III. Zur Casuistik der Nervendehnung.

Nach einem Vortrag mit Krankenvorstellung im Allgemeinen ärztlichen Verein zu Köln.

Von

Dr. B. Auerbach.

Während die Discussion über den Einfluss der Nervendehnung bei bereits zu supponirenden Degenerationszuständen im Rückenmark, also besonders bei Tabes noch in lebhaftem Flusse begriffen ist, und die neuesten Veröffentlichungen (Leyden, Riess, Weiss und Mikulicz) keine sehr günstigen Aussichten für die Operation in diesen Fällen eröffnen, auch wegen der Gefahr eines von der Dehnung abhängigen lethalen Ausganges bei centralen Affectionen (Weiss und Mikulicz, Benedict) zur Vorsicht mahnen, scheint sich die Dehnung in der Therapie vieler functioneller Neurosen (Neuralgien, Spasmen, Reflexepilepsie) schon ihren Platz erobert zu haben. Von vornherein liegt auch der Gedanke nahe, dass, wenn wir mit reizenden Einreibungen, Vesicatoren, Electricität eine revulsive Wirkung auf die Nerven zu erlangen glauben und auch erlangen, wir in der Dehnung noch ein ganz anderes Mittel haben, den Ernährungs- und Molecularzustand im Nerven „unzustimmen“. In diesem Sinne ist auch ein Einfluss der Dehnung auf die Centren wahrscheinlich. Dafür sprechen physiologische Experimente (Brown-Séquard), sowie die klinische Erfahrung, dass periphere Nervenläsionen schwere Erscheinungen von Seiten der Centren bedingen können. Diese theoretischen Erwägungen gewinnen auch an den bisherigen Beobachtungen hinreichende Stütze. Ich verweise nur auf eine Zusammenstellung Chauvel's (Arch. génér. de Médic., 1881, Juni und Juli) wonach von 52 Fällen von Neuralgien, 30 complet geheilt, 12 bedeutend gebessert, 10 nicht gebessert worden sind. Diese Zahlen zu Gunsten der Operation Hessen sich aus der Literatur noch bedeutend vermehren.

Zur erschöpfenden Aufstellung der Indicationen auf dem Gebiete der functionellen Neurosen fehlt es jedoch noch an hinreichendem Material, und, bei dem Mangel einer befriedigenden Theorie der Dehnung, von der wir, wie von einer solchen der functionellen Nervenstörungen noch sehr weit entfernt sind, wenn wir uns nicht mit Ausdrücken wie „veränderter Erregungszustand, Molecularverschiebung“ etc. genügen lassen wollen, wird auch in Zukunft die Operation noch oft als blosser Versuch vorgenommen werden müssen, ohne dass ein Urtheil über den zu erwartenden Erfolg vorher abgegeben werden kann. Freilich ist ein solcher Versuch der meist unheilbaren Natur dieser Neurosen gegenüber und bei der rel. Ungefährlichkeit der Dehnung in diesen Fällen wohl gerechtfertigt. Nothwendig ist aber auch unter solchen Umständen eine frühzeitige gewissenhafte Mittheilung der erzielten Resultate.

Nach den bisherigen Sectionsergebnissen bei Paralysis agitans, wonach theils Affectionen in den verschiedensten Theilen des Hirns und Rückenmarks, theils gar keine wesentliche Veränderungen gefunden wurden und dazu gehören u. A. auch 3 Fälle Charcot's, ist die functionelle Natur dieser Krankheit für viele Fälle wenigstens sehr wahrscheinlich. Auch die häufige Entstehung des Leidens im directen Anschluss an eine heftige Gemüthsregung (Oppolzer, Charcot etc.) spricht zu Gunsten dieser Annahme.

Bei dem gleich zu besprechenden Fall, der in dem, unter der Leitung des Herrn Collegen Dr. Feith stehenden hiesigen israelitischen Krankenhause beobachtet wurde und dessen Mittheilung mir dieser überlassen hat, zeigt sich auch diese Aetiologie.

Die Fanny Kaufmann aus Mayen, 40 Jahre alt, ledig, aus gesunder Familie stammend (ihre 9 Geschwister sind gesund) und früher niemals krank, war im April 1880 bei einer Frau im Zimmer, als deren Mann, ein bekannter Raufbold, der mit dieser in Unfrieden lebte und der an diesem Tage wegen Schlägerei verurtheilt worden war, herein stürzte, lautlos die Thür verriegelte, mit geballten Fäusten auf seine Frau losstürzte und sie zu Boden warf. Die K., in Furcht, auch angegriffen zu werden, erschrak gewaltig und konnte wegen plötzlich eingetretener Schwäche nur mühsam kurz darauf die Treppe heruntorgelangen. Am folgenden Tage trat zu der allgemeinen Schwäche Kopfschmerz. Sie musste in ein Krankenhaus aufgenommen werden und hier trat 8 bis 10 Tage nach obigem Vorfall Zittern im rechten Arm ein, das immer heftiger wurde, so dass die Kranke den Arm in einem Tuche tragen musste. Mit dem Zittern stellten sich dumpfe Schmerzen, von Ellbogen zur Schulter ziehend, ein und die Stärke der Armes nahm ab. Nach

wenigen Monaten wurde auch der linke Arm von Schmerzen und motorischer Schwäche befallen, die seitdem bis zu ihrer Hierherkunft, im August d. J., stetig zunahm. In den letzten Wochen hatten sich auch dumpfe Schmerzen im l. Unterschenkel gemeldet.

Vielfache therapeutische Versuche, auch die Anwendung der Electricität hatten an dem Zustand nichts geändert.

Bei ihrer Aufnahme wurde folgender Status aufgenommen: Gut genährte kleine Person. Pupillen gleich, mittelweit, auf Lichteinfall und accommodativen Impuls von guter Reaction. Sprache correct, geläufig, Am r. Unterarm erfolgen in raschem Tempo Oscillationen (ca. 120 in der Minute) im Sinne schwacher Pro- und Supination in Form von Quirlbewegungen. Der Oberarm sowie die Finger sind nicht selbstständig am Zittern betheiligt. Bei Unterstützung des Arms ändert sich der Tremor nicht, hört aber auf bei ausgestreckter vollkommen supinirter Hand, und tritt bei Pronation sofort wieder ein. Auch bei Bewegung der Finger lässt er nach, aber nicht bei Festhalten von Gegenständen. Der Händedruck ist beiderseits gleichmässig sehr wenig ausgeübt. Ein dickes Buch kann die Kranke nicht halten, auch keinen Stuhl mit den Händen wegrücken. Diese Anstrengungen sind von Schmerzen in den Oberarmen begleitet. Bei Gemüthsregung nimmt das Zittern zu, im Schlafe hört es auf. Keine Rigidität bei activen und passiven Bewegungen. Ernährung der Arme beiderseits gleich. Copiose Schweisse.

Die Aetiologie und der Symptomencomplex, der Beginn des charakteristischen Zitterns in einem Arm, die motorische Schwäche, die paralytischen Sensationen, die copiosen Schweisse, die progrediente Natur des Leidens, das Fehlen jeden anamnestic Momentes für einen Intoxicationstremor und jeder Andeutung von Hysterie liessen keine andere Diagnose als Paralysis agitans zu.

Anfangs September wurde der r. Medianus und Ulnaris unmittelbar unter der Achselhöhle kräftig peripher und central gedehnt. Vom Radialis wurde abgesehen, weil bei Supination, also der Thätigkeit der, von demselben versorgten Muskeln das Zittern ohnedies sistirte. Unter fieberlosem Verlauf war die Wunde in 6 Tagen verheilt. Das Zittern hörte während der Narcose auf und kehrte nachher nicht wieder. Ein pelziges Gefühl am Unterarm und eine objectiv nachweisbare Sensibilitätsabnahme an den vom Medianus versorgten Fingerspitzen schwand nach wenigen Tagen. Die früher bestandenen dumpfen Schmerzen in beiden Oberarmen hörten am 2. Tage p. oper. auf. Dagegen stellten sich 5 Tage nach der Operation heftig reissende Schmerzen, vom Oberarm zur Hand ziehend, ein, die erst nach 7 Tagen schwanden. Derartige Schmerzen, wohl auf neuritischer Reizung beruhend, werden von den meisten Autoren nach Dehnung erwähnt. Die motorische Kraft nahm bald nach der Operation zu und zwar im linken nicht gedehnten Arm früher und stärker als im rechten.

Jetzt, 11 Wochen nach der Operation, hat der l. Arm wieder die normale dem Alter der Patientin entsprechende Stärke, und auch der rechte hat sich soweit gebessert, dass sich die K. wieder den häuslichen Beschäftigungen widmen kann. Ein leichtes Zittern im rechten Arm macht sich zeitweise, besonders bei starken Gemüthsregungen noch bemerklich, jedoch in weit geringerem Maasse als früher und kann überdies durch Spreizen der Finger oder Auflegen des Armes sofort unterdrückt werden, so dass es kaum als Belästigung verspürt wird. Schmerzen in den Armen haben sich nicht wiederholt und das Allgemeinbefinden ist gut¹⁾.

Wenn somit auch jetzt von einer vollständigen Heilung noch nicht gesprochen werden darf, so ist doch der Erfolg der Dehnung ein sehr zufriedenstellender. Bei dem einzigen mir bekannten Fall von Dehnung bei Paralysis agitans auf der Westphal'schen Klinik im Jahre 1878 (Charité Annalen IV S. 417) war kein günstiger Erfolg zu verzeichnen. Der 58jährige Mann war $\frac{1}{2}$ Jahr nach einer Verbrennung des l. Armes von Zittern und motorischer Schwäche in diesem befallen. 1 Jahr nachher wurde die Dehnung des Medianus, Ulnaris und Radialis gemacht. 3 Stunden nach der Operation trat das Zittern wieder auf, und nach 3 Tagen wurde es allmählig geringer, um dann bei ruhiger Lage des Armes 7 Tage fast vollkommen aufzuhören. Dann stellte es sich nach einer, wegen Schweisse vorgenommenen Atropininjection in den kranken Arm wieder in alter Stärke her.

Ein gewisser Einfluss ist auch hier, wo vielleicht nicht mit genügender Kraft gedehnt wurde, nicht zu verkennen.

Jedenfalls erscheinen nach unserem günstigen Resultat weitere Versuche, diesen unglücklichen Kranken auf operativem Wege Hülfe zu bringen, die vorerst freilich nur in möglichst frühen Stadien des Leidens vorzunehmen wären, gerechtfertigt. (Bei der vor Kurzem hier demonstirten hoch entwickelten Paralysis agitans posthemiplegica können wir uns deshalb, und weil hier eine centrale anatomische Affection zu Grunde liegen wird, zur Dehnung nicht entschliessen.)

Nach dem Ausfall dieser Versuche und nach weiteren Erfahrungen

¹⁾ Nachtrag: Jetzt, Anfangs Januar, ist die K. bis auf eine noch fortbestehende geringe Schwäche des r. Armes, vollkommen gesund. Zittern hat sich seit Wochen nicht mehr gezeigt.

über die Dauer der Heilung werden wir dann ein Urtheil gewinnen, ob wir in der Nervendehnung das segensreiche Mittel gefunden haben gegen ein Leiden, dessen Prognose bisher für absolut ungünstig galt, von dem Eulenburg bemerkt, dass die Fälle, in denen Heilung oder Besserung stattgefunden haben, als diagnostisch zweifelhaft angesehen werden müssten, und in Betreff dessen Charcot erklärt, dass es bis heute keine Substanz, keine Verordnungsweise gebe, die sich rühmen dürfte, ganz abgesehen von Heilung, nur eine wirkliche Besserung in einem sicher constatirten Fall herbeigeführt zu haben. In solchen Aussprüchen aber lesen wir zugleich eine Warnung vor allzuraschem Urtheil.