Zur Symptomatologie der Kopfschmerzen.

Von Dr. G. Hirsch, Augenarzt in Halberstadt.

Mit Unrecht wird gegen die Spezialärzte der Vorwurf der Einseitigkeit oder gar der handwerksmässigen Ausübung ihres Spezialfaches erhoben; je mehr sich der Spezialarzt in sein Fach vertieft, um so häufiger tritt ihm dessen Zusammenhang mit der gesamten übrigen Heilkunde vor Augen. Andererseits bewirkt die Arbeitsteilung auch auf dem Gebiete der Heilkunde eine Erhöhung der Leistungsfähigkeit, sodass es sich nicht leugnen lässt, dass zuweilen der Spezialarzt rasch und sicher eine Diagnose zu stellen und den Patienten mit einem Schlage von seinen Beschwerden zu befreien vermag, wo auch der erfahrene allgemeine Arzt nicht zum Ziele kommt.

Ich will hier als Stütze meiner Behauptung das Kapitel jener Art von Kopfschmerzen behandeln, welche mit gewissen Augenstörungen, nämlich mit Fehlern der Refraktion und Akkommodation zusammenhängen sowie im Verlaufe des Glaukoms auftreten. Da die exakte Diagnose der Fehler der Refraktion und Akkommodation nur dem möglich ist, welcher sich ständig und eingehend mit Augenuntersuchungen befasst, ja, man kann behaupten, eines der schwierigsten Kapitel der Augenheilkunde darstellt, so wird es dem praktischen Arzt allerdings immer nur möglich sein, die Grundzüge dieses Themas zu beherrschen und gegebenen Falls die Mithilfe des Augenarztes in Anspruch zu nehmen.

Von den Brechungsfehlern des Auges giebt am häufigsten die Hyperopie (Uebersichtigkeit) Veranlassung zu Kopfschmerzen. Der Mechanismus ist dabei folgender: Um deutlich zu sehen, muss das übersichtige Auge seinen Akkommodationsmuskel dauernd anspannen, und zwar um so stärker, je näher ihm der betrachtete Gegenstand liegt, also am stärksten beim Lesen, Schreiben, Nähen u. dergl. Nach Kontraktion des ringförmigen Ciliarmuskels nimmt die Dicke der elastischen Linse auf Kosten ihres meridionalen Durchmessers zu, korrigiert auf diese Weise den Brechungsfehler und trägt zum Zustandekommen eines deutlichen Bildes bei.

Handelt es sich nun um jugendliche und kräftige Individuen, so wird ein mässiger Grad von Uebersichtigkeit bei Beschäftigung mit groben Arbeiten im allgemeinen ohne Beschwerden ertragen. Wird aber der Akkommodationsmuskel stundenlang bei gewerblicher Beschäftigung oder häuslichen Handarbeiten contrahiert, so bewirkt die Ueberanstrengung Schmerzen in den zugehörigen sensiblen Nerven des ersten Astes des Trigeminus, dem Nervus supraorbitalis und Nervus frontalis, also in der Stirngegend, allmählich verbreiten sich die Kopfschmerzen durch Anastomosen zwischen Nervus frontalis und Nervus occipitalis magnus bis in den Hinterkopf, ja zuweilen sogar bis in die Schultergegend. Ausserdem tritt bald eine Erschlaffung des angespannten Akkommodationsmuskels und damit „Verschwommenheit“ der Schrift oder Näharbeit ein, bis der Muskel nach einer Ruhepause wieder für einige Zeit zu funktionieren vermag.

Ein ganz geringer Grad von Hyperopie, welcher in gesunden Tagen ohne Beschwerden überwunden wird, ja sogar der emmetropische (normalsichtige) Zustand der Augen giebt ferner zu den genannten Störungen Anlass, sobald eine allgemeine Schwächung den Körper betroffen hat. (Auch tritt bei dieser Gelegenheit die Presbyopie schneller in die Erscheinung, die Abnahme der Fähigkeit, die Linse zum Nahesehen einzustellen.) So beobachtet man Akkommodationschwäche und deren Folgen in der Pubertätszeit bei beiden Geschlechtern, ferner nach Entbindungen, häufig während langer Laktation, nach schweren Krankheiten, im Verlaufe der Zuckerkrankheit, nach vielen durchwachten Nächten, Aufregungen u. s. w. Der Patient hat sich häufig von der Schwächung seines Körpers anscheinend erholt, klagt aber über Kopfschmerzen, die sich während oder nach der Arbeit, oft erst am folgenden Morgen, einstellen.

So einfach die eben zitierte Thatsache der „Asthenopia accommodativa“ erscheint, so wird doch tagtäglich gegen die Diagnose gefehlt: Die Patienten wollen von „schwachen Augen“ nichts wissen, da sie doch immer „gesunde Augen“ gehabt haben, und sehen ihre Beschwerden als „Migräne“, „Kopfkrämpfe“, „Reissen“, „Fluss“ u. dgl. an oder schreiben sie dem Aufenthalt im Zimmer oder dem Staub bei der Arbeit zu, weil im Freien (wo die Akkommodationsanstrengung aufhört) die Schmerzen verschwinden. Der Haus- oder Kassenarzt aber

kennt leider häufig diesen Symptomenkomplex nicht und verabsäumt deshalb die Vornahme einer Sehprüfung. Wie häufig erlebt man, dass solche Patienten Antipyrin, Migränin und andere Nervina erhalten, mit Elektrizität und Bädern behandelt werden, während hier das „Naturheilverfahren“ einzig und allein in einer Convexbrille besteht, welche alle Beschwerden beseitigt. Gewiss ist oft auch eine roborierende Diät angezeigt, jedenfalls muss aber zunächst eine Correktion der manifest gewordenen Hypermetropie ohne Säumen vorgenommen werden.

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei hyperopischem Astigmatismus, nur dass hier die in Kopfschmerzen und Schwindel bestehenden Symptome schon dann auftreten, wenn nicht beständig sorgfältig bestimmte corrigierende Gläser getragen werden. Wieviel Schaden hier die von unerfahrener Hand vorgenommene Brillenbestimmung stiften kann, zeigt folgendes Beispiel:

Fall 1. Am 1. September 1900 kommt der 18jährige Schreiber M. aus O. in meine Sprechstunde. Er erhielt vor vier Jahren eine Brille — 5,0 D von dem (inzwischen verstorbenen) Sanitätsrath Dr. B. in O., mittels Optometers bestimmt. Die Brille wurde während der letzten 2½ Jahre zum Schreiben und Lesen ständig benutzt. Im Mai 1900 fiel Patient plötzlich bewusstlos um (epileptischer Anfall) und schlief zwei Stunden, der hinzugerufene Arzt verordnete Bromkali. Seitdem litt nun M. beständig an Kopfschmerzen, die Anfälle wiederholten sich alle 6–8 Wochen. Patient kommt nun auf eigene Faust wegen einer neuen Brille.

Eine Sehprüfung ergibt zunächst rechts mit — 2,0 cyl, links mit — 2,5 cyl fast volle Sehschärfe; erst nachdem Patient in meiner Klinik mehrere Tage atropinisirt worden, ist rechts mit + 3,5 cyl, links mit + 2,5 cyl fast volle Sehschärfe vorhanden, und M. ist mit dieser Brille dauernd von seinen Kopfschmerzen befreit, nicht so von seinen Anfällen, von deren wahrer epileptischer Natur ich mich in der Klinik überzeugte und welche (beobachtet bis Februar 1902) alle 6–8 Wochen wiederkehrten.

Da ich bei genauester Erkundigung weder unter den Angehörigen und Verwandten des Patienten Epilepsie oder sonstige nervöse Belastung, noch bei M. selbst Sturz, Kopfverletzung oder frühere rudimentäre Anfälle nachweisen konnte, so muss ich die stattgehabte kolossale Akkommodationsüberanstrengung (beim Schreiben circa 12 D) als Ursache der „epileptischen Veränderung“ oder zum mindesten als erstes auslösendes Moment ansehen.) Versucht ein jugendlicher Normalsichtiger mit — 8,0 D zu lesen, so stellt sich nach wenigen Augenblicken so heftiger Schwindel ein, dass jener sich nicht aufrecht halten kann.

In die Rubrik der von Unkundigen bestimmten Brillen gehört auch folgender

Fall 2. Kaufmann von 42 Jahren, vom Hausarzt zu mir geschickt wegen Schwindelanfällen, welche vergehen, wenn Patient sich mit geschlossenen Augen aufs Sopha legt. Trägt seit 22 (!) Jahren Brille — 2,5 beständig, seiner Zeit vom Optiker bestimmt. Sehprüfung ergibt ohne weiteres einen mässigen hyperopischen Astigmatismus. Die mit den Jahren schwieriger gewordene Accommodation hatte die Beschwerden verursacht, welche durch entsprechende Verordnung sofort verschwanden.

Diese Beispiele, welche wohl jeder beschäftigte Augenarzt beliebig vermehren könnte, dürften zur Genüge zeigen, dass es nicht angängig ist, die Brillenbestimmung dem Optiker zu überlassen, wie es seitens mancher Kassenärzte besonders in den kleinen Orten geschieht, wo ich es sogar erlebt habe, dass ein Ladenmädchen, welches bei der Näharbeit asthenopische Beschwerden hatte, vom Kassenarzt mit einer Anweisung über „eine Schutzbrille“ zum Brillenhändler geschickt wurde!!

Sehr häufig sind die Fälle, in welchen mangels Brille bei starker Uebersichtigkeit in den Volksschulen das Lesen nur mangelhaft erlernt wird:

Fall 3. R., 17 Jahre alt, Kellnerlehrling. Kommt wegen eines Hordeolum. Dabei wird am rechten Auge Correktion mit + 5,0 D cyl, links + 2,0 sphär. + 1,0 cyl, Sehschärfe etwa ¼, festgestellt. Patient hat sich schon als Schulknabe häufig gegen seine Kopfschmerzen „Pulver“ aus der Apotheke geholt. Lesen konnte er nur kurze Zeit und wurde wegen seiner „Kurzichtigkeit“ vom Lehrer geschont. Zur Zeit leidet er bei längerem Bedienen so an Kopfschmerzen, dass er oft pausieren muss, um an die frische Luft hinauszutreten. Er schreibt seine Beschwerden natürlich der Zimmerluft und dem Tabaksqualm zu.

Zu welchen Beschwerden und diagnostischen Irrthümern auch ein sehr kleiner Fehler des dioptrischen Apparates Veranlassung geben kann, zeigt

Fall 4. St., Kavalleriewachtmeister und Musiker von 32 Jahren, ist wegen Müdigkeit und Schmerzen der Augen seit mehreren Wochen in Behandlung gewesen, zuletzt bei einem Augenarzt, welcher schliess-

lich Verdacht auf Trachom äusserte, da Patient aus Ostpreussen stammt. Bei der ersten Untersuchung zeigt sich neben ganz leichter Conjunctivitis ein hyperopischer Astigmatismus von nur 0,5 D. Nun hatte aber St. während der letzten Wochen als Musiker fast jede Nacht Dienst gehabt und sich ausserdem am Tage für seine demnächstige Anstellung als Postbeamter vorbereiten müssen. Die Folge hiervon waren, trotz herkulischen Körperbaues, asthenopische Beschwerden, die nach Verordnung des cylindrischen Convexglases für Schreiben und Lesen sofort verschwanden. Die Conjunctivitis war nur entstanden durch das häufige Reiben der Augen, wenn dieselben ihren Dienst versagten.

Zuweilen findet man freilich Arbeiter, welche auch bei den höchsten Graden von Hypermetropie (bis 8 D.) nicht über Kopfschmerzen klagen, Leute, die von sich sagen können, „das Schreiben und das Lesen ist nie mein Fall gewesen“; diese indolenten Menschen sind nur als solche Arbeiter beschäftigt, an deren Sehvermögen die geringsten Ansprüche gestellt werden.

Auch bei Myopen bewirken zuweilen unvollständig corrigierende Gläser Kopfschmerzen, besonders bei intelligenten Myopen, welche sich die undeutlichen Netzhautbilder durch Zusammenkniffen der Lider verbessern; das dauernde Blinzeln bewirkt Ermüdung und Schmerzen, die durch vollcorrigierende Gläser beseitigt werden.

Bei chronischem Glaukom kommen häufig genug Schmerzen einer Gesichts- oder Kopfhälfte vor, wobei die Patienten die gleichzeitige Verschlechterung des Sehvermögens entweder garnicht beachten oder nur als sekundäre Erscheinung auffassen. Sobald man bei anfallsweisen Kopfschmerzen Uebersichtigkeit findet, muss man deshalb immer an Glaukom denken und womöglich während eines Anfalls untersuchen. Während Fuchs (Lehrbuch, 5. Auflage, S. 393) behauptet; Glaukom komme im Kindes- und Jünglingsalter nicht vor, beobachtete ich ausgesprochenes Glaukom bei einer 20jährigen Fabrikarbeiterin, die seit einem Jahre leichte Anfälle hatte und durch Iridektomie geheilt wurde.

Eine verhängnisvolle Verwechselung mit Zahnkrankheit weist folgender Fall von Glaukom auf:

Fall 5. Ich beobachtete seit Mai 1899 einen robusten 68jährigen Landwirth, welcher sich im Laufe der letzten Jahre wegen Schmerzen in den Kiefern sämtliche Zähne hatte entfernen lassen. Obgleich vermögend, hatte sich Patient aus Sparsamkeit nur an Zahntechniker gewandt, und diese hatten denn auch nicht eine Wurzel in den Kiefern gelassen. Am linken Auge wurde endlich im Januar 1899 wegen Glaukom eine Iridektomie ausgeführt, die etwas Linderung brachte. Als Patient zu mir kam, hatte er sich an Morphinum und Chloralhydrat gewöhnt. Ich führte eine zweite Iridektomie am linken Auge aus, worauf die Schmerzen verschwanden.

Dass im Publikum Vorurtheile gegen die Brillenbenutzung noch ausserordentlich verbreitet sind, theils aus Eitelkeit, theils in Folge alt überlieferter verkehrter Anschauungen, kann bei der verhältnissmässigen Neuheit der exakten Erforschung der Dioptrik und Accommodation nicht Wunder nehmen, um so wichtiger aber ist es, dass der praktische Arzt bei den verschiedensten Arten von Kopfschmerzen und ähnlichen Beschwerden, der genannten Anomalieen eingedenk, die Untersuchung der Augen veranlasst, sobald die Beschwerden des Patienten nicht in anderer Weise zweifellos zu erklären sind. Auf diesen Punkt die Aufmerksamkeit zu lenken, ist der Zweck vorstehender Zeilen.

¹) Ich gehe hier nicht näher auf die Frage ein. Binswanger (Die Epilepsie, Nothnagel's Handbuch) erwähnt keine correspondirende Beobachtung, dagegen ist eine solche von Frothingham gemacht worden. (A case of epilepsy apparently cured by correction of hypermetropia. Journal of the American medical Association, September 1887.)