einer Myalgie der Nacken- und Kopfmuskeln leiden. Wir sehen immer wieder, daß mit Beseitigung dieser Myalgien die Kopfschmerzen verschwinden. Noch ein ähnliches Krankheitsbild konnte ich in den letzten Jahren öfters beobachten. Es kamen häufig Kranke zu mir, die über Schmerzen klagten, die von der Schulter bis zu den Fingerspitzen ausstrahlten. Bei diesen Fällen, die ich als ausstrahlende Schulterschmerzen beschrieben habe¹⁾, findet sich am häufigsten eine Druckschmerzhaftigkeit an der Stelle, wo sich die Sehne des Pectoralis major am Humerus ansetzt, seltener an der langen Bicepssehne, der Insertion des Deltoideus und gelegentlich auch des Latissimus dorsi am Humerus. Auch hier schwanden die ausstrahlenden Schmerzen, nachdem ausschließlich die erwähnten Schmerzpunkte behandelt und beseitigt waren.

Ich habe mir deshalb gesagt, daß es auch bei der Ischias sich empfehlen dürfte, den Psoas bei der Behandlung besonders in Angriff zu nehmen. Ich tue das nach vorhergehendem Sandbad durch Massage des Muskels im körperwarmen Bade und mache außerdem Injektionen von Novokain in den Psoas in etwa 5 tägigen Intervallen.

Über eine größere Anzahl so behandelter Fälle hat kürzlich einer meiner Assistenten, Herr Dr. Steiger, in einer Dissertation berichtet²⁾.

19. Herr G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M.:

Prognostische Richtlinien bei isolierten syphiligen Pupillenstörungen.

Vortragender berichtet über das Ergebnis mehr als 10 jähriger Studien unter einheitlichen Gesichtspunkten an 107 Kranken mit isolierten syphiligen Pupillenstörungen, Kranken, bei denen jede andere Ätiologie als die der Syphilis für die beobachtete Pupillen-anomalie mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte.

Die Pupillenstörungen betrafen Anomalien der Größe, der Rundung, der Licht- und Konvergenzreaktion in allen nur denkbaren ein- bzw. doppelseitigen Kombinationen.

1) Über ausstrahlende Schulterschmerzen. Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 11.

2) Dr. Steiger, Bedeutung der Myalgie für die Entstehung der Ischias. Inaug. Diss. Bonn 1918.

Von den 107 Kranken konnten insgesamt 65, d. h. also nahezu zwei Drittel aller Fälle, 1—9 Jahre verfolgt werden, fast die Hälfte aller Kranken wurde nach mehr als 3 Jahren nachuntersucht.

Es stellte sich alsbald heraus, daß die Art der Pupillenstörung keinerlei Hinweis gibt, wie sich das fernere Schicksal der Kranken gestaltet. Die Nachuntersuchungen zeigten in einwandfreier Weise, daß man lediglich auf Grund des Liquorbefundes in Stand gesetzt wird, prognostische Schlüsse zu ziehen.

So kam Vortragender zu der Einteilung in primär liquorpositive (66 %) und in primär liquornegative Gruppen (34 %). Die Serumreaktion für sich allein ist in prognostischer Hinsicht nicht verwertbar, da von den liquorpositiven etwa $\frac{1}{3}$ negative Wa.R. im Blut, von den liquornegativen etwa $\frac{1}{3}$ positiv Wa.R. im Blut aufwiesen.

Von den nachuntersuchten liquorpositiven Kranken waren zur Zeit der Nachuntersuchung 26 progredient (die Mehrzahl dieser Patienten erkrankte bzw. ging zugrunde an Paralyse und Tabes). 13 waren bisher stationär. Von den 19 nachuntersuchten liquornegativen Patienten blieben alle unverändert (mit Ausnahme eines klinisch ungeklärten Falles). Während bei Zunahme der Beobachtungsdauer die Zahl der Erkrankten der liquorpositiven Gruppe immer mehr zunahm, blieben die liquornegativen Kranken in der gleichen Zeitspanne unverändert.

So gelangt Dreyfus zu der Überzeugung, daß je nach dem Ausfall der Liquoruntersuchung (wobei allerdings vorausgesetzt wird, daß solche Patienten seit Jahren nicht behandelt worden sind — daher die Bezeichnung primär liquorpositiv und primär liquornegativ) einschlägige Kranke prognostisch grundsätzlich verschieden zu bewerten sind:

Primär liquorpositive Kranke mit isolierten syphiligen Pupillenstörungen leiden an aktiver mehr oder weniger rasch progredienter Hirnsyphilis. Über ihnen schwebt ein Damoklesschwert, sie bedürfen chronisch intermittierender Behandlung.

Bei primär liquornegativen einschlägigen Kranken ist mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die Hirnlues zum Stillstand gekommen. Sind sie seronegativ, so bedürfen sie keiner Behandlung.

(Der Vortrag erschien im Herbst 1921 mit allen Belegen und den detaillierten Untersuchungsergebnissen im Verlag von Gustav Fischer,

Jena, unter dem Titel „Isolierte Pupillenstörung und Liquor cerebrospinalis“; ein Beitrag zur Pathologie der Lues des Nervensystems. Eine kürzere Zusammenfassung des Vortrages ist in der „Medizinischen Klinik“ veröffentlicht. Dep. 1921.)

Aussprache:

Herr M. Nonne-Hamburg: Nach Erfahrungen an 29 seit 10 Jahren kontrollierten Fällen ergibt sich: 1. Isolierte Pupillenstörungen können isoliert bleiben oder Frühsymptome eines syphiligen Nervenleidens sein. 2. Die Kontrolle des Liquors zeigt: a) Negativer Liquor zeigt, daß es sich bei den Pupillenanomalien um ausgeheilte oder rudimentär gebliebene Prozesse handelt. b) Positiver Liquor kann Vorboten eines syphiligen Nervenleidens sein, muß es aber nicht. In unserem Material mit positivem Liquor stehen 6 stationär gebliebenen Fällen nur 4 progredient gewordene gegenüber.

Herr G. L. Dreyfus (Schlußwort): Meine Anschauungen weichen in dem einen mir sehr wesentlichen Punkte von denen Nonnes ab, daß liquorpositive Kranke mit isolierten Pupillenstörungen bezüglich ihres Schicksals doch erheblich pessimistischer zu beurteilen sind, als Nonne annimmt. Ich nahm das bereits in meiner im Jahre 1912 (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30/31) erschienenen Arbeit an. Meine späteren Erfahrungen bestätigten das.

Man wird beim Studium der Tabellen in meiner Monographie (Jena, Gustav Fischer 1921) sehen, daß das Schicksal der primär liquorpositiven sich mit jedem Jahr längerer Beobachtung verschlechtert.

Ich bin überzeugt, daß wenn Nonne einschlägige Kranke ebenso lange verfolgt wie ich die meinen, sein Material zahlenmäßig dem meinen sich nähern wird und er seine Anschauungen in meinem Sinne wird revidieren müssen.

Ich beobachtete erst kürzlich einen primär liquorpositiven Kranken ohne ursprünglich neurologischen Befund, bei welchem nach 12 Jahren sich eine Taboparalyse entwickelte, selbstverständlich bei auch weiterhin schwer pathologischem Liquor.

Andererseits kann ich mich der pessimistischen Betrachtungsweise Nonnes bezüglich des Erfolges bzw. Mißerfolges der Behandlung nicht anschließen.

Einschlägige jahrelang immer wieder mit Salvarsan oder kombiniert behandelte Fälle lehrten mich, daß die gut und konsequent mit kurzen Intervallen chronisch intermittierend Behandelten in der großen Mehrzahl stationär bleiben. Allerdings muß ich zugeben, daß eine ungenügende und verzettelte Behandlung geradezu provozierend auf die Neuroles zu wirken vermag. Ich habe in früheren Arbeiten nun wieder betont, daß keine Behandlung bei der Neuroles einer verzettelten vorzuziehen ist.