

a *Eni Vela del Campo.*  
*En todo abierto*  
*L. Ibor*

Überreicht vom Verfasser, nicht im Buchhandel.

## ZUR FRAGE DER TABESPSYCHOSEN.

Von J. López-Ibor.

Die klinische Beobachtung und die Untersuchungen der letzten Jahrzehnte offenbaren uns gewisse grundlegende Prinzipien, wo es sich darum handelt, den bestehenden Zusammenhang zwischen einer Geistesstörung und der syphilitischen Infektion, womit der Kranke behaftet ist, zu beurteilen. Nicht jede Psychose, welche bei einem Syphilitiker erscheint, muß notwendigerweise eine syphilitische Psychose sein, wengleich die Liquoruntersuchung positive Reaktionen ergibt. Andererseits darf man sich von dem klinischen Bilde nicht einen ganz scharfen Begriff bilden, weil z. B. die anatomisch-pathologischen Untersuchungen das Vorhandensein von abnormen Formen von progressiver Paralyse erwiesen haben, die man klinisch geneigt sein könnte, in irgendeine andere Gruppe einzureihen. Es genügt, sich der durch sonderbare Lokalisierungen hervorgebrachten klinischen Bilder, wie die an den Stammganglien, zu erinnern.

Es ist augenscheinlich, daß wir in vielen Fällen eine strenge Trennung nicht durchführen können. Selbst vom anatomisch-pathologischen Gesichtspunkte aus hängt die syphilitische oder paralytische Qualifikation, auf einen bestimmten Prozess (Spielmeier, Jakob) angewandt, vom persönlichen Gesichtspunkte des Forschers ab.

Ein fundamentaler Stützpunkt für die Klassifikation der syphilitischen Geistesstörungen ergäbe sich, je nachdem die Symptomenbilder homonomen oder heteronomen Kolorit im Sinne von Kleist annehmen. Man wird Vorbehalte machen und jede Beziehung der Syphilis zu Krankheitsbildern bestreiten, die rein homonom sind, wie diejenige der Manie

oder der Melancholie, wobei wir in diesem Zusammenhang die Frage der Auslösung der endogenen Psychosen ganz beiseite lassen. (Boestroem).

All diesen Betrachtungen Rechnung tragend und uns auf unsere Erfahrung stützend, können wir in schematischer Weise die folgenden Möglichkeiten der Beziehung zwischen Geistesstörung und Tabes feststellen. Der Name „Tabespsychosen“ sollte unserer Meinung nach auf die an fünfter Stelle erörterten Fälle beschränkt bleiben. Diese Fälle sind von vielen Gesichtspunkten aus verschieden von den Halluzinosen der Syphilitiker, die nach Plaut und Boestroem den größten Teil der als „Tabespsychosen“ veröffentlichten Fälle absorbieren würden.

A) *Reaktiv psychogene Typen.* Man beobachtet häufig bei vielen an Tabes Leidenden eine gewisse Neigung, ihre Symptome in einer bestimmten Weise zu interpretieren. Es ist möglich, daß sich die Tabes vorzugsweise bei gewissen konstitutionellen Typen entwickelt, und unter den psychologischen Charakteristiken derselben zeigt sich eine Tendenz zur rückwirkenden seelischen Auslegung der organischen Symptome. Indessen gestatten das Material und die bis heute veröffentlichten Arbeiten nicht, eine definitive Hypothese aufzustellen. Außerdem ist kein Zweifel vorhanden, daß bei andern Krankheiten dasselbe vorkommt, wie auch bei andern Formen der Syphilis. Nach meinem Dafürhalten ist es ungerechtfertigt, daß man solche Bilder in die syphilitische Neurasthenie einreihet. In jedem Falle wäre es interessant zu untersuchen, bis zu welchem Punkte Abweichungen vom Schema körperlicher Symptome, die mitunter bei den an Tabes Leidenden in evidenter Weise erscheinen (Lange), zu solchen hypochondrischen Auslegungen beitragen. Auf solche reaktive Typen würde sich der Erscheinungsmechanismus derartiger Geistesstörungen bei der Tabes, wovon Kirn spricht, zurückführen lassen.

B) *Zusammentreffen von endogenen Psychosen mit Tabes.* (Cassirer). Hier wie unter A ist es möglich, daß gewisse Geistesstörungen das Auftreten gewisser nervöser Formen von Syphilis begünstigen, oder besser das Verhalten des Kranken so ändern, daß derselbe der Ansteckung in einer noch unabgeklärten und beim normalen Menschen unbekanntem Weise ausgesetzt ist. Kommt ein Kranker mit einem ausgesprochenen psychi-

schen Bilde und einer vollständig entwickelten Tabes in unsere Hände, so ist die Diagnose leicht zu stellen, sobald wir rechtzeitig den Irrtum vermeiden, daß die Eigenschaften des Liquors das letzte Wort aussprechen können.<sup>1</sup>

A. D. 33 Jahre.

Über die Vorgeschichte ihrer Krankheit Aufklärungen zu erhalten war keine Möglichkeit vorhanden. Sie trat in die Klinik am 3. III. 1928, nachdem sie vorher im „Asilo del Parque“ in Barcelona untergebracht war. Von Anfang an zeigte sie das klinische Bild einer schizophrenen Denkstörung, z. B.: „Wie geht's?“ — „Ich wohne hier gegenüber und man gibt mir kein Geld zum einkaufen. Mit J. verheiratete ich mich, eine Untersuchung ist der Mühe nicht wert. Ich will daß man mir die Türe zur Wohltätigkeit öffnet.“ Vollständige Ataxie von Armen und Beinen. Aufhebung von tendinösen Reflexen. Pupillen-Reflex erhalten aber träge. Tiefe Sensibilität stark gestört. Blut: Wassermann, Meinicke, Kahn positiv. Liquor: Keine Zellen. Albumin 0,35%. Pandy negativ. Nonne-Apelt negativ. Wassermann positiv mit 0,6. Lange 3433320000000.

C) T a b o p a r a l y s e. Diese Möglichkeit ist relativ häufig, und die Literatur hierüber reichhaltig. Wir lassen deshalb diese Frage hier außer Betracht.

D) In vielen Fällen, wo man irrtümlicherweise die Diagnose einer progressiven Paralyse feststellt, handelt es sich um andere syphilitische Geistesstörungen und nicht um Paralyse. Die häufigste unter ihnen ist die Halluzinose, welche von P l a u t erstmals gründlich beschrieben wurde. B o e s t r o e m sagt mit Recht, daß es sich in Wirklichkeit bei diesen Fällen um exogene Syndrome im Verlaufe einer infektiösen Krankheit handelt. Auf jeden Fall ist es klar daß, wenngleich es sich um eine exogene Reaktion handelt, die Krankheit unzweifelhafte Charakteristiken aufweist, denn es gibt andere Typen heteronomer Reaktion bei der Lues, die nicht so charakteristisch sind. Auch bietet die Auswirkung einer paranoiden Konstitution bei vielen Kranken nicht den geringsten Zweifel, und vielleicht dürfte dies gerade der Grund sein der gestattet, dieselben von der folgenden Gruppe zu unterscheiden. Auf die Merkmale welche die Tabes bei diesen Fällen anzunehmen pflegt, gehen wir später ein.

F. T. 48 Jahre. Ledig.

Mit 18 Jahren syphilitisch infiziert. Behandlung mit Salvarsan. Später Bronchopneumonie.

<sup>1</sup> Mit Rücksicht auf die Raumknappheit geben wir nur einige Auszüge aus den Krankengeschichten als Exempel.

Pat. hat sich in verschiedenen Lebensphasen traurig bezeigt, ist mißtrauisch, selbst gegen seine Familienangehörigen. Bei Gelegenheit glaubte er sich von jemand verfolgt, immerhin hat der Kranke sich nicht so auffallend bemerkbar gemacht, daß man ärztlichen Rat beizog.

Im Sommer 1932 hatte er plötzlich halluziniert. Er selbst stellt sich dem Polizeichef vor und protestiert, daß ihn die Schreckensgespenster verfolgten. Homosexuelle Einschläge in seinem Delir. Er wird im Sanatorium aufgenommen. Liquor: Druck 69 (Claude), Albumin 0,22, Zellen 6 pro ccm. Wassermann + mit 0,2; ++ mit 0,6. Lange 0244443200000. Behandlung: Pyretotherapie. Bismut. Entlassung 14. III. 1933 mit vollständiger Remission. Kurz darauf Unsicherheit im Gehen und in den Armen. Abdominelle Gürtelschmerzen. Kribbeln in den Gliedern. Innerhalb von 4 Tagen entwickelt sich eine akute Ataxie. Pupilläre Reflexe träge. Westphal sehr vermindert. Ebenso verhält sich der Achilles. Kraftsinn, Bewegungs- und Lageempfindung ohne Befund. Keine Astereognosie. Liquor: Albumin 0,3, gr Zellen 8, Nonne-Appelt +. Pandy +. Wa. mit 0,2 —; mit 0,6 +; mit 0,8 +. Lange 0012210000000. Pyretotherapie. Nachbehandlung mit Neosalvarsan. Ataxie fast vollständig remittiert. Die subjektiven Empfindungen bleiben, besonders in der Magen- gegend. Psychisch: Tendenz zur paranoiden Einstellung.

*E)* Im Verlaufe oder schon im Anfangsstadium gewisser Tabesfälle, stellt sich, wie wir später sehen werden, die akute Ataxie sehr rasch ein und es erscheinen psychische Störungen, welche nur sehr kurze Zeit dauern. Der Kranke ist unorientiert mit Bezug auf Zeit und Ort, hat lebhaft Halluzinationen von oneiroidem Typ und leichte Benommenheit. Dieses Bild von toxischem Gepräge läßt relativ rasch nach, und vielleicht sollte man für dasselbe allein den Namen „Tabespsychose“ vorbehalten. Binswanger's Fall einer Amentia gehört sicherlich zu dieser Kategorie.

B. C. 40 Jahre. Kein Potus.

Nichts interessantes in der Vorgeschichte zu erwähnen. Hypomanisches Temperament. Luetische Infektion ungefähr mit 20 Jahren. Krankheitsbeginn akut im Dezember 1932. Bettlägerig vier bis fünf Tage mit unbestimmten Schmerzen. Psychisch leichte Bewußtseinstörungen. Zeitlich und örtlich unorientiert. Sieht Flecken an den Wänden. Jemand nähert sich seinem Bette etc.; er ist ängstlich, leicht aufgeregt. Diese psychische Symptomatologie geht schnell zurück. Beim Versuch, das Bett zu verlassen, fühlt er eine große Unsicherheit in den Beinen und Armen. Akute Ataxie. Pupillenreflexe träge. Tendinöse Reflexe fast aufgehoben unter Beibehaltung der Bewegungs- und Lageempfindung. Blut: Wassermann +. Liquor: Zellen 6, Albumin 0,50 gr. Pandy +. Nonne-Appelt +. Wa. + mit 0,2. Lange 2432000000000. Behandlung: Pyretotherapie, Arsen und Bismut. Nach drei Monaten geht er ausgezeichnet. In den Armen verbleibt leichte Ataxie.

Weiterhin müssen wir die Aufmerksamkeit auf eine Tatsache lenken, die nach unserem Dafürhalten sehr interessant ist. Die Tabes, die sich den psychischen Bildern die wir eben beschrieben haben, beigesellt, präsentiert gewöhnlich gewisse Eigentümlichkeiten von großer klinischer Bedeutung: Die Tabes ist bei diesen Fällen an dem Bild der schweren akuten Ataxie erkenntlich, aber von tabetischer Form, welche von den anderen Formen von akuter Ataxie getrennt werden muß. Die akute tabetische Ataxie, bekannt unter den alten Autoren, ist mit besonderer Sorgfalt von Guillain und seinen Schülern beschrieben worden (Décourt). Ihr nicht seltenes Zusammenreffen mit gewissen psychischen Bildern, verdient hier erwähnt zu werden, denn sie enthält eine klare pathogenetische Erklärung. Ihre Grundeigenschaften sind: plötzliches Auftreten ohne daß man vorher das Vorhandensein der Tabes vermutet hätte. Innerhalb kurzer Zeit erlangt sie die höchste Entwicklung, indem jene eigenartigen Störungen in den Bewegungen auftreten, worauf schon Duchègne de Boulogne hinweist. Die Ataxie herrscht in den Beinen vor, was durchaus nicht sagen will, daß sie in den obern Gliedmaßen fehlt. Die Hautempfindung pflegt intakt zu sein. Kraftsinn, Bewegungs- und Lageempfindung sind gut erhalten. Mit Rücksicht darauf, daß es sich um eine Tabes handelt die sich rasch entwickelt, fehlen wie man sieht in unseren Fällen einige sehr charakteristische Symptome, die sich nur langsam einstellen wie das von Argill-Robertson. Die Reaktionen des Liquors sind positiv und geben bei Gelegenheit den akuten Entzündungsprozeß zu erkennen.

Es ist viel über die Physiopathologie der tabetischen Ataxie diskutiert worden, aber es ist hier nicht der Ort, um sich in solchen Erörterungen zu ergehen. Fränkel nimmt unter Bezugnahme auf den Parallelismus zwischen den anatomischen und klinischen Störungen und der Intensität der Ataxie an, daß diese von Änderungen in der Tiefensensibilität abhängt. Es scheint aber, daß die Frage bedeutend komplexer ist und daß in der tabetischen Ataxie unendlich viele Faktoren zusammenwirken. Immerhin müssen wir in diesen Fällen von akuter Ataxie mit Erhaltung der Bewegungs- und Lageempfindung annehmen, daß die Schädigung hauptsächlich im Kleinhirnstrang lokalisiert und von entzündli-

chem Charakter ist. Erst später im Verlaufe der Entwicklung der Tabes verändert sich auch die hintere Wurzel. Die Sklerose tritt bei der Tabes wohl erst in den letzten Perioden der Krankheit ein.

Die Tatsache selbst, daß die Läsion entzündlich ist, würde uns die erlangten therapeutischen Erfolge erklären. Bei diesen akuten Ataxien und bei dem psychischen Syndrom, welches sie oft begleitet, können wir manchmal mit einer klinischen Heilung rechnen. Die französischen Autoren ziehen das Quecksilber, Bismut und Stovarsol vor. Wir haben eine initiale Behandlung mit Pyretotherapie verwendet, gerade wegen des Vorhandenseins eines psychischen Bildes, um nachher mit einer antisiphilitischen Behandlung weiter zu fahren. Die erwähnten Fälle beweisen, daß ein therapeutischer Pessimismus bei diesen Krankheitsbildern nicht angebracht ist.

#### LITERATUR.

Binswanger: Mschr. Psychiatr. 10, 359 (1901). Boestrom: a) Klin. Wschr. 7, 1915, 1928. b) M. med. Wschr. 1933, 963, c) in Bumke's Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd. 8. Berlin 1930. Cassirer: Tabes und Psychose. Berlin 1903. Décourt: Thèse. Paris 1927. Garcin: Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française Rabat. 1933. Jakob: Z. Neur. 101. 227, 1926. Lange: Rev. germ. ib. americana. Bd. 2 (1932). Kirn: Allg. Z. Psychiatr. 25, 114. Plaut: Über Halluzinosen der Syphilitiker. Berlin 1913. Spielmeier: Erg. Neur. 1, 217 (1912).

Sonderabdruck aus Zangger-Festschrift Seite 726—731.  
1934, Rascher & Cie. A.-G., Verlag, Zürich.



Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.

EXPOSICIÓN

Faint, illegible text, likely bleed-through from the reverse side of the page.

Faint, illegible text at the bottom of the page, possibly a signature or date.