten Lebedeff, Krause, Tichomiroff, Kowalewsky, Erlenmeyer und andere vor, und dieser Zusammenhang wurde von vielen Autoren, darunter Jolly, Wille, neuerdings Nonne und anderen anerkannt. Immerhin gibt es Fälle, wo die antiluetische Therapie machtlos bleibt, und dies besonders, wenn die Syphilis sehr lange Zeit vor Ausbruch der Psychose bestanden hat. Es ist dies aber kein Beweis gegen den kausalen Zusammenhang beider Krankheiten, denn, wie Nonne zur Erklärung seiner ungeheilten Epilepsiefälle hervorhebt, können auch die Psychosen sich analog als postsyphilitische Erscheinungen präsentieren, und die postsyphilitischen Erkrankungen reagieren bekanntlich auf Antisyphilitica nicht mehr. Aber die Psychosen treten durchwegs nicht so spät auf. Sie können sich schon sehr früh, wenige Monate nach der Infektion einstellen zugleich mit den sekundären oder tertiären Syphiliserscheinungen, welche auf die Antiluetica hin samt den Symptomen der Geistes-

krankheiten schwinden. Diesen unzweideutigen Zusammenhang beweisen die Fälle von Erlenmeyer, Kowalewsky, Lebedeff, Tichomiroff und Anderen, und auch die in den Annalen der Waldau vorhandenen Fälle, welche später mitgeteilt werden sollen (besonders Fall Nr. 1 und 2) lassen diesen Zusammenhang deutlich erkennen.

Der mehr oder weniger schnelle Ausbruch der Psychose ist aber, wie Erlenmeyer hervorhebt, zweifelsohne von den zur gleichen Zeit zur Geltung kommenden somatischen oder psychischen Verhältnissen abhängig; das sind all die Verhältnisse, welche auch Ursache der nicht luetischen Psychosen sind; dass aber letztere bei diesen Fällen nicht die einzige Ursache darstellten, geht aus der Nutzlosigkeit der allgemeinen und dem Erfolge der spezifischen Therapie deutlich hervor. Die einfachen luetischen Psychosen können in allen bekannten Formen auftreten, von der einfachen Hypochondrie an durch die verschiedenen Formen der Melancholie hindurch bis zur wilden Tobsucht oder dem tollsten Größenwahn. (Erlenmeyer).

Es wurde von verschiedenen Seiten her der Versuch gemacht, diese Psychosen durch einen für sie charakteristischen Symptomenkomplex von den durch nicht spezifische Aetologie bedingten abzugrenzen. Krause will an Hand von 6 Fällen syphilitischer Psychosen, bei denen teils flüchtige, teils dauernde Ausfallsymptome bestanden, eine eigenartige Krankheitsform von Syphilispsychosen aufstellen, bestehend in einem hypochondrisch-melancholischen Vorstadium, dem ein hallucinatorisch-paranoisches Krankheitsbild folgen soll.

Die meisten Autoren aber beantworten die Frage, ob es spezifisch-syphilitische als solche an sich diagnostizierbare Psychosen gäbe, entschieden negativ, und nur darüber sind sich viele einig, dass diese Psychosen meistens einen demenzen Zug aufweisen, die Tendenz haben mit gewissem geistigem Defekt zu heilen und, wenn sie unheilbar sind, in Demenz auszuarten. So soll auch die Paranoia, bei welcher sich gewöhnlich keine Schwäche der Intelligenz zu äussern pflegt, wenn sie eine syphilitische Psychose ist, deutlich den Stempel der Geistesschwäche tragen, und deshalb ist auch die reine Manie nach Kowalewsky eine so seltene Erscheinung infolge der Syphilis, weil die Manie eine Steigerung der geistigen Regsamkeit voraussetzt, während

die Störung des Intellekts bei Syphilis den Ausdruck der Abschwächung der Hirnmacht und Spannung trägt. Die maniakalischen Zustände aber, die im Gefolge von Syphilis auftreten, sind meistens mit Amentia verbunden, und deshalb schaut sie Kowalewsky nicht als ein Zustandsbild der Manie an, sondern als das maniakalische Vorstadium der Amentia, welche eine häufige Psychose syphilitischen Ursprungs ist.

Im Anschluss an das vorige, führe ich nun die Fälle aus der Waldau an, von denen besonders der Fall 1 sehr klar und prägnant das Besprochene illustriert.

Fall 1. **Melancholie.**

R. P., Landarbeiterin, ledig, 35 Jahre alt.

Die Eltern der Patientin leben, sind gesund. Mutter ist zeitweise gestört, besonders wenn sie gereizt wird, hat epileptoide Anfälle. 7 Geschwister am Leben. Ein Bruder ist etwas dumm. Die Uebrigen normal. 9 Geschwister an unbekannten Krankheiten gestorben. Patientin war von jeher schwächlicher Konstitution, wurde vor 10 Jahren rasch nacheinander syphilitisch und schwanger, machte viele Kuren zu Hause durch, zuletzt wurde sie im äusseren Krankenhaus behandelt und geheilt entlassen; es traten keine Recidive auf. Patientin war normal veranlagt und befähigt, gutmütig, etwas leichtsinnig. Nachdem sie, wie erwähnt, in ihren jungen Jahren syphilitisch und schwanger geworden, wurde sie von den Ihrigen streng überwacht. Das soll die Ursache der Depression gewesen sein; sie wurde von der irrgen Vorstellung befallen, sie sei wieder syphilitisch geworden, werde deshalb von den Leuten verfolgt und veracht. Sie zog sich in dieser Stimmung immer mehr zurück, wurde schlaf- und appetitlos, aufgeregt, wollte die Ihrigen „kaput“ machen, weil diese sie verkaufen, erschiessen wollen, sie müsse davonfliehen, weil Feinde in der Nähe seien, müsse verbrennen, denn sie habe Schwefel im Halse.

Nach Aufnahme war sie anfänglich ruhig, aber ängstlich, äusserte die gewöhnlichen melancholischen Ideen: sie sei der Seligkeit verlustig, habe viele Sünden, gehe dem Schrecklichsten entgegen. Sie hatte Gesichts- und Gehörshalluzinationen, sie konnte nur mit Mühe zum Essen gebracht werden, aber dann ass sie unaufhörlich in der Idee, sie kriege heute zum letzten Male

das Essen, nachher werde man sie verhungern lassen. Einmal wurde sie aufgereggt, lärmend, sehr ängstlich, so dass sie isoliert werden musste; später wurde sie stuporös, musste zu allen Verrichtungen geschoben werden, sass beständig da mit ängstlich verzogenem Gesicht. Nach zwei Monaten fing der Stupor an, sich allmählich zu lösen. Patientin fing an, sich etwas zu bewegen, etwas zu sprechen, später auch ihre Toilette selber zu machen, die melancholischen Ideen blieben aber wie zuvor, außerdem begann sie über geschwollene Füsse und heftige, besonders des Nachts starke Schmerzen zu klagen.

Eine genaue Untersuchung des Körpers ergab in der Gegend des linken Tuber parietale, etwas mehr nach der Sagittallinie hin eine zirka 2-frankenstückgrosse, sich fluktierend anzufühlende Schwellung der Haut und Galea, welche auf Druck mässig schmerhaft war, rings um die Stelle herum fühlte man einen knochenharten Rand; eine ähnliche Schwellung befand sich auf derselben Seite am Rande des Haarbodens und gegen die Stirne zu, dann noch eine knochenharte Anschwellung daneben, mehr gegen die Mittellinie zu, im Rachen nichts besonderes, am Rücken, gerade auf der Wirbelsäule ein rotbrauner, mit Borken bedeckter, auf Druck schmerzhafter Fleck; Cristae beider Tibiae rauh, schmerhaft. Auf diesen Befund hin wurde eine Jodkalikur eingeleitet: Patientin bekam 3 mal täglich einen Esslöffel Jodkalilösung von 20,0 : 200,0. Eine Zeitlang blieb der Zustand wesentlich der gleiche, nach 2 Wochen besserte sich der physische Zustand zusehends; die Gummata wurde kleiner, weniger schmerhaft; Hand in Hand damit trat auch psychische Besserung ein: Patientin wurde freier, beweglicher, arbeitsamer, mitteilsamer, äusserte Hoffnung auf Genesung, lachte zuweilen. Die Jodkaliuntherapie wurde 2 Monate lang fortgesetzt; Die Kranke bekam in dieser Zeit zirka 100 Gramm Jodkali, das sie ohne Spur von Störung ertrug, zuletzt waren die Stellen der Gummien kaum mehr aufzufinden, der Ausschlag am Rücken heilte mit Hinterlassung eines braunen Flecks. Was den Geisteszustand der Patientin betraf, so war sie schon zwei Wochen vor dem Austritte völlig von ihrer Melancholie genesen, so dass sie nach fast siebenmonatlichem Waldaufenthalte physisch und psychisch geheilt aus der Anstalt entlassen wurde.

Dieser Fall entspricht genau dem von Erlenger aufgestellten Typus der Versündigungsmelancholie nach Syphilis und wird, was für diese Fälle bezeichnend sein soll, durch ein hypochondrisch-syphilitisches Vorstadium eingeleitet. Die vollständige Heilung auf die ausschliesslich antiluetische Therapie zu gleicher Zeit mit dem Schwund der terciär-syphilitischen Erscheinungen lassen diesen Fall noch besonders prägnant als der Kategorie der einfachen luetischen Psychosen zugehörend erscheinen, und die dem Ausbruch der Geisteskrankheit vorangegangenen schweren Kränkungen der Patientin von ihren Angehörigen lassen sich in die Reihe der blos komplizierenden Hilfsmomente stellen.

Fall 2. **Melancholie.**

G. N., 49 Jahre alt, verheiratet, früher Kaufmann, jetzt Privatier.

Patient ist hereditär stark belastet, sein Vater und eine Tante mütterlicherseits endeten durch Suicidium. Patient war einziger Sohn, vom Vater zu streng, von der Mutter zu nachsichtig erzogen. Er war gut befähigt, aber sein Sinn war mehr aufs Materielle gerichtet, ehrgeizig und egoistisch. Er machte eine kaufmännische Ausbildung durch und arbeitete im Beruf in Frankreich und England, wo er sich als 21jähriger syphilitisch infizierte, — Patient war unmässig in Baccho und Venere. — Das spezifische Ulcus wurde von einem Spezialisten behandelt und geheilt, sekundäre Erscheinungen sollen sich damals nicht gezeigt haben. Vor 12 Jahren trat im Anschluss an eine gemütliche Alteration — Patient hatte viel Geschäftssorgen und Lasten, nachdem sein Schwager und Schwiegervater gestorben — eine hypochondrisch-melancholische Gemütsstimmung ein: Patient war sehr deprimiert, schlaflos, hoffnungslos. Der konsultierte Arzt konstatierte eine sekundäre Lues. Drüsen schwelungen an Nacken, Leiste, Ellenbeuge, Condylomata lata. Dem Patienten wurde geraten, eine Schmierkur durchzunehmen und Jodkali zu nehmen; erstere wurde vom Patienten nur unvollständig ausgeführt, Jodkali wurde aber nach Vorschrift genommen. Nach einigen Monaten heilten die luetischen Erscheinungen und zugleich wurde Patient psychisch ganz normal, „der frühere joyale Gesellschafter“ und Geschäftsmann.

Ein Jahr vor seiner Aufnahme in die Waldau erkrankte Patient wieder mit den nämlichen psychischen Symptomen wie vor 11 Jahren: melancholisch-hypochondrischer Gemütsstimmung, Depression, Schlaflosigkeit. Das besserte etwas ab und zu bis zum Herbst, als sich der Zustand anlässlich der Erkrankung seiner Frau, die einer Operation entgegensaß, zusehends verschlimmerte: vollständiger Appetitmangel bei belegter Zunge, Schlaflosigkeit, Angstgefühl, Klagen über Energielosigkeit, Lebensüberdruss und Selbstmordgedanken. In einem unbewachten Augenblicke schnitt sich Patient mit dem Rasiermesser in den Hals in ungefährlicher Weise und wurde darauf in die Waldau verbracht.

Status bei der Aufnahme: Mittelgrosser Patient, mässig genährt, muskelschwach, besonders an den Beinen, differente Pupillen, die rechte lichtstarr, etwas schwache Patellarreflexe, etwas beschleunigter Puls, öfters Nachschweiss.

Patient war die erste Zeit sehr ängstlich, zum Suicidum stark geneigt und wurde deshalb streng überwacht. Er war sehr verschlossen, unzufrieden, wollte fort in die Freiheit, hatte keine Krankheitseinsicht, obwohl er über Gedächtnisschwäche, Energielosigkeit, Lebensüberdruss klagte. Er fand für seine Gemütsstimmung immer einen äusserlichen Grund: bald waren es die Sorgen um seine kranke Frau (dabei konnte man aus seinen Klagen erschen, dass es nicht so sehr die Leiden der Frau waren, die ihm Kummer bereiteten, als vielmehr die Angst, was aus ihm werden sollte, wenn er die Frau verlieren würde), bald Sorgen pekuniärer Art. Den Wärter liess er keinen Augenblick von sich und liess sich den Bart wachsen, beides aus Angst vor Selbstmord.

Zuerst wurde Patient mit allerlei Narcotica behandelt, Chloral, Bromkalium, etc. Der psychische Zustand blieb der gleiche, zudem stellten sich noch verschiedene bedenkliche Symptome ein: schwankender Gang, Benommenheit, Unbeholfenheit, Lallen, Harnverhaltung, — all dies schwand, nachdem die Narcotica ausgesetzt wurden.

Was das Gedächtnis und die Geistesfähigkeiten betrifft, so ist trotz der Klagen des Patienten objektiv nichts pathologisches beobachtet worden. Nachdem nun die Narcotica weggelassen worden, wurde eine Jodkaliumkur eingeleitet. Daraufhin wurde Patient zusehends ruhiger. Appetit und Schlaf stellten sich ein, er wurde



heiterer, zutraulicher, fing an, seine Umgebung und die Anstalt angenehm zu empfinden, Besuche besser zu ertragen. Dieser günstige Einfluss der Therapie war aber nicht ganz konstant, es traten auch Rückfälle in die frühere Stimmung ein, aber Patient selbst betrachtete sich bald als ganz gesund und wurde von seiner Frau abgeholt, trotz dem ärztlichen Einwande, dass es noch zu früh sei.

Hier ist es die Melancholie der nahen Ascendenten, welche den klaren Zusammenhang der Dinge etwas trübt und ferner die leider viel zu früh unterbrochene Kur, die eben den Rückschluss auf den Zusammenhang zwischen der nun zum zweiten Male ausgebrochenen Geisteskrankheit des Patienten mit seiner vor Jahren durchgemachten Lues etwas unsicher macht. Der frühere Zustand von Hypochondrie stand zweifelsohne mit seiner Lues im Zusammenhang, was der damalige Erfolg der antiluetischen Therapie bewies; was aber die später ausgebrochene hypochondrische Melancholie betrifft, so liesse sich der Fall in dem Sinne auffassen, dass die vorhandene hereditäre Belastung zur Erschwerung der Symptome beitrug, welch letztere durch die syphilitische Durchseuchung des Organismus hervorgerufen wurden; die Nutzlosigkeit, ja Schädlichkeit der früher angewendeten Mittel, die immer weitergehende Besserung auf die Antiluetica machen diesen Schluss sehr wahrscheinlich.

Fall 3. **Melancholie.**

H. C., 55 Jahre alt, ledig, Kaufmann.

Vater gesund, Mutter gestört, ein Bruder geistes schwach; Patient selbst angeblich intelligent, ein tüchtiger Handelsmann, aber überall gescheitert. In England Ende der 50er Jahre syphilitische Infektion, nachher 9 Jahre in China und hier erneute syphilitische Symptome mit schwerer antiluetischer Behandlung. Im Jahre 1869 Rückkehr, in der Heimat wieder Geschäft verluste. Er geht dann in Goldminen, wird dort wieder übervorteilt, kehrt heim und wird um den grössten Teil seines Vermögens gebracht; nun folgt geistiger Zusammenbruch, Internierung in der Irrenanstalt J. vom Jahre 1881 bis 1883, „geheilt“ entlassen, wurde nicht mehr recht brauchbar, blieb gereizt.

Beginn der jetzigen Erkrankung vor Neujahr 1888 mit Angst, nächtlicher Unruhe, seit längerer Zeit Kopfweh mit unbestimmtem Sitz, mehr bei Tag als bei Nacht, ferner wechselnd allerlei Schmerzen, Neigung zur Verstopfung; er machte mehrere Suicidversuche.

Aufnahmestatus: Februar 1888, älterer Herr, gross, breit, fett, Emphysem, unreine Herztonen, beschleunigter Puls, auf Digitalis Besserung. An den Vorderarmen, namentlich an den Streckseiten einzelne, bis erbsengrosse, ziemlich dunkelrote, nicht erhabene Flecken mit schuppigem Zentrum. Nirgends geschwellte Drüsen, Sehnenreflexe gut erhalten, Appetit gut, Stuhlgang träge, Schlaf schlecht. Patient ist sehr ängstlich, fürchtet wegen allerlei Vergehen und Verbrechen ausgeliefert zu werden, er hört ihn bedrohende und beschimpfende Stimmen, die ihn anklagen, und wehrt sich heftig dagegen. Dabei ist er über Ort und Zeit gut orientiert und weiss sogar, dass diese Stimmen und Hallucinationen etwas krankhaftes seien. Er schläft sehr schlecht, fühlt sich schlecht, bleibt meistens im Bett. Er bekam zuerst Chloral und Opium, aber dies wurde bald als nutzlos ausgesetzt. Seither nur Jodkalium 1,5 pro die.

Ein Zeitlang nach Einsetzen dieser Therapie immer noch unglücklich, ängstlich, fortbestehende Gehörshallucinationen, Neigung alles auf sich zu beziehen; aber alles dies nimmt allmählich ab, er wird ruhiger, besonnener, fängt an, sich für die Umgebung und Welt zu interessieren, liest. Auch körperlich erholt er sich zusehends, obwohl er gerne über allerlei klagt und meistens unzufrieden ist.

Nachdem sich eine passende Stelle für ihn gefunden, verliess er im Juli 1889 die Anstalt.

Dieser Fall gehört den Symptomen nach zu der Verfolgungsmelancholie, wie Erlenmeyer diesen Typus als nach Syphilis vorkommend beschrieben und durch einen Fall belegt hat.

Die Zugehörigkeit dieses Falles zur Syphilis liesse sich aus mehreren Gründen bestreiten. Erstens hat Patient eine geisteskranke Ascendenz, zweitens ist er beim Ausbruch der Krankheit schon im Rückbildungsalter, welche Fälle nach Nonne nicht viel beweisen sollen, da dieses Alter an und für sich den grössten Prozentsatz der Melancholie liefert. Drittens hatte Patient im Laufe seines vielbewegten Lebens so sehr von Schicksalsschlägen und Verrat seitens seiner Freunde zu leiden, dass dies

alles genügend wäre, um eine Melancholie hervorzurufen. Was aber auch hier die Berechtigung gibt, den Fall mit seiner vor Jahren durchgemachten Lues in Zusammenhang zu bringen, ist der Erfolg der anti-luetischen Therapie, nachdem allgemeine Diätbehandlung, Chloral, Opium etc. fehlschlugen.

Fall 4.

D. K., Kolporteur, verheiratet.

Beim ersten Eintritt 57, beim zweiten 61 Jahre alt.

D. ist Kolporteur, stammt von gesunden Eltern, in der Familie sind keine Geisteskrankheiten bekannt. D. war einige Jahre in der Dorfschule, wo er sich als intelligenter Schüler erwies. In der Jugend war er 4 Jahre Soldat in Neapel, hier acquirierte er eine Lues: Schanker, Bubonen. Sonst physisch und moralisch normal, nur nach Alkoholgenuss, dem er besonders auf seinen Geschäftsreisen fröhnte, aufgereggt und böse.

Als Ursache für seine Krankheit gab er Familienkummer und Geschäftsverluste an: er kam plötzlich von einer Reise zurück und erklärte, dass er nicht mehr verkaufen könne, fühlte sich unglücklich, schlief nicht, genoss nur alle 2—3 Tage etwas Milch; er behauptete fortwährend, dass er schlecht gehandelt habe, dass man ihn bestrafen wolle für die Schlechtigkeiten, die er begangen, war immer finster, schweigsam, schien geistig geschwächt zu sein.

Eintrittsstatus: Patient ist klein gewachsen, zart gebaut, mager, greisenhaft, Haare grau, kurzer Bart, Augen graublau, Pupillen weit, reagieren auf Licht. Zunge leicht zitternd, Lippen ruhig, keine Drüsenschwellungen. Linke Lungenspitze gedämpft, eingezogen, Atemgeräusch unrein, Herztonen und Puls ziemlich schwach. In der Leistengegend Bubonenarben. Keine Drüsen fühlbar, keine sekundären Symptome. Beine mager, Reflexe gut erhalten, an den Füßen Hyperästhesie, die Zehen zeigten beim Eintritt trockene Gangrän der Haut, Patient war deshalb bettlägerig, die Schorfse stiessen sich unter Eiterung ab.

Patient war die erste Zeit ruhig, still, freundlich, höflich, sprach wenig von sich aus, antwortete kurz, war klar und ruhig, äusserte zuerst keine Wahnsinne. Klagte über Kopfschmerz, Mattigkeit, Schwäche, Schmerzen in den Beinen. War bekümmert um seine Familie.

Appetit war gut, Stuhl geregelt. Später fing er an, weniger zu essen und äusserte den Wahn, er werde gerichtet; das ging aber bald vorüber, trotzdem schlief er schlecht, magerte ab, war aber nicht hypochondrisch, hatte sonst keine Affekte, war meistens gleichsam abwesend, apathisch. Kein Gefühl des Verschuldetseins, der Verworfensheit, keine Selbstanklagen, Krankheitseinsicht vorhanden. Seit Mai wurde dem Patienten Jodkali verabreicht: 1,5—2,0 pro die (teils wegen der Anamnese, teils wegen der komplizierenden Hyperästhesien). Patient zeigte sich gegen das Mittel tolerant, fing gleich an sich körperlich und geistig zu bessern; er sagte dann von sich aus, dass ihn diese gleiche Arznei auch vor 5 Jahren geheilt hatte, als er geschwollene Schienbeine und bei Nacht heftige Kopf- und Beinschmerzen gehabt habe. Die Psyche besserte sich auch sehr bald: er fing an, Interesse für die Umgebung zu zeigen, wurde heiter, mittelsam, kümmerte sich um die Familie, beurteilte seinen früheren Geisteszustand und seine Umgebung ganz richtig. Jetzt erzählte er ausführlicher von seinen Wahnideen: er hatte Angst, vergiftet zu werden, glaubte, man wolle ihn begraben, hatte vor jeder Fliege Angst. Auch körperlich wurde er bedeutend gebessert: er wurde kräftig, konnte die Beine ziemlich gut gebrauchen. Er wurde nach 5 Monaten Aufenthaltes in der Waldau psychisch geheilt entlassen.

Vier Jahre später wurde Patient wieder in die Waldau zur Aufnahme gebracht. Die diesmalige Störung äusserte sich in sehr wechselnder Gemütsstimmung: Patient war zeitweise sehr lebhaft, schwatzhaft, lustig und zudringlich, zeitweise jähzornig, händelsichtig unzufrieden, hatte oft Wutausbrüche, zerriss seine Kleider, zerstörte herumliegende Gegenstände, war schmutzig, das Gesicht, besonders die Nase rot, wechselte in Aufregung die Farbe.

Als Ursache dieser Erkrankung gibt Patient selbst an, dass er von seiner Frau und Kindern misshandelt werde, was vom Gemeindepräsidenten bestätigt wurde; aber ausserdem war Patient dem Trunk stark ergeben, was er auch selbst zugab, indem er Alkohol verweigerte: es sei die Ursache seines Elends. Im Laufe seines Waldauaufenthaltes wurde ausser Abstinenz, Ruhe und Diät keine besondere Therapie angewandt. Patient wurde dabei immer ruhiger, sein Benehmen besserte

sich, aber er war doch immer unzufrieden, arbeitsscheu, anspruchsvoll. Körperlich wurde er recht kräftig, geistig vollständig klar und wurde nach zwei Monaten aus der Waldau als genesen entlassen.

Dieser Fall liess sich in seiner ersten Hälfte den früher angeführten Fällen von Melancholie auf syphilitischer Grundlage anreihen: Patient war Kind normaler Eltern, selbst normal veranlagt und hatte ausser der Syphilis keine Krankheiten durchgemacht. Der Alkoholismus, die Geschäftsverluste und die Kränkungen, die er von Seiten seiner Angehörigen auszustehen hatte, wären hier nur als Hilfsmomente und nicht als Grundursachen anzusehen, weil er auf die antiluetische Behandlung so prompt sowohl körperlich als geistig reagiert hat. Nach 4 Jahren, in denen Patient besonders stark dem Alkoholgenuss ergeben war, kam er wieder in die Waldau mit Symptomen maniakalischer Art, die sehr gut als akute Alkoholpsychose aufgefasst werden können, dies wird auch durch den Umstand noch wahrscheinlicher gemacht, dass Patient nach zwei Monaten allgemeiner Behandlung, bestehend in Abstinenz und guter Diät vollständig und dauernd genas.

Allein es wäre auch eine andere Auffassung dieses Falles möglich, nämlich die, dass es sich hier um einen Fall von zirkulärem Irresein gehandelt hat; die Melancholie, welche damals vom behandelnden Arzte als reine Melancholie, verursacht durch die Syphilis, aufgefasst wurde, — und der günstige Einfluss der spezifischen Therapie schien diese Auffassung zu bestätigen, — kann auch als melancholisches Stadium des Zirkels aufgefasst werden. Das nach fünf Jahren ausgebrochene zweite Stadium der Krankheit kann dem Symptomenbild gemäss als das maniakalische Stadium des zirkulären Irreseins angesehen werden.

Es bleibt die Frage offen, ob dieser Fall, wenn er als zirkuläres Irresein aufgefasst werden soll, auch noch unter die Rubrik der syphilitischen Psychosen gehört, denn das maniakalische Stadium, wie wir jetzt die nach 4 Jahren ausgebrochene Krankheit bezeichnen sollten, ging ohne jegliche spezifische Therapie in Heilung über. Diese Frage liesse sich insofern bejahen, als die Syphilis, die das ganze verursacht haben mag und im ersten Teile der Krankheit energisch bekämpft wurde, für das zweite Stadium nur noch insofern in Betracht gezogen werde darf, als sie eine gewisse

Schwäche des Zentralorgans zurückgelassen hatte, und als Patient nachher verschiedenen Gemütskränkungen ausgesetzt wurde und sich dem Trunk ergab, da fielen diese neuen Schädlichkeiten auf ein bereits geschwächtes Gehirn, und die Psychose brach aus, heilte aber, sobald diese Schädlichkeiten eine Zeitlang vom Patienten fern gehalten wurden.

Fall 5.

Z. O., 56 Jahre alt, verheiratet, Hausfrau.

Patientin war als Kind gesund, stammt von normalen Eltern her, war normal veranlagt, etwas ernsten Charakters. Wurde vor 15 Jahren an tertärsyphilitischer Gaumenerkrankung behandelt. Heilung mit Gaumenperforation und Narben.

Im 56. Lebensjahr erkrankte sie an Influenza, welche sie sehr herunterbrachte und von der ihr eine Bronchitis und ein Magenkattarrh zurückblieb; ungefähr zur gleichen Zeit wurde ihr Pflegesohn wegen Hehlerei verhaftet, und sie musste als Zeugin im Prozesse figurieren. Der Gerichtspräsident soll sie laut angesprochen haben, und von da an dafiert der Gemütszustand der Patientin, der sie in die Waldau brachte: Depression, Angst, hauptsächlich Angst vor gerichtlicher Verfolgung, Nahrungsverweigerung.

Status: Ziemlich kleine, magere Person, blass, dünnes graues Haar, trockene Haut, Struma, Gaumenperforation und strahlige Narben, sonst keine Abnormitäten, Körperfunktionen normal.

Patientin war sehr ängstlich, scheu, wortkarg, hörte allerlei Stimmen, die ihr sagten, dass sie sehr vieles verbrochen, dass sie ihre Umgebung ins Unglück gebracht habe; ihr Mann habe sich ihretwegen erhängt, ihr Heimatort brenne; sie dürfe nicht mehr essen, sie sei es nicht mehr wert; sie werde nächstens gefoltert, es werde von ihr alles aufgeschrieben und sie werde gerichtet; die Nahrung war ihr schwer beizubringen, sie musste wegen mehrmals geäußerter Suicidgedanken streng überwacht werden, schlief schlecht, stand des Nachts auf, lief herum, hatte zuerst keine Krankheiteinsicht, später wohl, meinte aber, es werde nie gut werden.

Patientin wurde viel im Bette behalten, kräftig ernährt, bekam Tinctoria opii und seit 1. Januar 1901 bis zum 9. Februar 1901 sieben mal Solutio Kali

jodati, 5,0 : 150,0. Allmählich ging der Zustand an besser zu werden, sie wurde weniger ängstlich, von den Stimmen weniger verfolgt, nahm selbstständig Nahrung zu sich, wurde dann immer klarer, wusste endlich, dass sie von krankhaften Ideen verfolgt war und verlangte nach Hause zum Mann.

Sie wurde nach 2 jährigem Waldauaufenthalte im wesentlich guten Zustande nach Hause entlassen.

Dieser Fall von Versündigungsmelancholie ist der Anamnese sowohl wie dem Verlaufe nach eher auf Kosten der von der Patientin durchgemachten Influenza und der von ihr überstandenen Aufregungen, vielleicht auch auf Kosten ihres vorgesetzten Alters (56 Jahre) zu setzen. Die Syphilis liegt hier wohl zu weit zurück und die spezifische Therapie (Jodkali) wurde im Vergleich zur Krankheitsdauer zu wenig angewendet — der Waldauaufenthalt dauerte vom 14. Oktober 1900 bis zum 25. März 1902, Jodkali wurde nur sieben mal à 5,0 : 150,0 im Januar und der ersten Woche des Februar 1901 gegeben — als dass man berechtigt wäre, den günstigen Verlauf auf ihre Wirkung zurückzuführen.

Fall 6. **Syphilidophobie.**

Doktor N. Arzt, 54 Jahre alt.

Patient ist hereditär insofern belastet, als Vater Potator war. Machte in der Jugend Masern durch, war sonst nie krank gewesen. War als Student fleissig und zurückgehalten, ergab sich keinerlei Excessen, war nur bestrebt, sein Ziel zu erreichen, um der schwergeprüften Mutter eine Stütze sein zu können.

Im Jahre 1871 machte Patient eine geburtshilfliche Wendung und kriegte kurz darauf am Finger ein Panaritium, das er für spezifisch hält. Es dauerte etwa sechs Wochen bis der Prozess abgeheilt war.

Nach einem Jahre traten in langer Reihenfolge die Erscheinungen sekundärer Lues auf: Roseola, Periostitis des Fingers, ein Herpes circinatus am rechten Arm, eine Onychia am rechten Ringfinger. Zugleich entwickelten sich Allgemeinerscheinungen: Magenschwäche, Neurasthenia dyspeptica. Gefühl von Beklemmung, ungewohnt schnelle Ermüdung. All das ging zurück auf Sublimat und Schnückeruren.

Am 24. Oktober 1887 nach reichlichem Genuss von Alkohol erwachte Patient mit einem Gefühl von

Schwindel, Prickeln am linken Bein, kein Kopfweh, klares Bewusstsein, kein Ohrensausen. Darauf fünf Tage lang Diplopie. Kleine Schmierkur, darauf Besserung. Zwei weitere Jahre lang nahm Patient Bromkali und Bromammonium. Im April 1890 schrieb Patient an den Direktor und verlangte dringend um Aufnahme, die Angst und Hoffnung trieben ihn hierher, schrieb er.

Er kam auch bald darauf in der Waldau an.

Eintrittsstatus: Mittelgrosser, breitschultriger Mann; linke Pupille grösser als die rechte, auf Licht träge reagierend; belegte Zunge, starke Salivation besteht schon seit Dezember, trotzdem Quecksilber schon seit einem Jahre ausgesetzt wurde; Foetor ex ore, Herz und Lunge normal.

Am rechten Vorderarm, an der Beugeseite, eine 2-frankenstück grosse weisse Narbe vom Herpes circinatus herstammend. Rechte Zeigelingerkuppe zeigt eine kleine Schnittnarbe von einem operierten Panaritium her, unter der rechten Leiste ist die Haut braun verfärbt, sonst nichts abnormes.

Die linke Körperhälfte im ganzen Umfang, besonders aber der Oberschenkel ist Sitz von heftigen Schmerzen, die qualitativ und quantitativ sehr differieren: Prickeln, Gefühl von Brennen, das sich derart steigern kann, dass Patient das Gefühl hat, als ob ihm an der betreffenden Stelle die Haut abgezogen wäre. Nur horizontale Lage bringt Ruhe. Jede körperliche und geistige Anstrengung steigert die Schmerzen. Durch diese Schmerzen, behauptet Patient, sei er melancholisch geworden.

Geistig fühlt er sich nicht geschwächt, sein Gedächtnis hat nicht gelitten, aber jede Arbeit auf geistigem Gebiete ist ihm unerträglich.

Er und ein ihm befreundeter Arzt glaubten, sein Leiden beruhe auf einem syphilitischen Atherom der Basalarterie, und, da er gegen seine Lues vieles getan und alles nichts genutzt hat, ist er hoffnungslos, deprimiert, sieht alles schwarz, sucht stets nach neuen syphilitischen Symptomen. Die Behauptung eines Spezialisten, der ihn gründlich untersucht hatte, er habe keine Syphilis mehr im Körper, machte nur kurze Zeit auf ihn Eindruck. Die angewendeten Mittel: Hypnose, Bromkali, Bäder bewirkten nur kurzdauernde Besserung der körperlichen Leiden und des Gemütszustandes; sobald aber Patient sich nach einer einige Wochen an-

dauernden Besserung etwas mehr zugetraut hatte, verfiel er wieder in den früheren Zustand. Patient wurde deshalb immer unglücklicher und hoffnungsloser; er selbst verlangte immer nach einer Schmierkur, die aber deshalb nicht unternommen wurde, weil der behandelnde Arzt sich nicht überzeugen konnte, dass dieses Leiden auf die einst durchgemachte Syphilis des Patienten zurückzuführen sei.

Patient verliess im Juli ungeheilt die Anstalt.

Dieser Fall ist von dem damals behandelnden Arzte nicht als *Hypochondria syphilitica* aufgefasst worden. Die Syphilis des Patienten lag auch schon sehr weit zurück und wurde seinerzeit vom Patienten, der selbst Arzt war, energisch bekämpft.

Das Leiden, welches den Patienten hypochondrisch gemacht hatte, und für welches er die vor Jahren durchgemachte Syphilis anshuldigte, brach aus nach einem einmaligen zu reichlichen Alkoholgenuss, als Patient bereits 51 Jahre zählte. Die Probe ex juvantibus mit Antilueticis wurde damals, als auch ein berühmter Spezialist die syphilitische Natur des Leidens negiert hatte, nicht gemacht, und es lässt sich infolgedessen nicht sicher sagen, ob dieses Leiden, welches die Hypochondrie hervorrief, wirklich auf syphilitische Veränderung basaler Gehirnarterien oder nicht vielmehr auf gewöhnliche arteriosclerotische Gefässveränderungen mit durch zu reichlichen Alkoholgenuss hervorgerufenen hemiplegischen Erscheinungen zurückzuführen ist.

Fall 7.

H. K., ledig, Parquetier, 37 Jahre alt.

Bis zum Jahre 1889 war H. ganz normal, dann erkrankte er an Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Er trat ins Kantonsspital C., wo er als *Syphilis cerebri* behandelt wurde. Im Jahre 1890 war er in einem andern Spital mit Jodkali lange behandelt und gründlich gebessert worden. Er konnte bis 1892 ordentlich arbeiten. Nun stellten sich bei ihm plötzlich Erscheinungen von Verfolgungswahn ein: er nahm Stimmen von einem Freunde und einem unbekannten Frauenzimmer wahr; er hörte gegen ihn gerichtete Drohungen, er werde angeklagt und verhaftet; er kam mit diesen Erscheinungen ins Spital, verliess dasselbe nach zwei Monaten ungeheilt und fand in B. Arbeit.

Nach Aussage seiner Hausfrau war er ein gutmütiger Charakter, aber zu allerlei Ausschweifungen geneigt und besonders dem Trunke ergeben.

Am 20. Januar 1894 kam Patient in die Waldau mit dem ausdrücklichen Wunsche geheilt zu werden; die Symptome waren die gleichen, die ihn früher ins Spital zu E. geführt hatten: wieder hörte er die nämlichen Stimmen. Er gab zwar an, er wisse, dass diese Stimmen etwas Krankhaftes seien, aber tief schien diese Erkenntnis nicht zu gehen, ferner war er fast schlaflos und hatte hypochondrische Ideen. Im Ganzen machte Patient einen etwas dementen Eindruck.

Im Status ausser Residuen früherer Syphilisnarben, Narben von Condylomata lata am Penis und derben Drüsen in der Leiste nichts besonderes. Patient gab die Syphilis und die Excesse in Venere und Baccho selbst zu.

Die Therapie bestand ausschliesslich in Jodkali 2.0 pro die.

Darauf besserten sich die Erscheinungen allmählich, die Stimmen liessen immer mehr nach, sie wurden zunächst freundlicher, später gab er an, sie nicht mehr zu hören. Im Laufe seines Aufenthaltes trat ein einziges Mal ein Raptus ein: er wurde heftig, aufgereggt, ging auf den Wärter los, zerschlug Scheiben, drohte und schrie, dass sich alle Welt über ihn lustig mache. Er wurde einen Tag lang in der Absonderungszelle gehalten; nachher war er vollständig ruhig, hörte aber immer noch die gleichen Stimmen und drängte fort, weil es ihm doch nichts nütze hier zu bleiben, lieber wolle er arbeiten und abzahlen, was die Verpflegung hier koste. Er blieb noch einen Monat in der Waldau, war während der Zeit ganz ruhig, fleissig, gab an, keine Stimmen mehr zu hören, nur noch Rauschen in den Ohren; er wollte aber nicht einsehen, dass er damals Unrecht hatte, als er aufbrauste; er trat am 2. April 1894 aus. Am gleichen Tage traf ihn ein Arzt aus der Waldau in der Stadt: Patient war etwas unsicher, behauptete, seine rechte Hand sei gefühllos, fürchtete, die Arbeit könne ihm schaden, liess sich aber leicht wieder beruhigen.

Die Annahme, dass die Ursache der Psychose auch hier die Syphilis sei, wäre deshalb zulässig, weil die ausschliessliche Jodkalitherapie die Besserung bewirkt hatte.

Den Symptomen nach liesse sich dieser Fall als syphilitische Paranoia auffassen; Verfolgungsideen,

aber kein festes, logisches Gefüge derselben, wie sie sonst der gewöhnlichen Paranoia eigen sind, ferner hypochondrische Ideen, dazu eine gewisse Geisteschwäche — ein Bild, wie es nach den in der Literatur mitgeteilten Fällen der syphilitischen Paranoia eigen sein soll.

Allein, es wäre auch möglich, dass in diesem Falle das Jodkali hätte entbehalten werden können, denn da der Patient ein ausgesprochener Alkoholiker war, könnten die Erscheinungen auch als Alkoholpsychose aufgefasst werden.

II. Neurosen.

Eine weitere Reihe von Störungen, die ihre Entstehung der Syphilis verdanken, sind die verschiedenen Neurosen, die infolge der in der Einleitung angeführten Aetiologie von den Autoren ebenfalls als funktionelle bezeichnet werden.

Wie aus den von mehreren Autoren publizierten Fällen zu erssehen ist, kann die Syphilis zunächst zur einfachen Nervosität führen. Als Ursache hierfür wird außer den in der Einleitung angegebenen Einwirkungsarten des Syphilisgiftes von Fournier noch hervorgehoben, dass die meningealen Irritationszustände sich klinisch in der Nervosität äussern können. Wenn eine syphilitische Infektion anamnestisch oder durch bestehende syphilitische Zeichen anzunehmen ist, so ist eine spezifische Behandlung am Platze.

Durch eine weitgehende Einwirkung der Schädlichkeit kann sich die Nervosität zur Neurasthenie steigern. Kowalewsky bringt 4 Fälle von luetischer Neurasthenie und zeigt, dass die Lues in jedem dieser Fälle auf andere Weise die Neurose verschuldet hat: in einem dieser Fälle war es die hereditäre Lues, welche die Grundlage zur Neurasthenie abgegeben hat; im anderen die erworbene Syphilis. Im 3. Falle war es nicht die Syphilis selbst, welche zur Neurasthenie geführt hatte, sondern die angewandten schwächenden antiluetischen Kuren; im 4. endlich war es das psychische Trauma, das moralische Leiden bei Bewusstsein der luetischen Erkrankung, welches die Neurose hervorgerufen hat.

Kowalewsky hebt hervor, wie wichtig es sei, diese Fälle nach der verschiedenen Art ihrer Aetiologie

zu unterscheiden, denn davon hängt die Verschiedenheit der Behandlung und deren Erfolg ab.

Auch Nonne bringt zwei Fälle von Neurasthenie, die auf allerlei Nervina sowie Psychotherapie nicht reagierten. Die Vermutung, es könne sich hier um eine syphilitische Neurasthenie handeln (in einem Falle wurden verschiedene Residuen von Lues aufgefunden, im andern Falle die spezifische Infektion eingestanden), bestätigte sich durch den prompten Erfolg der antiluetischen Therapie.

Auch die luetische Hysterie ist von verschiedenen Autoren beschrieben und durch Fälle belegt worden. Die von Kowalewsky mitgeteilten Fälle betreffen im ersten Falle eine Frau, bei der die Hysterie zugleich mit den sekundären Erscheinungen auftrat und nach Anwendung der spezifischen Therapie verschwand; im 2. Falle ein hereditär-syphilitisches Mädchen, das kachektisch und anämisch war, und bei dem die Hysterie zugleich mit der Anämie durch Jodkalium zur Heilung kam.

Nonne bringt einen Fall, der deutlich den Zusammenhang mit der luetischen Infektion dadurch bekundet, dass Patientin ausser der Infektion keine ätiologischen Anhaltspunkte darbietet und auf allgemeine Therapie, Nervotonica u.s.w. gar nicht reagiert, während eine antiluetische Kur die Erscheinungen endgültig zum Schwinden bringt.

Unter dem Krankenmaterial der Waldau findet sich folgender Fall von Hysterie vor:

Fall 8. **Hysterie.**

L. O., 39 Jahre alt, verheiratet, Bureauangestellte.

Der Vater der Patientin war zur Melancholie geneigt, zeitweise dem Trunke ergeben, von den Leuten als Sonderling bezeichnet. Patientin war normal veranlagt, machte eine durchaus normale Kindheit durch. Sie war ziemlich früh entwickelt, strebsam, ernst. Mit dem 16. Lebensjahre ging sie nach England, wo sie sich 2 Jahre lang sehr anstrengend als Privatlehrerin beschäftigte: seither traten hysterische Beschwerden auf, Globus, Angstgefühl. Als Ursache der jetzigen Erkrankung galt aber die 13jährige Ehe mit einem Manne, der ein „Lump in Baccho und Venere“ war, und den sie mit Widerwillen und gegen den Willen ihrer Angehörigen heiraten musste, weil sie von ihm schwanger

wurde. Die Frau machte wiederholt Aborte durch; litt an einer heftigen Erkrankung der Kopfhaut, wo später weiche Tumoren (Gummata) auftraten, die unter Jodkalibehandlung heilten. Patientin litt überhaupt schwer von ihrem Manne und kam schliesslich in die Waldau mit folgenden Symptomen: hauptsächlich starken Kopfschmerzen, Angst, Wahnideen; in ihrem Leibe sei alles verkehrt, Hallucinationen: sie hörte ihre Kinder schreien; Schlaflosigkeit quälte sie oft. Während des kurzen Aufenthaltes war sie die ganze Zeit hindurch unzufrieden, schrie und jammerte über allerlei Beschwerden; sie müsse den Urin anhalten, denn das Urinieren verursache ihr Schmerzen, ebenfalls die Defäkation, es sei bei ihr im Leibe alles verkehrt: die Vagina sei bei ihr hinten und das Rectum vorne, sie klagte immer über Schlaflosigkeit und bekam Saccharum lactis, worauf sie nach Aussage der Wärterin gut geschlafen haben soll während sie selbst immer angab, kein Auge zugetan zu haben. Immerfort hörte sie ihre Kinder klagen und war überzeugt, dass sie hier gemartert werden; ihren Verwandten, der auf Besuch kam, erkannte sie nicht. Eine Woche lang nahm sie Jodkali nach Verordnung, dann verweigerte sie es in der Meinung, es sei Gift. Auch das Essen war ihr immer schwer beizubringen, sie magerte ab und sah sehr elend aus. Opium und suggestive Therapie nützten nichts; sie wurde einmal so erregt, dass sie ihre Mitpatientin zerkratzte und dem Arzt den Topf mit der Milch an den Kopf warf, im Glauben, es sei Gift. Am 13. September wurde sie von ihren Angehörigen abgeholt, ohne dass sich ihr Verhalten geändert hätte. Beim Austritt war sie wirr, klagte laut und machte Miene, als ob sie nicht fortgehen wollte. Vorher aber stellte sie alles Mögliche an, damit die Leute sie fortnähmen. Sie kam in eine andere Anstalt, wo sie sich gleich ruhig benahm und anscheinend wohl fühlte; sie bekam gleich alle Freiheiten und erholte sich rasch.

Es ist aus der Krankengeschichte zu erschen, dass Patientin schon lange vorher hysterisch war, bevor für sie die Möglichkeit einer Syphilisinfektion in Betracht kommen konnte. Es ist infolgedessen in diesem Falle schwer zu sagen, inwiefern die nachherige spezifische Infektion auf die Verschlimmerung des Zustandes eingewirkt habe, da hier andere Momente im Ueberfluss vorhanden waren, die diese Störung bedingen konnten.

Die Jodkalitherapie musste hier zu schnell eingestellt werden, als dass man aus ihrer Erfolglosigkeit Schlüsse ziehen dürfte. Aber der sofortige Umschlag in der andern Anstalt spricht deutlich genug gegen ihren Nutzen und für die Bedeutung der psychischen Einflüsse.

Was die Epilepsie betrifft, so wird sie in der Literatur als Folge der hervorgehobenen Ursachen sehr häufig erwähnt und zwar wird angeführt, dass sie sowohl bei Individuen bei denen die Infektion schon jahrelang zurückliegt, vorkommt, als auch bei solchen, die in einem früheren Stadium der Lues stehen. Sie trägt den Charakter der genuinen Epilepsie, nur behauptet Nonne, das in ihrem Gefolge die Demenz meistens ausbleibt, indem die geistigen Fähigkeiten des Patienten wohl erhalten bleiben; während andere, darunter Dornblüth, an Hand ihrer Fälle gezeigt haben, dass die Demenz auch hier nicht auszubleiben pflegt.

Was die Wirkung der antiluetischen Therapie bei diesen Epilepsiefällen betrifft, so teilen sich die Meinungen der Autoren, indem die Einen sie in allen Fällen für angebracht halten, die andern, darunter Nonne, durch eine Reihe von Fällen zum Schlusse kommen, dass die Fälle von Epilepsie, wo die syphilitische Infektion sehr lange zurückliegt, sich den antiluetischen Mitteln gegenüber genau so wie die andern postsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems verhalten — sie bleiben ungeheilt.

Dass die Epilepsie oft als eine postsyphilitische Erscheinung auftreten kann, ist durch die Fälle von Nonne, wo sie mit Tabes dorsalis oder progressiver Paralyse coincidierte, sehr nahe gelegt.

Auch Chorea und Angina pectoris sind im Gefolge von Syphilis beobachtet worden. Die letzten drei Neurosen finden im Krankenmaterial der Waldau keine Vertretung. Es soll noch hinzugefügt werden, wie die meisten Autoren betonen, dass diese im Gefolge von Syphilis entstandenen Neurosen in ihrem Symptomenbilde den nicht luetischen Neurosen durchaus gleichen: es soll keine spezifisch-syphilitischen Neurosen, wie auch keine spezifisch-syphilitischen Psychosen geben, die Zugehörigkeit dieser Neurosen zur Syphilis könnte nur durch die Tatsache der Infektion (besonders wenn andere

Ursachen fehlen), durch die Erfolglosigkeit der gewöhnlichen und durch den Erfolg der spezifisch antiluetischen Therapie bewiesen werden.

Schluss.

Die Erkennung der Geisteskrankheiten auf ihren ätiologischen Zusammenhang mit der Syphilis ist in ihrer grossen Bedeutung für die Patienten von einer Reihe von Autoren hervorgehoben und mit Nachdruck betont worden. Die richtige Erkenntnis der konstitutionellen Erkrankung ist nicht immer leicht; der Arzt ist hier oft blos auf die Anamnese angewiesen, und dass diese in Bezug auf Syphilis zu oft im Stiche lässt, ist eine alte Erfahrung. Den direkten Beweis liefern die zur Zeit noch bestehenden Zeichen der floriden oder schon abgelaufenen Syphilis und ausserdem noch eine Reihe von subjektiven Symptomen, die nach Erlenmayer in verschiedenen Schmerzen und Störungen der Allgemein gefühle bestehen sollen; die Schmerzen sind gewöhnlich an den Extremitäten und am Kopf lokalisiert und werden auf Druck gesteigert. Die Kopfschmerzen exacerbieren nachts. Was die Allgemein gefühle betrifft, so äussert sich ihre Störung darin, dass die Patienten gleichgültig auch gegen ihre allernächsten Personen und wichtigsten Angelegenheiten werden. Auch zeichnen sich die Patienten durch eine abnorme Ermüdbarkeit physischer und psychischer Natur aus.

Je mehr von diesen Erscheinungen vorhanden ist, desto mehr ist der Verdacht auf Syphilis als Aetologie berechtigt und neben der anderen Behandlung der Versuch mit antisyphilitischen Mitteln angezeigt.

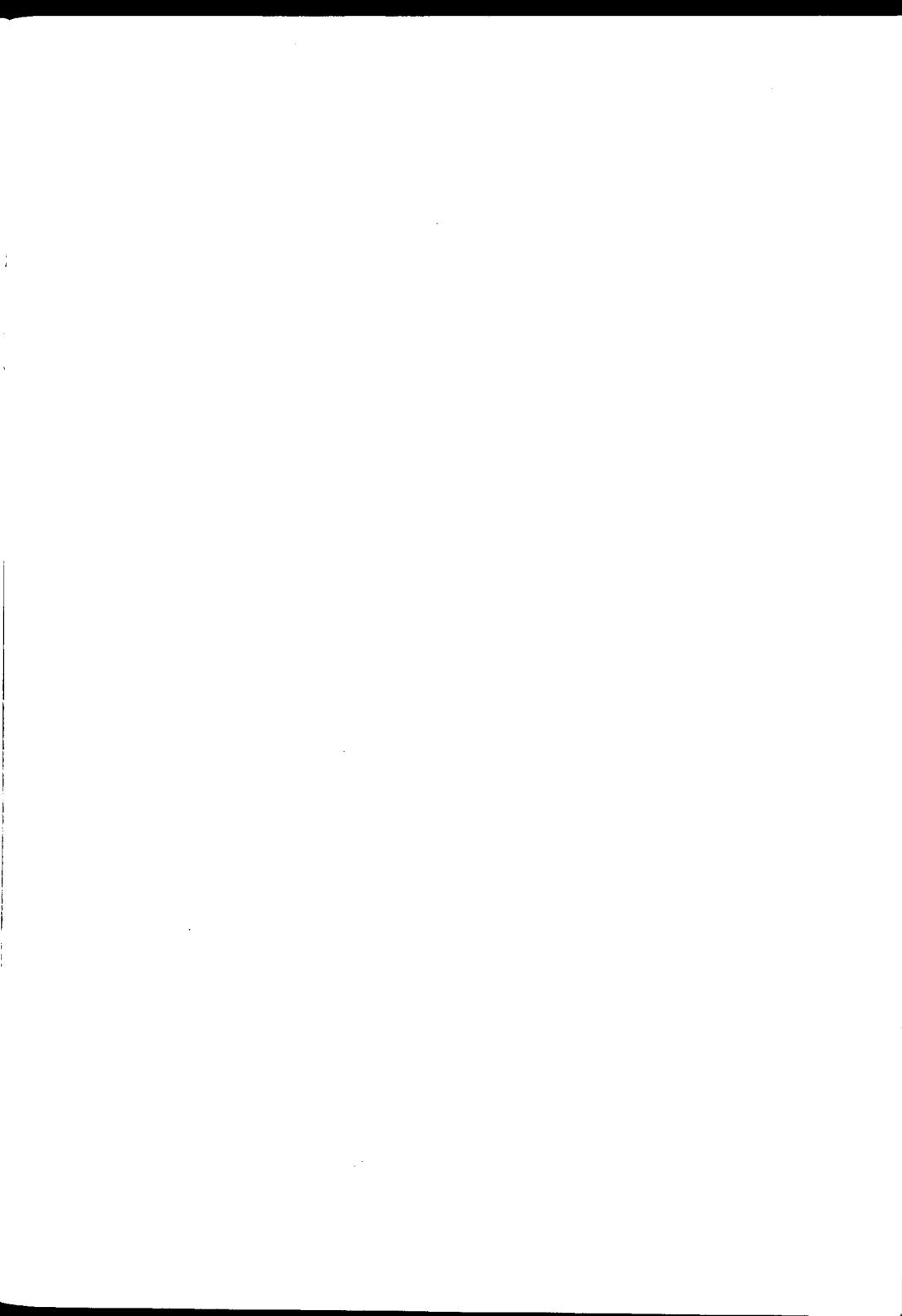
Die meisten der in der Literatur bekannten Fälle haben auf diese Therapie, so gut reagiert, dass dieses für jeden Psychiater ein Fingerzeig sein sollte, um in solchen Fällen dasjenige nicht ausser Acht zu lassen, was einzig und allein die Kranken von ihren Leiden befreien kann.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, dem Herrn Prof. Dr. v. Speyr für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.

Literaturangaben.

- Dornblüth. Neurosen infolge von Syphilis. — Münchener mediz. Wochenschrift, 1897, Nr. 42.
- Erlenmeyer. Dieluetischen Psychosen. — Neuwied 1876 und 2. Auflage 1877.
- Esmarch und Jessen. Syphilis und Geistesstörung. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 14, 1857.
- Jolly. Syphilis und Geisteskrankheiten. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1901, Nr. 1.
- Kowalewsky. Syphilis und Neurasthenie. — Zentralblatt für Nervenheilkunde, 1893, III.
- Kowalewsky. Geistesstörungen bei Syphilis. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 50, 18:4.
- Kowalewsky. Die funktionellen Nervenkrankheiten und die Syphilis. Archiv für Psychiatrie. Bd. 26, 1894.
- Moravcsik. Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirns. — Zentralblatt für Nervenheilkunde XI. 1888, S. 593.
- Wille. Die syphilitischen Psychosen. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 28, 1872.
- Krause. Ueber syphilitische Psychosen. — Neurologisches Zentralblatt, 1899, S. 951.
- Nonne. Syphilis und Nervensystem. Berlin 1902.
- Rippig. Ueber die Beziehungen der Syphilis zu den Geisteskrankheiten mit oder ohne Lähmungen. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 37, 1881.
- Oebecke. Zur Syphilis des Zentralnervensystems und der Psychosen. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 48, 1892.
- Gerhardt. Ueber Syphilis des Hirns. — Berliner klinische Wochenschrift, 1886 Nr. 1.
- Rosenthal. Ueber Hirnsyphilis und deren Lokalisation. — Deutsches Archiv für klinische Medizin, 1886, Bd. 38.
- Rumpf. Ueber Gehirn- und Rückenmarksyphilis. — Archiv für Psychiatrie, Bd. 16, 1885.
- Buttersack. Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden 1887. — Archiv für Psychiatrie, Bd. 17, 1886.
- Siemerling. Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarksyphilis. — Archiv für Psychiatrie, Bd. 20, 1889.
-







13480

1846

