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.

Siebzehnter Jahrgang.

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

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Ueber die sogenannte „Morvan'sche Krankheit.“¹⁾

Von Prof. Dr. M. Bernhardt in Berlin.

Meine Herren! Das Leiden, welches der hier vor Ihnen stehende, 48 Jahre alte Kranke G., früherer Kutscher, darbietet, ist zwar innerhalb des letzten Jahrzehnts häufiger beobachtet und beschrieben worden, seitdem einmal die Aufmerksamkeit der Kliniker und speciell der Neuropathologen darauf gelenkt worden war. Immerhin ist das Krankheitsbild ein so interessantes, dass ich mich entschloss, Ihnen den Patienten hier vorzuführen.

Der 70 Jahre alte Vater desselben lebt noch heute, die Mutter ist gestorben, ebenso eine seiner Schwestern; zwei andere Schwestern leben und sind gesund. Nervenkrankheiten bestanden oder bestehen nicht in der Familie. Bis zum Alter von 18 Jahren war Patient ein gesunder, durchaus gerade gewachsener Mensch (syphilitisch ist er nie gewesen); es passirte ihm damals, dass er sich nach heisser Arbeit zum Ausruhen an einen Grabenrand legte und dort, mit seiner rechten Schulter an die kühle Erde sich anlehnd, einige Zeit verweilte. Unmittelbar nachher stellte sich ein Unwohlsein ein, wobei ihn fror; er fing an zu husten und wurde heiser. Dies geschah etwa im Frühling (vor nunmehr 30 Jahren); im darauffolgenden Winter fing die rechte Schultergegend an weh zu thun, namentlich bestanden des nachts oft recht erhebliche Schmerzen, die auch in den rechten Arm hinein ausstrahlten. Mehrfach kam es um diese Zeit zur Bildung von mehr oder weniger grossen, mit „Blutwasser“ gefüllten Blasen auf und neben dem rechten Schulterblatt, die nach Entleerung ihres Inhalts dann wieder vernarben. Nach einigen Jahren entwickelten sich bald an dem einen, bald an dem anderen Finger der rechten Hand Entzündungen und Eiterungen; welche chirurgische, nicht immer schmerzlose Eingriffe nöthig machten, obwohl, wie Patient meint, viel geringere Läsionen an der linken Hand, die gelegentlich bei dem schwer arbeitenden Mann auftraten, bei weitem schmerzhafter waren. Mehrfach gingen die Nägel an den Fingern der rechten Hand ab, und nekrotisch gewordene Knochenstücke mussten entfernt werden.

Im Laufe der Jahre wurde auch die motorische Kraft des rechten Armes geringer: es stellte sich ferner die Eigenthümlichkeit ein, dass Patient, was das Gesicht, die obere Extremität und den Rumpf betrifft, nur links profus schwitzte (in warmen Stuben oder nach anstrengender Arbeit), während dieselben Partien rechts so gut wie trocken blieben. Nach einer im vergangenen Frühjahr unter dem Einfluss der herrschenden Influenzaepidemie aufgetretenen Lungen- und Brustfellentzündung fühlte sich Patient im allgemeinen und besonders, was seinen rechten Arm betraf, so schwach, dass er gezwungen war, seinen nicht allzuschweren Dienst als Kutscher aufzugeben. Im Laufe der Jahre hatte sich nun, wie dies beim Anblick des entkleideten Patienten zunächst in die Augen fällt, eine deutliche Scoliose der Wirbelsäule ausgebildet. Die rechte Schulter steht höher, als die linke, die Brustwirbelsäule ist convex nach rechts, die Lumbalwirbelsäule convex nach links hin abgewichen. An der Innenseite des rechten Schulterblatts sehen Sie in der Haut dicht an der unteren Partie des medialen Randes eine länglich runde, etwa 7½–8 cm lange, weissliche, strahlige Narbe und ausserdem noch drei kleinere, 2 bis 3 cm lange ähnliche Narben auf der Haut des rechten Schulterblatts selbst. Des weiteren findet sich eine grössere strahlige Narbe aussen vom rechten Cond. extern. humeri, zwischen diesem und dem Olecranon, sich nach oben hin nach dem Oberarm noch hinauf ziehend, und endlich eine etwas kleinere Narbe an der Beugeseite des rechten Ellenbogengelenks. An allen diesen Stellen waren früher ohne jede äussere Veranlassung spontan ähnliche Blasen entstanden, wie dies oben für die grösste derselben, nach innen vom rechten Schulterblatt, beschrieben wurde.

Die rechte obere Extremität zeigt, was Schultergegend und Oberarm betrifft, keine in die Augen fallende Abmagerung; dagegen erscheint das übrigens frei bewegliche rechte Ellenbogengelenk etwas unförmig, vielleicht nur deshalb, weil die Knochencontouren wegen einer gewissen Abmagerung

der Muskulatur an der Streckseite des Unterarms (ulnarwärts) deutlicher hervortreten. Alle Bewegungen werden im rechten Schulter- und Ellenbogengelenk ausgeführt, und doch besteht hier eine nicht unbedeutende lähmungsartige Schwäche, insofern einmal die Erhebung des ganzen Arms im Schultergelenk nicht vollkommen, sowie es links der Fall, zustande kommt, und weil alle Bewegungen, wie Sie sich sofort überzeugen können, durch einen minimalen Widerstand vollkommen verhindert werden können. Der Gegensatz zu den kraftvoll ausgeführten Bewegungen der linken oberen Extremität springt in die Augen. Uebrigens ist die elektrische Erregbarkeit der rechtsseitigen Schulter-, Oberarm- und Vorderarmmuskeln wohl erhalten, kaum gegen links quantitativ etwas vermindert. Fibrilläre Muskelzuckungen fehlen vollständig.

Einen ganz besonders merkwürdigen Anblick gewährt die rechte Hand. Die Haut über derselben ist livide roth, an einzelnen Stellen ziegelrothe Flecke zeigend; die Finger sind, mit Ausnahme des Daumens, mehr oder weniger verbildet, plump, gekrümmt und, wie Sie es hier am 3. Finger sehen, durch Substanz- (Knochen-) verluste eingeknickt und erheblich gekürzt. Der kleine und vierte Finger stehen in Krallenstellung, weniger die anderen; alle sind von einander etwas entfernt: nur mit Mühe gelingt die Annäherung und Spreizung; die Nägel, speciell der des kleinen Fingers, sind verbildet, dick, rau. Die Zwischenknochenräume sind, besonders deutlich der erste, eingesunken: übrigens reagiren die Mm. interossei direkt und indirekt auf beide Stromesarten in qualitativ fast normaler Weise (ob Trägheit der Muskelzuckungen vorlag, war genau nicht zu entscheiden); die quantitative Erregbarkeit aber ist erheblich gegen links herabgesetzt. Die ganze rechte Hand mit ihren verkrümmten und verdickten Fingern¹⁾ macht — Sie haben nur nöthig zum Vergleich die linke normale Hand zu betrachten — eher den Eindruck einer Tatze, als einer menschlichen Hand: in ihrer Plumpheit, und nicht nur die Knochen, sondern auch die Weichtheile betreffenden Verdickung und Vergrösserung, erinnert sie an die Hände von an Akromegalie Leidenden.

Bevor ich Ihnen nun die ganz besonders interessanten Sensibilitätsverhältnisse, die an der rechten Kopf- und Rumpfhälfte und an der rechten oberen Extremität beobachtet werden, demonstriere, betone ich, dass sich Patient, abgesehen von einem mässigen Bronchialkatarrh, sonst im ganzen wohl fühlt. Schlaf, Appetit, Verdauung, Mastdarm- und Blasenfunction (der Urin enthält weder Eiweiss noch Zucker) intact; die Psyche ist vollkommen frei; der Kranke ist ein ruhiger, seine Beschwerden in nichts übertreibender Mann; Krämpfe, Schwindelanfälle sind niemals vorhanden gewesen. — Der Patient sieht mit jedem Auge gut: ophthalmoskopisch keine Besonderheiten; doch scheint das Gesichtsfeld des rechten Auges, wenigstens für Farben, etwas eingeengt. Die Pupillen sind mittelweit, auf Lichtreiz und bei Convergenzbewegungen verkleinern sie sich in normaler Weise: zeitweilig erscheint die linke Pupille eine Spur weiter als die rechte. Augenbewegungen frei; kein Schielen, kein Doppeltsehen. Das Hörvermögen ist rechts wie links gleich und bei Prüfungen mit der Uhr, der Flüsterstimme, der Stimmgabel intact. Ueber das Geruchs- und Schmeckvermögen des Patienten war etwas Gewisses nicht mit Sicherheit zu eruiiren; gröbere Störungen waren nicht nachzuweisen.

Im Bereich der Gesichtsmuskulatur besteht vielleicht eine gewisse Ungleichheit zu Gunsten der linken Seite, insofern beim Lachen etc. die linke Nasolabialfalte etwas deutlicher hervortritt, als die rechte; aber alle Bewegungen kommen auch rechts voll und ausgiebig zustande: eine Parese oder gar Paralyse besteht jedenfalls nicht. Desgleichen sind die Zungen- und Gaumensegelbewegungen intact; die Sprache, die Stimme (Patient kann sogar noch singen, wenn das auch früher besser ging), und das Schlucken sind normal.

Die linke obere Extremität ist motorisch, wie sensibel frei, desgleichen sind die Functionen der Beine absolut ungestört; die Kniephänomene sind deutlich ausgeprägt, Fussphänomene fehlen, ebenso aber auch die Bauchreflexe (beiderseits); die Cremasterreflexe sind beiderseits nur eben angedeutet.

¹⁾ Umfang des rechten Handgelenks 19,6 cm, des linken 19 cm; Umfang der Daumenbasis rechts 9,8 cm, links 7,5 cm; Umfang der Basalphalange des rechten Zeigefingers 8,4 cm, des linken 7,6 cm; Umfang der Basis des rechten kleinen Fingers 7,8 cm, des linken 6,4 cm.

¹⁾ Nach einem im Verein für innere Medicin gehaltenen Vortrage.

Ganz besonders interessant sind nun die Störungen der Sensibilität, welche bei dem Kranken an der rechten oberen Extremität, der rechten oberen Rumpfhälfte, dem Halse, Nacken und Gesicht rechts zu beobachten sind. Um unnütze Wiederholungen zu vermeiden, will ich gleich hier bemerken, dass die sofort zu beschreibenden Anomalien an der rechten Extremität, besonders an der Hand und dem Unterarm, und am Rumpf von der Schlüsselbeingegegend ab (vorn und hinten) bis etwas unterhalb des unteren Rippenrandes hin am ausgeprägtesten nachzuweisen sind: am Oberarm, Hals, Nacken und an der rechten Gesichts- und Schädelseite nimmt die Intensität der Störungen allmählich ab, wenngleich sie auch dort noch bei einem Vergleich mit den correspondirenden Stellen links deutlich zu finden sind. Ueber die Mittellinie gehen diese Sensibilitätsanomalien nicht hinaus, sondern finden in ihr sowohl am Thorax, wie am Halse, Nacken und Gesicht ihre ziemlich scharf gekennzeichnete Grenze.

Ganz leichte Berührungen mit einem feinen Haarpinsel, welche links deutlich und sofort wahrgenommen werden, kommen rechts an den bezeichneten Stellen überhaupt nicht zur Perception; verstärkt man aber den Druck auch nur ein wenig, so werden auch rechts die Berührung und der Druck richtig angegeben und gut localisirt. Bei der Prüfung mit dem Tasterzirkel erscheinen am linken Zeigefinger (Volarseite des Nagelgliedes) die 2,5–3 mm auseinanderstehenden Spitzen deutlich als zwei; rechts werden erst die 8–9 mm von einander abstehenden Tasterzirkelspitzen als zwei wahrgenommen; noch mehr ausgeprägt ist dieses Verhältniss am rechten Mittelfinger, wo die Spitzen erst in einer Distanz von 1,1 cm als zwei unterschieden werden. Die Prüfung des Drucksinns der rechten Hand ergab zwar eine gewisse Herabsetzung desselben gegen links, aber er war keineswegs vernichtet; so erschienen 200 g deutlich leichter, als 500; 200 g zu 500 g zugesetzt, bewirkten das Gefühl verstärkten Drucks und so fort. Die Versuche wurden mit aller Vorsicht vorgenommen, ebenso wie die Prüfungen des sogenannten Kraftsinns, welche sogar noch bessere Ergebnisse lieferten, als die des Drucksinns. Ich unterlasse es, die Einzelheiten dieser nicht ganz leichten und für einen grösseren Zuhörerkerkreis ermüdenden Untersuchungen hier zu reproduciren und verweise auf ähnliche Prüfungen und Ergebnisse, wie ich sie schon früher bei zwei in derselben Weise leidenden Patienten (vgl. Berl. klin. Wochenschr. 1884 No. 4 und Erlennmeyer's Centralbl. f. Nervenheilk. etc. 1887 No. 14) erhalten und beschrieben habe.

Werden dem Kranken die Augen verbunden, und bewirkt man dann an den Fingern seiner rechten Hand Lageveränderungen, so beurtheilt er sie ganz richtig und ahmt mit der gesunden linken Hand und deren Fingern die den rechten Fingern passiv gegebenen Stellungen richtig nach; in die rechte Hand gelegte kleinere Gegenstände werden (natürlich ebenfalls bei Augenschluss) durch Zutasten richtig erkannt und benannt. Das Einbrechen des elektrischen Stroms, die dadurch bewirkten Muskelzusammenziehungen und Stellungsveränderungen einzelner Gliedabschnitte werden prompt und richtig angegeben. Es ist hiernach nicht auffallend, dass die Bewegungen der rechten oberen Extremität ohne jede Ataxie ausgeführt werden.

In auffallendem Gegensatz zu den eben beschriebenen Ergebnissen der Untersuchung des Tast-, Orts-, Druck- und Kraftsinns der rechten Seite stehen nun diejenigen, welche man bei Prüfung der Schmerzempfindung und des Temperatursinns erhält. Man kann (namentlich deutlich an der Hand, am Unterarm, an der vorderen und hinteren rechten Brusthälfte, weniger ausgeprägt an der Schulter, dem Halse, Nacken und der rechten Gesichtshälfte) mit einer Nadel tief in die Haut hineinstechen oder sie durchbohren, den stärksten faradischen Strom mittels des Metallpinsels auf die Haut appliciren, man kann ein Eisstück an jene Stellen anpressen, oder mit siedendem Wasser gefüllte Reagenzgläser an die genannten Localitäten bringen, ohne dass der Kranke andere Empfindungen, als eben die einer Berührung oder eines leichten Drucks verlaublich. Prüft man die Allgemeinsensibilität der Haut für elektrische Einwirkungen nach der von Leyden angegebenen und von mir weiter ausgebildeten Methode, so findet man z. B. links auf der gesunden Seite auf dem Fingerrücken das eigenthümliche Gefühl des elektrischen Bebens bei 4 cm Rollenabstand (R. A.) und bei 2 cm R. A. erheblichen Schmerz; rechts dagegen wird bei entsprechender Application des Reizes auch bei 0 cm Rollenabstand nichts besonderes wahrgenommen.

An der Streckseite des rechten (kranken) Vorderarms wird eine Empfindung überhaupt erst bei 2,5 cm R. A., aber auch bei 0 cm R. A. kein Schmerz angegeben. Die linke (gesunde) Kopfhälfte (Scheitelgegend) empfindet das elektrische „Zigern“ bei 6,5 cm R. A., Schmerz bei 3,5 cm R. A.; für die rechte correspondirende Stelle lauten die entsprechenden Zahlen 1,5 und 0 cm.

Weniger ausgeprägt sind diese Differenzen am Jochbogen und in der Gegend des M. sternocleidomastoideus (etwa in dessen Mitte): dort ergeben sich für die gesunde Seite 6,7 cm R. A. und 5,8 cm, für die kranke Seite 6,5 und 5,6; und für die Gegend des M. sternocleidom. 6,4 cm und 5,8 cm für die gesunde linke, 5,9 cm und 4,4 cm für die rechte kranke Seite, also deutliche Unterschiede, die aber, wie man sieht, am Halse schon geringer sind, wie am Arm, und welche für die rechte Gesichtshälfte nur als minimale angesehen werden dürfen.

Erheblichere vasomotorische Störungen sind, abgesehen von dem oben schon geschilderten Aussehen der rechten Hand, sonst nicht wahrzunehmen. Die durch Druck auf die Haut rechts oder links erzeugten hyperämischen Flecke und Striche bleiben vielleicht rechts etwas länger bestehen, als links; zu einer deutlichen Erhebung der Haut oder zu Erscheinungen, welche an die der „Dermographie“ erinnern, kommt es aber auch rechts nicht. Interessant sind nun die Verhältnisse, welche Patient betreffs seines Schwitzens anzeigt. In heissen Stuben, nach angestrengter Arbeit, rinnen grosse Schweisstropfen von seiner linken (gesunden) Kopf- und Gesichtshälfte, desgleichen sind die linke Hals- und Rumpfhälfte ebenso wie die linke obere Extremität schweissbedeckt, während rechts die oben gekennzeichneten, partiell

gefühllösen Partien entweder vollkommen trocken bleiben oder nur einen Hauch von Feuchtigkeit beobachten lassen. Ich habe diese Eigenthümlichkeit der Schweisssecretion bei dem Patienten sowohl bei spontanem Schwitzen seinerseits, als auch während der durch Pilocarpininjection hervorgerufenen Schweisssecretion beobachtet. In der Ruhe lassen sich übrigens Temperaturdifferenzen zwischen linker und rechter Gesichtshälfte, der linken und rechten Ohrgegend, wenigstens durch das Gefühl, nicht nachweisen.

Wenn ich Sie schliesslich noch auf den an einzelnen Stellen der rechten Körperhälfte, so z. B. auf der Schulterhöhe (am Acromion) oder in der Weichengegend rechts, weniger entwickelten spärlicheren Haarwuchs gegenüber dem der linken Seite aufmerksam mache¹⁾, so habe ich alles meiner Meinung nach wichtige und für die zu stellende Diagnose dieses Falles bedeutungsvolle hervorgehoben.

Es handelt sich also bei diesem Manne um ein chronisches, im Laufe vieler Jahre zur Entwicklung gekommenes, angeblich infolge einer intensiven Erkältung entstandenes Leiden, welches im wesentlichen durch eine motorische Schwäche einer oberen Extremität und höchst eigenthümliche Störungen der Sensibilität dieser selben Extremität und eines grossen Theils der entsprechenden Rumpfhälfte, sowie ferner durch mancherlei interessante Störungen der sogenannten „trophischen und secretorischen“ Nerven gekennzeichnet ist. Seitdem ich im Jahre 1883 (December) den ersten von mir beobachteten, hierhergehörigen Fall unter dem Titel: Beitrag zur Lehre von der sogenannten „partiellen Empfindungslähmung“²⁾ bekannt gegeben habe, sind im Laufe der Jahre von anderen sowohl als auch von mir selbst vielfach hierhergehörige Fälle beschrieben und theils mit Vorbehalt, theils mit Sicherheit als solche von gliomatöser Degeneration und Höhlenbildung in der centralen grauen Substanz des Marks, besonders des Halsmarks, als Syringomyelie aufgefasst worden. — Zwei Mittheilungen waren es, welche mich schon vor 7 Jahren auf die Wichtigkeit derartiger Beobachtungen aufmerksam machten, der Fall Kahler's (Prager med. Wochenschr. 1882 No. 36) und die Arbeit Fürstner's und Zacher's (Archiv f. Psychiatrie etc. 1883, Bd. 14 p. 422), von denen namentlich die letztere durch die Aufklärung, welche eine sorgfältig ausgeführte Obduction und spätere mikroskopische Untersuchung darboten, ganz besonders zu meiner Belehrung beigetragen hat.

Es würde offenbar zu weit führen und wäre auch nach dem, was seither über diese Dinge publicirt ist, kaum nöthig, wollte ich die Diagnose auch für diesen Fall ausführlicher begründen; ich verweise die mehr interessirten Herren Collegen auf meine erste oben schon erwähnte Arbeit in der Berliner klinischen Wochenschrift und weiterhin auf die Ausführungen, die ich in Erlennmeyer's Centralblatt (1887 No. 14) gegeben habe. Nur soviel möchte ich sagen: ich behaupte nicht, dass es sich in diesem Falle mit Sicherheit um eine gliomatöse Degeneration im Hals- und Dorsalmark rechterseits mit consecutiver Höhlenbildung handelt; ich möchte mich auf eine genaue, so zu sagen „histologische“ Diagnose überhaupt nicht einlassen, sondern vielmehr nur auf eine topographische. Ich lasse es dahingestellt, ob es sich in unserem Falle nur um eine einfache chronische Entzündung oder um eine wahre Gliomatose mit späterer Höhlenbildung oder eine auf noch andere Weise zustande gekommene Degeneration des Rückenmarks handelt. Jedenfalls glaube ich eine Läsion im Bereich der rechtsseitigen Wurzelgebiete der Cervical- und Dorsalnerven, speciell der sensiblen, annehmen zu dürfen, Läsionen, welche der Höhe nach weit genug hinaufgehen, um auch die aufsteigende rechte Trigeminuswurzel zu betheiligen, und welche sich im Querschnitt des Marks (horizontal) zunächst in den untersten Partien des Halsmarks so weit nach vorn zur vorderen grauen Substanz hin ausdehnen, um aus deren mehr oder weniger intensivem Ergriffensein die Schwäche des gesamten rechten Arms und die mehr hervortretenden atrophischen Zustände an der Handmuskulatur zu erklären.

Des weiteren unterlasse ich es, an dieser Stelle genauer auszuführen, wie mannichfach das Symptomenbild dieser interessanten Krankheit variiren kann, je nachdem der Process einseitig beschränkt bleibt oder auf die andere Markhälfte hinübergreift, je nachdem er aufsteigend die Medulla oblongata ergreift und bulbäre Symptome setzt, oder absteigend auch die unteren Extremitäten theiligt. Wenn ferner die pathologischen Veränderungen, welche wohl meist zuerst in den hinteren Abschnitten der grauen Rückenmarkssubstanz beginnen, auf die weissen Seiten- oder Hinterstränge hinübergreifen oder auch die grauen Vordersäulen in Mitleidenschaft ziehen, wenn das Leiden entweder selbstständig auftritt oder sich im Anschluss oder abhängig von Geschwulstbildung im Hirn oder im Rückenmark und dessen Häuten entwickelt, so unterliegt es keiner Schwierigkeit, einzusehen, dass die klinischen Erscheinungen wechselnde und für Ungeübtere verwirrend werden können.

¹⁾ Am Kopf ist das Haar gerade an der gesunden linken Seite lichter als an der rechten Seite; die Achselhöhlen zeigen ziemlich gleichmässige Behaarung.

²⁾ Berliner klin. Wochenschr. 1884 No. 4.

— Alles, was ich in Kürze hier angedeutet habe, ist von den verschiedensten Autoren beobachtet und beschrieben worden: wenn ich die vollständige und innerhalb der letzten Jahre sehr reich gewordene Litteratur hier nicht mittheile, so geschieht es, um meine einfache Demonstration nicht zu compliciren; den Gegenstand hier zu erschöpfen, war nicht meine Absicht.

Nur auf einen Punkt gestatten Sie mir noch Ihre Aufmerksamkeit zu lenken. Schon vor 3½ Jahren erlaubte ich mir in meiner im Erlenmeyer'schen Centralblatt (vgl. oben) publicirten Mittheilung die Aufmerksamkeit auf die Arbeiten eines französischen Autors, Morvan, zu lenken, welcher einen eigenthümlichen Symptomencomplex, von ihm mit dem Namen Paréso-Analgésie des extrémités supérieures bezeichnet, schon vor dem Jahre 1886 und speciell in jenem Jahre (Gaz. hebdomadaire No. 32) eingehend beschrieben hat.

Dieses Leiden tritt nach Morvan zuerst immer an einer Hand und deren Fingern auf, geht später auch auf die andere obere Extremität, selten auf die untere über und endet in Panaritiumbildung, deren Operation für die Kranken zumeist schmerzlos verläuft; Schrunden der Haut, Geschwürs-Panaritiumbildung, Knochenbrüchigkeit¹⁾, Hyperhidrose finden sich an den für Schmerz empfindungslosen oberen Extremitäten, dabei eine Parese derselben, welche aber in ihrer In- und Extensität stets hinter der Analgesie zurücksteht. In der Discussion über dieses eigenthümliche Leiden kommt Morvan zu dem Schlusse, dass es sich um eine Rückenmarksaffectio im Bereiche des unteren Halsmarks handelt. Ich denke nicht fehl zu gehen (so sagte ich damals), wenn ich diese Fälle von Paréso-Analgésie des extrémités supérieures Morvan's mit den in Deutschland von anderen Autoren und mir beschriebenen Fällen „partieller Empfindungslähmung“ bei möglicherweise vorhandener Rückenmarksgliomatose in Zusammenhang bringe und von einem Gesichtspunkt aus betrachte. Eine meiner Ansicht nach sehr demonstrative Beobachtung habe ich dann im Anschluss an diese Worte in derselben Arbeit mitgetheilt. Diese meine Anschauung fand zunächst eine Stütze in Roth (Arch. de Neurologie 1887, Bd. 14 ff.), der, wie ich in meiner Mittheilung über Syringomyelie und Skoliose²⁾ ausgeführt habe, gleichzeitig diese Ansicht aufgestellt hat. Dagegen hat sich Morvan selbst bemüht, in einer ebenfalls in der Gaz. hebdomadaire 1889 No. 35/36 publicirten Arbeit (De l'anesthésie sous les divers modes dans la paréso-analgésie — cas frustes de paréso-analgésie) den Nachweis zu führen, dass sein Symptomencomplex und die Syringomyelie zwei verschiedene Krankheitszustände seien. Sein Hauptargument ist, dass die Berührungsempfindlichkeit bei der von ihm beschriebenen Affectio im Gegensatz zu dem Verhalten bei der Syringomyelie sehr erheblich beeinträchtigt sei, gerade so wie die Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit, wohingegen sie sich bei der Syringomyelie normal verhalte; ferner sei die Intensität und Häufigkeit der trophischen Störungen der Paréso-Analgésie bedeutender, als bei der Syringomyelie. Beide Behauptungen sind, wie ich es schon³⁾ in einem Referat über die letzte Morvan'sche Arbeit angedeutet, nicht stichhaltig. Denn einmal sind schwere trophische Störungen mannigfacher Art bei durch die Obduction nachgewiesener syringomyelitischer Erkrankung constatirt worden, und zweitens ist die von Morvan so urgirte Differenz in dem Befallensein auch der tactilen Empfindung bei seiner Krankheit keine absolute und wird gegenüber der ausgesprochenen Analgesie und Thermanästhesie, wenn auch nur als eine „leichte“ Beeinträchtigung in mehr als einer seiner eigenen Beobachtungen deutlich hervorgehoben. Dazu kommt, dass von Autoren, die ihre Beobachtungen unter dem Titel „Syringomyelie“ veröffentlicht haben, sehr häufig auch die Berührungsempfindlichkeit durchaus nicht als ganz intact beschrieben wird, wie z. B. auch in meinen eigenen früheren Fällen eine allerdings nur mässige Herabsetzung dieser Empfindungsqualität, ebenso wie in dem jetzt zur Beobachtung stehenden Falle vermerkt worden ist.

Des weiteren stützte sich Morvan bei der von ihm behaupteten Differenz zwischen beiden Krankheiten auf eine Beobachtung von Monod und Reboul⁴⁾, wo Gomboult bei der Untersuchung von gangränös und nekrotisch verlostig gegangenen Fingern eines 58jährigen Mannes die peripherischen Nerven vollkommen degenerirt fand. Das Centralnervensystem konnte nicht untersucht werden. In einem anderen, Prouff, Gomboult und Reboul⁵⁾ gemein-

¹⁾ Zwei Fälle abnormer Knochenbrüchigkeit bei diesem Leiden habe ich selbst beobachtet und beschrieben.

²⁾ Bernhardt, Syringomyelie und Skoliose. Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenheilk. etc. 1889 No. 2.

³⁾ Man vergleiche das Centralbl. f. die med. Wissensch. 1890 No. 6, p. 109.

⁴⁾ Contribution à l'étude du panaris analgésique (Maladie de Morvan). Arch. génér. de Méd. 1888, Juillet.

⁵⁾ Un cas de Maladie de Morvan (panaris analgésique) suivi d'autopsie. Gaz. hebdomadaire 1889 No. 19.

schaftlich angehörigen Fall ergab die Obduction zwar das Vorhandensein schwerer degenerativer Zustände in den peripherischen Nerven, aber auch das Rückenmark, wenngleich durch die Ungunst der Umstände nur mangelhaft untersucht, zeigte sich keineswegs intact, sondern auch hier war, vorwiegend im Cervicaltheil, der bindegewebige Antheil in den Hintersträngen, Hinterhörnern und wahrscheinlich auch in der Umgebung des erweiterten Centralcanals stark entwickelt. Ganz besonders interessant ist nun in dieser Hinsicht eine neuerdings bekannt gegebene Beobachtung von Joffroy und Achard¹⁾, betreffend eine 75jährige, im Alter von 30 Jahren an schmerzhaften Panaritien fast aller Finger beider Hände erkrankte Frau. Es bestand dort eine sehr herabgesetzte Empfindlichkeit für Stiche und Temperaturunterschiede, aber zugleich auch eine Herabsetzung für einfache Berührungen. Ausgeprägte Muskelatrophie an Händen und Armen fehlte, aber eine mässige Kyphose des Dorsaltheiles der Wirbelsäule war vorhanden. Die Obduction der infolge einer Bronchopneumonie zugrunde gegangenen Frau ergab vorwiegend Veränderungen des Rückenmarks: Gliomatose im Dorsaltheil, Syringomyelie im Cervicaltheil und consecutive Veränderungen bis zur Medulla oblongata. Ausserdem bestand eine peripherische Neuritis im Medianus- und Ulnarisbezirk, die Fingeräste mitbetheiligend, und degenerative Veränderung in den oberflächlichen Schichten der Daumenballenmuskeln und in den Mm. interossei.

Abweichend von dem gewöhnlichen Verlaufe der von Morvan neuerdings in den Vordergrund gerückten Krankheit ist die in diesem (wie zum Theil auch in dem eben Ihnen vorgeführten) Fall vorhandene gewesene Schmerzhaftigkeit der Fingeraffectio; sodann war auch hier die tactile Sensibilität durchaus nicht wohl erhalten, und dennoch fand sich eine bisher noch nie in dieser Klarheit bei der sogenannten Morvan'schen Krankheit constatirte Syringomyelie.

Nach dem, was ich soeben kurz erörtert habe, unterliegt es für mich kaum noch einem Zweifel, dass 1) klinisch (symptomatisch) die sogenannte Morvan'sche Krankheit und der Symptomencomplex, den verschiedene Autoren unter dem Namen Syringomyelie, Gliomatose des Marks, partielle Empfindungslähmung etc. beschrieben haben, nicht von einander zu unterscheiden sind; 2) dass, soweit pathologisch-anatomische Befunde vorliegen, sowohl bei der Morvan'schen Krankheit, als natürlich bei der Syringomyelie Läsionen des Rückenmarks gefunden werden; 3) dass diese Läsionen nicht einheitlicher pathologisch-anatomischer Natur zu sein brauchen, sondern ihre Dignität in ihrem Sitz und dem meist sehr chronischen Verlaufe finden; 4) dass eine Betheiligung und häufige, vielleicht immer vorkommende Erkrankung der peripherischen Nerven bei beiden Affectioen gefunden wird, welche zu unserer, der Besprechung unterliegenden Erkrankung etwa in demselben Verhältnisse steht, wie die entsprechenden Läsionen der peripherischen Nerven zur Erkrankung des Marks bei der Tabes dorsalis.

Und nun zum Schlusse noch einige Bemerkungen. Abnormes Schwitzen ist von den Autoren sowohl bei der sogenannten Morvan'schen Krankheit, als auch bei der Syringomyelie des öfteren hervorgehoben worden. Auch der hier vor Ihnen stehende Kranke bietet diese Eigenthümlichkeit dar. Während aber in der Mehrzahl der hierhergehörigen Beobachtungen die abnorm starke Schweisssecretion (wie es auch bei zwei meiner früher beschriebenen Kranken der Fall war) an den mehr oder weniger „empfindungslosen Theilen“, also im Bereiche der erkrankten Partien, statthatte, ist bei diesem Kranken gerade das umgekehrte der Fall. Den Versuch einer Interpretation dieses Verhaltens unterlasse ich an dieser Stelle als zu weit vom Thema abführend.

Zweitens habe ich mir schon oben erlaubt, auf das tatzenähnliche, an Akromegalie erinnernde Aussehen der Hand der leidenden Seite bei unserem Kranken Ihre Aufmerksamkeit zu lenken. Aehnliches war auch in einem neuerdings von Holschewnikoff²⁾ und v. Recklinghausen beschriebenen Fall gefunden worden. Neben Gliomatose des Halsmarks und Höhlenbildung in ihm bestand eine Atrophie der hinteren Halsnervenwurzeln und hier nicht genauer zu erörternde Veränderungen in den peripherischen Nerven. Die „gipfelnden“ Körperteile, besonders Finger und Zehen, waren hypertrophisch und hatten ein tatzenähnliches Aussehen. Die Akromegalie (nach von Recklinghausen besser Pachyakrie genannt) wird als neurotische Hypertrophie aufgefasst.

¹⁾ Un cas de Maladie de Morvan avec autopsie. Arch. de Méd. exp. périm. etc. 1890 No. 4.

²⁾ Holschewnikoff, Ein Fall von Syringomyelie und eigenthümlicher Degeneration der peripherischen Nerven, verbunden mit trophischen Störungen (Akromegalie). Virchow's Arch. Bd. 119, p. 10.

v. Recklinghausen, Ueber die Akromegalie. — Nachschrift zu der vorstehenden Abhandlung Holschewnikoff's. — Ebenda p. 36.

Schliesslich gestatte ich mir noch einmal Ihre Aufmerksamkeit auf die oben schon erwähnte, bei unserem Kranken vorhandene Scoliose hinzulenken. In einer kleinen Schrift: Syringomyelie und Skoliose (vgl. oben) habe ich nachzuweisen versucht, dass das Vorkommen derselben, wie es Morvan (De la scoliose dans la parés-analgésie, Gaz. hebdomadaire 1887 No. 41) für seine Krankheit als häufig vorkommend darstellt, auch in fast 25 % aller derjenigen Fälle erwähnt wird, welche unter dem Titel oder mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Syringomyelie oder unter synonymen Namen publicirt sind. Es scheint mir ebenfalls hier nicht der Ort zu sein, auf die ungemein wichtige und interessante Frage einzugehen, ob diese Scoliose als eine Folge der Rückenmarksaffection aufzufassen sei, oder ob umgekehrt diese (die Scoliose) die Veranlassung zur Entstehung des Markleidens abgibt. Eine an klinischen, experimentellen und mikroskopischen Untersuchungen reiche, ausgezeichnete Arbeit über dieses Thema hat unser College P. Kronthal¹⁾ vor noch nicht langer Zeit veröffentlicht; auf diese erlaube ich mir alle, die sich in dieser noch nicht abgeschlossenen Frage orientiren wollen, zu verweisen.