DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Fünftehnter Jahrgang.

Redacteur Sanitäts-Rath Dr. S. Guttman in Berlin W.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Ueber „Augenblicksdiagnosen“ in der Nervenpathologie.¹⁾

Von Prof. Dr. W. Erb in Heidelberg.

Meine Herren! Möge es mir heute und an dieser Stelle, wo ich zu einem grossen Kreise in der allgemeinen Praxis wirkender Fachgenossen zu sprechen die Ehre habe, einmal erlaubt sein, Ihnen statt einzelner mühsam errungener Forschungsergebnisse oder statt der Vorführung besonders merkwürdiger und seltener Krankheitsfälle eine Art von „klinischer Plauderei“ zu veranstalten und Ihnen in flüchtiger Zusammenstellung eine Reihe, der täglichen Praxis entnommener diagnostischer Skizzen zu unterbreiten, speciell aus dem Gebiete der ja noch immer mit einer gewissen Vorliebe gepflegten Nervenkrankheiten. Meine vieljährige Beschäftigung mit diagnostischen Dingen aller Art, in Arbeit und Unterricht, und meine auf diesem Gebiete vielleicht ungewöhnlich reiche Erfahrung mögen dies Unternehmen in Ihren Augen rechtfertigen!

Ich rede dabei — das muss ich vorausschicken — hier nicht zu den Nervenspecialisten; die wissen das alles, was ich zu sagen habe, genau ebenso gut oder vielleicht noch besser als ich — oder sie sollten es doch wissen; ich möchte vielmehr denjenigen Collegen, welche durch Arbeitsüberhäufung oder durch anderswohin gerichtetes Interesse verhindert sind, allen neueren Entwicklungsphasen der Nervenpathologie zu folgen, einige aus reicher Erfahrung geschöpfte praktische Winke an die Hand geben, zur Erleichterung des Erkennens mancher Nervenkrankheiten, das durch neuere Beobachtungen und Erfahrungen zu einem so raschen und sicheren geworden ist, dass man in der That von „Augenblicksdiagnosen“ sprechen kann.

Wenn ich angekündigt habe, von diesen „Augenblicksdiagnosen“ zu sprechen, so verstehe ich darunter nur diejenigen Diagnosen, die man auf Grund einzelner, bestimmter, pathognostischer Symptome sofort mit grosser Sicherheit stellen kann, wo man ohne langes Befragen der Kranken, ohne weitschichtige und umsichtige Untersuchung derselben sozusagen eine „Momentaufnahme“ der ganzen Krankheit macht. Es gehört also einerseits die genaue Kenntniss dieser einzelnen Symptome, andererseits eine gewisse Erfahrung und rasche Auffassungsgabe dazu, um solche Augenblicksdiagnosen richtig und sicher zu stellen.

Es ist durchaus nicht genau das, was man unter „praktischem Blick“ versteht. Die älteren Aerzte legten auf diesen vielleicht mehr Gewicht als gut war; die jüngere Generation glaubt meist, demselben keinen grossen Werth mehr beilegen zu dürfen und sieht in selbstgefälliger Ueberschätzung des Werthes aller der diagnostischen Hilfsmittel, welche uns die neueren Fortschritte der Medicin bescheert haben, mit Verachtung auf die glücklichen Besitzer eines „praktischen Blicks“ herab. Vielleicht mit Unrecht! Unter „praktischem Blick“ verstehen wir die auf angeborener Anlage beruhende, durch gereifte Erfahrung entwickelte und gesteigerte Fähigkeit, in schwierigen, dunklen, verwickelten Krankheitsfällen auf der richtigen Spur zu bleiben, das Wesentliche zu erkennen oder zu ahnen, das Heilsame für den Kranken zu thun.

Natürlich wird der Besitzer des praktischen Blicks sich auch bei den „Augenblicksdiagnosen“ im Vortheil befinden gegenüber

dem, welchen die Natur in dieser Beziehung stiefmütterlich bedacht hat; aber der praktische Blick ist nicht gerade das, was bei der Augenblicksdiagnose am wichtigsten ist; er ist vielmehr von besonderem Werth in denjenigen Fällen, in welchen es sich nicht um diese raschen, nicht um ganz sichere Diagnosen handelt, wo es vielmehr nach eingehender Untersuchung, nach langem Ueberlegen nicht möglich ist, eine sichere Diagnose zu stellen; wo Zweifel zurückbleiben, aus welchen nur der richtige Tact des gereiften, vielerfahrenen Arztes den richtigen Ausweg findet.

Ich brauche kaum zu sagen, dass ich unter „Augenblicksdiagnosen“ auch nicht jene Schnell Diagnosen verstehe, welche nach oberflächlicher, flüchtiger Untersuchung leider recht oft gemacht werden, ohne deshalb richtig zu sein. Auch will ich gleich energisch betonen, dass es nur relativ wenige Krankheiten giebt, bei welchen in der That eine „Augenblicksdiagnose“ gestellt werden kann, wo auch die nachfolgende genauere Untersuchung der Diagnose nichts erhebliches hinzufügt. Niemand kann mehr davon überzeugt sein, als ich selbst, dass auch der raschesten Auffassung eines Krankheitsfalles stets eine strenge und kritische Untersuchung nachfolgen soll, um mögliche Irrthümer in der Diagnose auszumerzen.

In der ganzen Pathologie giebt es viele Krankheiten, bei welchen man sozusagen eine „Augenblicksdiagnose“ machen kann; bei den Hautkrankheiten, manchen Schleimhautleiden, aber auch bei manchen Erkrankungen innerer Organe liegt das ja auf der Hand; aber ich möchte darauf jetzt nicht eingehen, sondern mich auf die Nervenpathologie beschränken.

Auf dem grossen Gebiete der Nervenkrankheiten ist die Schnelle und Sicherheit der Diagnose eine ausserordentlich verschiedene: ein grosser Theil derselben ist nur sehr schwer, nach eingehender wiederholter, zeitraubender Untersuchung und oft erst nach längerer Beobachtung zu erkennen; andere dagegen sind sehr leicht und rasch, sozusagen auf den ersten Blick zu diagnosticiren.

Aber bei diesen letzteren ist doch wieder ein grosser Unterschied zu machen: es giebt da viele Krankheiten, wo freilich die Hauptstörung auf den ersten Blick leicht zu erkennen ist, ohne dass dann sofort schon die ganze Diagnose fertig wäre; um dieselbe zu einer erschöpfenden zu machen, muss oft noch recht eingehend untersucht werden, so z. B. bei vielen Lähmungen, Gesichtslähmung, Hemiplegie, bei Atrophieen, bei Ataxie, bei Krämpfen, Epilepsie, Hysterie u. s. w.; andere aber, wo man in der That mit einem Blick die ganze Diagnose machen kann, und dann nur noch weniger Controllfragen oder einer kurzen Untersuchung bedarf, um über die ganze Sachlage im klaren zu sein. Das sind eben diejenigen Krankheitsformen, für welche es einzelne pathognostische Symptome giebt.

Natürlich ist eine scharfe Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen nicht zu machen; von einer und derselben Krankheitsform kann es Fälle geben, die zur ersten, und andere, die zur zweiten Gruppe gehören; ich erinnere an die multiple Sklerose, die Tabes, gewisse Muskelatrophieen, die Hysterie u. s. w.

Aus der letzten Gruppe nun lassen Sie mich einige Krankheiten herausgreifen und genauer charakterisiren! Ich übergehe dabei altes und längst bekanntes, wie z. B. die Augenmuskellähmungen, die Facialis- und Bleiähmung, gewisse Neuralgien, verschiedene Krampfformen, Chorea minor, Hemiatrophia facialis, die Compressionsmyelitis und anderes.

Nur über eine der wichtigsten und häufigsten Nervenkrankheiten, die Tabes dorsalis, kann ich mir nicht versagen einige Worte einzuschalten, da merkwürdiger Weise das Leiden selbst

¹⁾ Vortrag, der für die Section für innere Medicin der 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte angemeldet war, aber wegen der für die grosse Zahl der angemeldeten Vorträge nicht ausreichenden Zeit nicht gehalten wurde.

heute noch nicht selten diagnostischen Irrthümern unterliegt, d. h. weniger da, wo es vorhanden, erkannt, als vielmehr da, wo es nicht vorhanden, fälschlich angenommen wird: so bei Leuten mit Myelitis, spastischer Paralyse, multipler Sclerose, selbst mit Muskelatrophien, Neuritis u. s. w. Die Tabes gehört heute zu den am leichtesten erkennbaren Krankheiten (einzelne unklare Fälle ausgenommen); sie ist häufig auf den ersten Blick zu erkennen: tritt der Kranke mit den ersten leichten Spuren von Ataxie in Gang und Haltung in's Zimmer, hören Sie von ihm Klagen über blitzähnliche Schmerzen, über Doppelsehen, Schwäche, Ermüdung und Paraesthesien der Beine, Blasen- und Geschlechtsschwäche, so genügt ein Blick auf seine Augen, die Myose und reflectorische Pupillenstarre zeigen, es genügt der Nachweis des Schwankens beim Augenschluss und das Fehlen der Patellarreflexe, um die Diagnose im Augenblick zu stellen (natürlich eine weitere, vervollständigende Untersuchung vorbehalten); wo Sie jedoch gesteigerte Sehnenreflexe, spastische Symptome, ausgesprochene Lähmung und Atrophie oder dergleichen finden, da ist in der Regel von Tabes keine Rede.

Und nun zu weiterem! Zunächst zu der Paralysis agitans oder Parkinson'schen Krankheit. Das ist ein Leiden, wobei man fast immer eine Augenblicksdiagnose stellen kann: die eigenthümlich gebückte, steife, leicht in die Knie gesunkene Haltung der Kranken, die charakteristische „Schreibstellung“ der Hände, der ernste starre Gesichtsausdruck, der schlürfende Gang, geben zusammen mit dem typischen, kleinwelligem, an gewisse Beschäftigungen (Spinnen, Pillendrehen oder dergl.) erinnernden Zittern ein höchst charakteristisches Bild. Selbst das Zittern zu sehen, ist nicht immer nöthig; es giebt genug Fälle, in welchen dasselbe zeitweise ganz fehlt oder selbst dauernd gar nicht vorhanden ist, und wo doch schon aus dem Gesichtsausdruck, der Haltung, dem Gang der Kranken die Diagnose sofort gestellt werden kann, ohne dass man auch nur eine Frage an die Kranken richtet. Ich habe davon sehr schlagende Beispiele gesehen. — Auch die genauere Untersuchung vermag bei den betroffenen — fast durchweg älteren — Personen in der Regel gar nichts weiteres, jedenfalls nichts für die Diagnose wesentliches (Muskelspannungen, etwas erhöhte Sehnenreflexe, Fehlen aller übrigen Symptome) hinzuzufügen.

Hier ist ein Kind, ein junger Arbeiter oder ein junges Mädchen: Sie hören, dass dieselben ab und zu von schmerzhaften Krämpfen in den Händen, vielleicht auch in den Füßen befallen werden, die längere Zeit in tonischer Form andauern, häufig wiederkehren, Wochen und Monate hindurch bestehen können; fahren Sie mit Ihren Fingerspitzen oder mit einem Bleistift, oder mit dem Stiel des Percussionshammers mit raschem Strich über das Gesicht senkrecht hinab von der Schläfe bis zum Unterkiefer: tritt dabei eine kurze, blitzähnliche Zuckung in dem ganzen getroffenen Facialisgebiet ein, so können Sie getrost Tetanie diagnosticiren! Sie werden diese Diagnose noch sicherer haben, wenn Sie einige Nervenstämmen der oberen Extremität beklopfen und aus den auftretenden lebhaften Zuckungen eine gesteigerte mechanische Erregbarkeit derselben erkennen; oder — wenn Sie eine galvanische Batterie zur Hand haben — werden Sie sofort nach einigen Schliessungen mit der Kathode am Nerven bei auffallend schwachen Strömen Kathodenschliessungstetanus, oder bei stärkeren Strömen Anodenöffnungstetanus erhalten, während die Muskeln selbst keine besondere Erregbarkeitssteigerung erkennen lassen. Sie haben damit im Augenblick eine vollkommen sichere Diagnose gestellt. Die genauere Untersuchung wird Ihnen vielleicht noch das bekannte Trousseau'sche Phänomen, sonst aber höchstens noch Thatsachen in Bezug auf Aetiologie, etwaige Complicationen u. dergl. enthüllen.

Hören Sie, ebenfalls bei einem jugendlichen Individuum, Klagen über eine gewisse Schwäche und Steifheit der Bewegungen, Erschwerung derselben besonders im Beginn, manchmal plötzliches Hinstürzen bei einem Schreck oder bei unerwartetem Anstossen mit dem Fuss, so lassen Sie sich von dem Kranken kräftig die Hand drücken — er wird die Ihrige nicht sofort wieder loslassen können, seine Hand wird einige Zeit in einer nur langsam zu überwindenden steifen Stellung stehen bleiben. Dann klopfen Sie ihm mit dem Percussionshammer auf den entblößten Msc. deltoideus, oder auf die kleinen Handmuskeln, den Biceps brachii oder Vastus internus oder Gastrocnemius — es wird überall eine energische, träge, viele Secunden lang nachdauernde Contraction (Dellen- und Furchenbildung) entstehen: das ist die Thomsen'sche Krankheit, die Myotonia congenita. Vervollständigen Sie das Bild durch die faradische und galvanische Untersuchung: die Nerven zeigen normale Erregbarkeit, aber die Muskeln eine gesteigerte und qualitativ veränderte, träge, tonische Contraction bei Reizung mit gewöhnlichen faradischen Strömen oder unter jedem Pole des galvanischen Stroms bei der Schliessung, mit exquisiten Dellen-, Furchen- oder Wulstbildung an dem betroffenen Muskel und besonders mit langer Nachdauer der Contraction — das ist die typische, pathognostische „myotonische Reaction“ (MyR). Ausser dieser und der myotonischen

Bewegungsstörung werden Sie an den Kranken absolut nichts finden, als höchstens eine athletische Muskulatur, die in einem schreienden Gegensatz zu ihrer zeitweiligen motorischen Hülfslosigkeit steht.

Nicht minder leicht haben Sie es gewöhnlich mit der Basedow'schen Krankheit: die bekannte Symptomentrias — Exophthalmus, pulsirende Struma und Herzpalpitationen — ist so charakteristisch, dass das Leiden daran sofort erkannt werden kann. Aber es giebt auch Fälle, die nicht so offen daliegen, wo der Exophthalmus fehlt, die Struma schwach entwickelt ist u. s. w.: hier werden Sie aus der Herzpalpitation, den Pulsfrequenzen bis 120, 160 und darüber ohne greifbare Herzveränderungen, der Auscultation der pulsirenden Struma, weiterhin aber noch aus dem grossen Schwächegefühl, dem Zittern und der Gliederunruhe, der Neigung zu Schweissen, Schwindel, Schlaflosigkeit etc. und — wenn Sie die nöthigen Hülfsmittel zur Untersuchung besitzen — aus dem verminderten elektrischen Leitungswiderstand der Haut auch diese unvollständigen „unentwickelten“ Formen der Basedow'schen Krankheit erkennen können.

Wird Ihnen ein Kind zugeführt, das angeblich nicht recht gehen kann, zunehmend schwächer wird, leicht hinfällt und sich nur mühsam vom Boden wieder aufrichtet, schwer Treppen steigt, so lassen Sie es entkleiden und sehen es genauer an: es hat einen eigenthümlich watschelnden „steigenden“ Gang, eine auffallende Lordose der Lendengegend, wenn Sie es auf den Boden setzen, so erhebt es sich nur schwer und nur so, dass es in der bekannten Weise an den eigenen Beinen „emporklettert.“ Sie sehen, dass es auffallend dünne Oberschenkel und relativ voluminöse Waden, dass es dünne Oberarme bei relativ gut genährten Deltoideus und Vorderarmen hat, dass die Schulterblätter abnorme Stellungen zeigen, absteigen, herabgesunken sind; versuchen Sie, das Kind unter den Armen in die Höhe zu heben, sofort steigen die Schultern bis zu den Ohren empor, der Kopf sinkt ganz zwischen die Schultern, und Sie haben Mühe, das Kind auf diese Weise zu heben, was bei gesunden Kindern doch so leicht gelingt; es hat die Fähigkeit verloren, die Schultern nach unten zu fixiren: das ist die Dystrophia muscularis progressiva. Sie können das so rasch gewonnene Bild leicht präcisiren und vervollständigen durch den Nachweis der Lähmung und Atrophie gewisser Muskeln (der Pectorales, Latissimi, Serrati, der Vorderarmbeuger incl. Supinat. long., der Lendenstrecker, der Glutaei und Quadriceps etc.), der wahren oder falschen Hypertrophie anderer Muskeln (Deltoidei, Infraspinati, Waden), durch den Nachweis des Freiblebens der kleinen Handmuskeln, des Fehlens fibrillärer Contractionen, der schwachen Sehnenreflexe, der einfach herabgesetzten faradischen Erregbarkeit. — Weiterhin können auch die einzelnen Formen dieser Krankheit meist auf den ersten Blick erkannt werden: die pseudohypertrophische Form an der mächtigen Volumzunahme der motorisch ganz schwachen Muskeln; die juvenile an dem schwereren Befallensein der oberen Körperhälfte, dem Vorwiegen der Atrophie und an der relativ späteren Entwicklung des Leidens, die infantile (Duchenne) endlich an der frühzeitigen Betheiligung des Gesichts.

Ein ganz anderes, aber ebenfalls meist im Augenblick voll und scharf zu erfassendes Krankheitsbild bietet die spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta), die auch noch sehr häufig irrtümlichen Diagnosen unterliegt. Sie haben ein Kind vor sich, bei welchem eine oder mehrere Extremitäten eine vollständig schlaffe atrophische Lähmung zeigen, wo aber einzelne Muskeln oder Muskelgruppen in auffallender Weise frei sind, wo sich Deformitäten entwickeln u. s. w. Sie hören, dass die Sphincteren frei sind, dass die Sache ganz acut entstanden ist, Sie überzeugen sich rasch durch Kitzeln oder leichtes Kneifen der Haut, dass die Sensibilität nicht erheblich gestört ist, Sie weisen sofort das Fehlen der Sehnenreflexe in den gelähmten Muskelgebieten nach, und Sie werden die Diagnose dann sicher haben und sie höchstens noch durch den Nachweis der Entartungsreaction completiren können.

Von anderen Krankheiten, die häufig, wenn auch nicht immer, augenblicklich erkannt werden können, will ich nicht eingehender sprechen, da ich damit nur Bekanntes wiederholen müsste; ich erinnere nur an die multiple Sclerose, die in einer Reihe von Fällen rasch und leicht erkannt werden kann an dem Intentionzittern der Hände, an dem Schütteln des ganzen Körpers beim Erheben vom Sitzen und beim Gehen, an der scandirenden Sprache, dem Nystagmus, der spastischen Parese der Beine und an den anamnesticen Angaben über Kopfschmerz, Schwindel, Blasen- schwäche, Paraesthesien etc.,

an die progressive Bulbärparalyse mit ihrer typischen articulatorischen Sprachstörung, der näselnden Stimme, den dünnen schwerbeweglichen Lippen, der Unfähigkeit, die atrophische, von fibrillären Zuckungen beständig bewegte Zunge hervorstrecken, mit ihrer Erschwerung des Kauens und Schluckens, der Areflexie des Rachens u. s. w.,

an die ihr nahe verwandte amyotrophische Lateralscle-

rose, bei welcher die Combination von atrophischer Parese bei lebhaften Sehnenreflexen an den oberen Extremitäten, mit spastischer Parese der unteren, und endlich mit beginnender progressiver Bulbärparalyse ein so charakteristisches Bild giebt, dass es nur einer kurzen Prüfung der Sensibilität, der trophischen Hautverhältnisse u. s. w. bedarf, um die manchmal sehr ähnlich aussehenden Krankheitsformen anderer Art (Syringomyelie, Tumoren am Halsmark, Pachymeningitis cervical. hypertroph.) mit Sicherheit auszuschliessen;

und endlich, um dies Gebiet nur ganz flüchtig zu streifen, will ich noch an die in ihren Anfängen leider noch so häufig verkannte Dementia paralytica erinnern. Wie oft ist es hier möglich, das unheilbare Leiden an den Kranken zu erkennen, die kaum das Zimmer des Arztes betreten haben: an der paralytischen Sprachstörung (Silbenstolpern, Zittern der Lippen und der Zunge etc.), an der Pupillendifferenz, am Zittern der Hände, an der überraschenden Euphorie, welche die Kranken zur Schau tragen, selbst wenn sie nicht deutlichen Grössenwahn haben! Aber in allen diesen letztgenannten Fällen ist es doch immer gerathen, der „Augenblicksdiagnose“ eine genauere Untersuchung auf dem Fusse folgen zu lassen, da nicht selten trügerische Krankheitsbilder zur Beobachtung kommen.

Und so lassen Sie mich diese kurzen Andeutungen schliessen, die — ohne dem Specialisten irgend etwas neues zu bringen — doch manchem unter Ihnen vielleicht erwünschte Anhaltspunkte für die Erkennung seltener und erst in neuester Zeit genauer gewürdigter Krankheitsbilder gegeben haben, die doch auch gelegentlich von praktischer Wichtigkeit sind.