Die nervösen Erkrankungen der Tabakraucher.¹⁾

Von Prof. Dr. L. von Frankl-Hochwart (Wien).

(Schluß aus No. 49.)

Nach Abschluß unserer Darstellung über die zerebralen Erscheinungen wollen wir diejenigen Zustände erwähnen, die an die spinalperipherischen Leiden erinnern. Hier stehen die neuralgischen Erscheinungen im Vordergrund, auf die schon Richter, Schotten, v. Jaksch, Gy und Jacoby die Aufmerksamkeit gelenkt haben. Zum Teil waren es individualisierte Formen, so namentlich Ischias, die ich 31 mal sah. 22 mal waren die Armnerven ergriffen; manche der Fälle erinnerten an die neurasthenische Pseudoneuralgie Oppenheims, manchmal aber sprach Andeutung von Atrophie, Spur von Ataxie, sowie die bisweilen zu beobachtende Lokalisation im Ulnaris eher für eine organische Form.

In Parenthese mag erwähnt werden, daß von individualisierten Lähmungen in meinen Fällen nichts Rechtes nachweisbar war. Nur ein mit Ulnarisneuralgie behafteter, außerordentlich starker Raucher hatte eine minimale Schwäche der Ab- und Adduktion des vierten und fünften Fingers.

Ich glaube aber, daß die Rauchexzesse eine Prädilektion für die Wirkung geringer Traumen auf die Nerven motorischer Natur vorbereiten. Ich erinnere da an die von Oppenheim behauptete Entstehung von Radialislähmungen auf geringe Druckwirkung bei schweren Alkoholikern.

¹⁾ Referat, erstattet auf der 5. Versammlung deutscher Nervenärzte in Frankfurt a. M. am 3. Oktober 1911. (Diskussion siehe No. 44, S. 2060.)

So sah ich bei einem 30jährigen Juristen Auftreten einer leichten Radialislähmung, nachdem er gezwungen war, um im Theater besser zu sehen, durch Stunden eine Barriere zu umklammern. Die Sache schien mir bei dem sonst völlig gesunden Mann durch die zugestandenen Nikotinexzesse erklärlich. Ähnlich war der Fall bei einem 40jährigen, sehr stark rauchenden Kaufmann, der ebensowenig Alkoholiker war wie der erste Mann: dieser Mann war mehrere Stunden mit gekreuzten Beinen beim Kartenspiel gesessen und stand dann mit einer leichten Peroneusparese links auf, die innerhalb acht Tagen unter faradischer Behandlung heilte.

Viel häufiger als die eben geschilderten, mehr individualisierten Neuralgien sind die diffusen Schmerzen, die ich 110 mal beobachtete: Es handelte sich nicht um wütende, lanzinierende Schmerzen, sondern mehr um ein unangenehmes, nörgelndes Ziehen, meist die Extremitäten, öfters auch Thorax und Rücken betreffend. In ganz vereinzelter Fällen fand ich geringe Differenzen der Kniereflexe — sonst war der Nervenbefund sowie auch der in den Gelenken völlig negativ. In einzelnen hier nicht subsumierten Fällen fand ich leichte Schwellung der Gelenke. Ich wage nicht zu entscheiden, ob derartige Veränderungen vom Nikotinismus provoziert werden, oder ob da Arthritis chronica vorlag. Ich halte es durchaus nicht für ausgeschlossen, daß der Nikotinismus unter Umständen als mitauslösendes Element für die letztgenannte Krankheit fungieren kann.

Viel schwieriger erscheint mir die Beantwortung der Frage, ob es eine echte Polyneuritis nicotiana gibt.

Für die Möglichkeit einer mehr akuten Polyneuritis spricht eine Beobachtung Bucellis, der einen 64jährigen Mann untersuchte, welcher in der Jugend Alkoholiker, später aber in dieser Hinsicht sehr mäßig war; hingegen war er unmäßiger Tabakraucher (bis 80 g), sowie auch Tabakkauer. Vom 40. Jahre an begann er an diffusen Muskelschmerzen zu leiden, seit dem 62. Jahre an Angina pectoris, an diffusen Neuralgien, Sehschwäche, Erbrechen, Schwindel, Schweißausbrüchen, Zittern, Gedächtnisverlust, sowie an zeitweiligem Bläschenausschlag am rechten Vorderarm. — Objektiv fand sich: Parese beider unterer Extremitäten mit Atrophie, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, Hypästhesie im rechten Ulnarisgebiet und an den Füßen. Rechts Nikotin-Amblyopie. Die histologische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens ergab Neuritis segmentalis periaxialis. Das Gedächtnis erschien — besonders für die jüngsten Ereignisse — stark herabgesetzt. Besserung aller — namentlich der psychischen — Symptome unter Tabakabstinenz.

Eine Art von Polyneuritisbild unter erythromelalgischen Erscheinungen beschreibt Jacoby bei einem 41jährigen Tabakhändler, der bis zu 15 Havannas täglich geraucht hatte. Heilung unter Abstinenz.

Eher scheint Nikotin-Neuritis auszubrechen, wenn eine zweite Noxe dazutritt; auf diese Doppelursache bei Polyneuritis hat ja auch Oppenheim besonders hingewiesen.

So sah ich eine schwere Polyneuritis mehr sensiblen Charakters bei einem 29jährigen Lehrer gelegentlich einer Angina auftreten. Der Mann war seit seinem zehnten Jahre Zigarettenraucher gewesen und rauchte bis 60 Stück. Heilung. — Einen ähnlichen, sehr schweren, unter Ataxie verlaufenden Fall bei einem 34jährigen, stark rauchenden Stukkaturarbeiter, der an leichter Angina erkrankt war, beobachtete Farnsworth.

Mit einer gewissen Zurückhaltung möchte ich noch von zwei Fällen berichten, die sich bei sehr schweren Nikotinsten entwickelten, bei denen Alkoholismus und Lues (Wassermannprobe) ausgeschlossen war: Bei einem 48jährigen Oekonom, der durch viele Jahre täglich zwölf Zigarren geraucht hatte, trat allmählich ein gewisses Vertaubungsgefühl der Hände, besonders rechts, auf; die rechte Hand schien unterempfindlich, die Stereognose daselbst etwas herabgesetzt. Allmählich verbreiteten sich die Parästhesien auch auf die unteren Extremitäten. Bauchdeckenreflexe schwach, doch war das Abdomen sehr verfettet — sonst Reflexe normal, kein Klonus, kein Babinski, kein Nystagmus; Opticus normal, keine Blasen-Mastdarmstörungen. Intelligenz sehr gut, Sprache normal etc. Innerer Befund negativ, doch war der Druck in der A. dorsalis pedis ziemlich schwach. — Ganz Analoges fand ich bei einem 43jährigen Rechtsanwalt, der schon mit neun Jahren begonnen hatte, Zigaretten zu rauchen, und später bis zu 50 ägyptischen Zigaretten per Tag geraucht hatte. Vom 37. Jahre an allmählich Vertaubungsgefühl der Extremitäten, geringe Herabsetzung der Stereognose, besonders der rechten Hand, Potenzschwäche. Objektiv fand sich nur eine geringe Unbeholfenheit der Extremitäten, besonders rechts, sonst völlig negativer Befund am Nervensystem. Das Symptom „Impotenz“ ließ sich nicht im Sinne eines spinalen Leidens verwerten, da es beim Nikotinismus, wie wir sogleich hören werden, sehr häufig ist. Für einen Nikotineinfluß spricht auch die von mir bei dem Patienten konstatierte Pulslosigkeit der A. dorsalis pedis.

Ich hätte überhaupt nicht gewagt, diese Fälle zu erwähnen, wenn ich nicht den Fall Burys gefunden hätte.

Bury beobachtete einen 35jährigen, sehr stark rauchenden Mann, der an Parästhesien der Extremitäten litt, wozu sich allerdings auch leichte Atrophie und Schwäche der kleinen Handmuskeln rechts gesellte. Die Diagnose Nikotin-Polyneuritis wurde dadurch gestützt, daß daneben eine Tabak-Amblyopie bestand und daß Abstinenz alle Symptome heilte.

Bury macht in der Epikrise die wichtige Bemerkung, daß in zwei weiteren Fällen von reiner Tabak-Amblyopie, bei welcher Alkohol und andere Gifte ausgeschlossen werden konnten, eine gewisse Schwäche einiger Fingerbewegungen mit Vertaubungsempfindung und leichten Anästhesien beobachtet werden konnte.

Mit Rücksicht auf die Erfahrungen des englischen Arztes wird es der Leser begreiflich finden, daß ich die Möglichkeit einer chronischen Nikotin-Polyneuritis aufzustellen versuchte; die Zukunft wird entscheiden, ob mit Recht.

Hier mag sich die Besprechung einer anderen Affektion anschließen, bei der die Nikotinfrage entschieden eine große Rolle spielt: Ich meine die *Dysbasia intermittens angiosclerotica*. Wenn diese auch als Gefäßkrankheit bezeichnet wird, enthält das Bild doch so viele Züge von Nervenaffektionen, daß es tatsächlich bei der Besprechung der Nervenkrankheiten abgehandelt zu werden verdient.

Das Bild, wie es Charcot, Erb, Goldflam, Oppenheim in meisterhafter Weise gezeichnet haben, ist ja allgemein bekannt. In der Ruhe sind die davon betroffenen Patienten oft recht wohl, bewegen die Beine normal und weisen an ihnen einen negativen oder fast negativen Befund auf. Auch der Gang ist im Anfang oft tadellos, bis sich dann nach einem Zeitraum von etwa 5—15 Minuten eine eigentümliche Hemmung in einem oder beiden Beinen zeigt; der Gang wird immer schleppender, bis er endlich völlig versagt. Die subjektiv sensiblen Störungen fehlen manchmal; manchmal zeigen sich nur geringe Parästhesien, öfters aber auch Schmerzen, nicht selten verfärbt sich die Haut ganz auffallend (Apokamnose — Goldflam). Wichtig ist das von Erb zuerst entdeckte Fehlen der Pulse der kleinen Fußarterien auch in der Ruhe. Radiologisch sind oft charakteristische Veränderungen in den Arterien der unteren Extremitäten nachzuweisen in Form von gleichmäßigen Kalkablagerungen. Man findet überhaupt ziemlich häufig eine allgemeine Arteriosklerose; manchmal, wo diese noch fehlte, sah man ihre Entwicklung langsam vor sich gehen. Interessant ist, daß man bei Operationsversuchen bisweilen eine angeborene Enge des Gefäßsystems fand (Oppenheim, Kurt Mendel, Schmieden).

Die wichtige Tatsache, daß das Leiden anscheinend oft auf einer kardiovaskulären Diathese beruht, wurde zuerst von Oppenheim, später von Higier, Idelson und Goldflam studiert. Es scheint also zu dieser Krankheit eine gewisse Veranlagung zu gehören; für diese Meinung spricht auch der Umstand, daß die Juden zu der Affektion ein ziemlich großes Kontingent stellen und daß die damit behafteten Leute nicht zu selten Entwicklungsanomalien aufweisen.

Sicher ist aber auch, daß die Patienten nicht selten nebenher an anderen Krankheiten leiden, so namentlich an Lues, Diabetes, selten an Alkoholismus und Gicht. Kälteeinflüsse und psychische Erschütterungen werden nicht ganz selten erwähnt. Unter den auslösenden Faktoren scheint aber einer besonders wirksam — das ist der Nikotinabusus, dessen Bedeutung zuerst Erb hervorgehoben hat. Diese wichtige Entdeckung wurde vielfach — unter anderen erst wieder von H. Schlesinger auf unserer letzten Tagung — bestätigt. Erb verglich das Rauchquantum von 50 mit Dysbasie behafteten Kranken mit dem von 200 anderen Patienten. Da fanden sich

Mäßige und Nichtraucher ..	24%	gegenüber	77,5%	bei der übri-
Starke Raucher	44%	„	19 %	gen Klientel.
Enorme Raucher	14%	„	3,5%	

Ich habe in den letzten Jahren nur neun Fälle der uns beschäftigenden Affektion gesehen: nur einer war Nichtraucher, zwei mittelstarke, sechs starke und exzessive. In fünf Fällen fand ich neben dem Tabakgenuß keine akzidentellen Momente verzeichnet, in drei Fällen hatte noch Lues interkurriert, einer dieser Luetiker war auch Diabetiker.

Wie bekannt, hat Oppenheim eine gutartige Form dieses Leidens beschrieben, die als *vasomotorische Neurose* zu deuten wäre. H. Curschmann und A. Westphal haben sich dieser übrigens nicht ganz unbestritten gebliebenen Meinung angeschlossen.

Ich kenne einen Fall, der vielleicht hierher zu rechnen ist: es handelt sich um einen 44jährigen Mann, bei dem Lues und Alkoholismus ausgeschlossen ist, der keinerlei nervöse Symptome aufweist. Er hatte schon mit zehn Jahren Zigaretten zu rauchen begonnen und raucht nun seit

Jahren täglich 40 ägyptische Zigaretten. Bis auf die zu erwähnende Gehstörung hat er nie irgendwelche Störung gehabt. Jene macht sich anfangs nicht geltend, bei längerem Gehen auffallende Ermüdung, daneben Parästhesien und Schmerzen in den Unterschenkeln. Merkwürdigerweise kann Patient lange Schwimmtouren ohne Schwierigkeit durchführen. Der Befund war immer negativ; auch das Arteriensystem war und blieb immer normal.

Ganz eigentümlich war mir eine transitorische Gehstörung bei einem 24jährigen Juristen, der schon in der Kindheit zu rauchen begonnen hatte und zeitweilig große Mengen (40 Zigaretten, 2 Virginia) konsumierte. Er litt an proxysmalem Auftreten von Parästhesien und Einschlafen der Beine, die eigentümlich unsicher wurden, sodaß das Gehen für zehn Minuten bis eine Stunde fast versagte. Befund am Gefäßsystem negativ; am Nervensystem fand ich Symptome, wie wir sie beim chronischen Nikotinismus zu sehen gewohnt sind: die Pupillen waren different, gerundet, die rechte reagierte etwas trög, dabei Zittern der Hände und leichte Unterempfindlichkeit der Unterschenkel für Kältereize. Die von mir auf chronischen Nikotinismus gestellte Diagnose wurde dadurch erhärtet, daß alle Erscheinungen auf Nikotinabstinenz, ohne daß irgendeine andere Therapie verwendet wurde, zurückgingen. Das ganze Bild erinnerte an das intermittierende Stottern der Medulla spinalis, welches Krankheitsbild zuerst von Déjérine und Grasset beschrieben wurde.

Wir wissen, daß das intermittierende Arterienhinken nicht nur an den unteren Extremitäten vorkommt, sondern auch an den oberen, wie dies Nothnagel zuerst beschrieben hat.

Für einen Zusammenhang eines derartigen Bildes mit dem Nikotinismus spricht der Fall Dettermanns: es handelte sich um einen 51-jährigen Kaufmann, der täglich 60 Zigaretten konsumierte und der an intermittierendem Stottern der Arm- sowie auch der Zungenbewegung litt. Transitorische Zerebralerscheinungen bei Dysbasikern hat schon Goldflam in Erinnerung an das von Charcot geschaffene Bild des intermittierenden Stotterns der Hirnarterien beschrieben. Das isolierte Auftreten dieses Symptomes haben wir schon früher genug erörtert.

Ein weiteres uns interessierendes Kapitel sind die motorischen Reizerscheinungen. Unter diesen ist der Tremor das bekannteste Symptom. Ich habe merkwürdigerweise nicht so viel davon gefunden, als ich nach den Darstellungen hätte vermuten sollen; ich glaube, daß es kaum in einem Zehntel meiner Fälle nachweisbar war. Der Tremor erschien meist mittelschlägig und nahm bei der Intention garnicht oder nur mäßig zu. Merkwürdig ist, daß Jacoby sehr häufig starken Intentionstremor nachwies und daß er in Anlehnung an Auld sogar von fibrillären Zuckungen spricht. Vielleicht erklärt sich dieser Unterschied dadurch, daß in Amerika andere Tabaksorten verwendet werden. — Bei neun meiner starken Raucher habe ich tikartige Zuckungen beobachtet.

Anhangsweise will ich bemerken, daß unter 28 mit Schreibkrampf behafteten Individuen 7 starke Raucher waren, 18 mäßige und nur 3 Nichtraucher, sodaß ein gewisser Einfluß des Nikotins auf diese Gruppe von Nervenkrankheiten nicht ganz von der Hand zu weisen ist.

Wir wollen noch schließlich auf die nervösen Affektionen der inneren Organe einen Blick werfen, ohne uns dabei in Details einzulassen.

Daß bei den Rauchern das Herz sehr früh in Mitleiden-schaft gezogen wird, ist ja eine längst bekannte Tatsache. Daß aber bei dem sogenannten Nikotinherzen gewiß auch oft organische Veränderungen nachweisbar sind, bezweifelt niemand. Wenngleich auch viele Autoren an die Entstehung der Arteriosklerose durch Nikotin nicht glauben, so leugnen sie deshalb doch nicht, daß dieses Gift mitprovozierend auf die Entstehung dieses Zustandes wirken kann. Immerhin gibt es gewisse Nikotinherzzustände, die durch ihr transitorisches Auftreten sowie durch ihren Rückgang bei Abstinenz den Eindruck der Nervösen machen. Das häufigste Symptom ist die Tachykardie, die sich meist in mäßigen Grenzen hält, manchmal aber auch sehr heftig ist und den Zustand des „Herzjagens“ darstellt. Arrhythmie (Extrasystolen) habe ich in einzelnen Fällen beobachtet, kaum je aber eine wirkliche Bradykardie. Letzterer Zustand wird bei Rauchern von den Internisten nicht so selten beschrieben; vielleicht habe ich derartiges nicht gesehen, weil diese Patienten den Internisten und nicht den Neurologen aufzuchen. Oefters klagen aber auch mir gegenüber die Patienten über Zustände, die ich der „Pseudoangina“ zu rechnen mußte; sehr prononziert war bei diesen Leuten das

Angstgefühl. Der objektive Befund ergab dasselbe wie bei anderen nervösen Herzaffektionen, i. e. er war meist negativ, oder man fand höchstens eine minimale Dilatation oder ein leises systolisches Geräusch über dem Herzen.

Von Atmungsstörungen habe ich wenig zu berichten: Hier und da klagten die Leute über leichte Dyspnoe, bisweilen mit typischen Symptomen von Lufthunger. F. Pick hat in neuerer Zeit über Atmungsstörungen geschrieben, die zum Teil schon von Fonssard publiziert wurden: Es handelt sich da um plötzliche Verlangsamung des Atmens bei normalem Pulse; manchmal kommt es dadurch zu Zuständen, die an Cheyne-Stokes-Typus erinnern.

Als ich die Liste meiner starken Raucher überblickte, fiel mir auch auf, daß darunter einige Basedowkranke waren, sowie auch einige Basedowoide im Sinne von R. Stern. Die Fälle sind aber zu spärlich, als daß ich daraus Schlüsse ziehen könnte. Ferner sei hier noch bemerkt, daß ich bei Nikotinisten gleich Auld und Jacoby wiederholt transitorische Albuminurie konstatieren konnte.

Sehr bekannt ist das Auftreten dyspeptischer Zustände: Das Erbrechen bei der akuten Nikotinvergiftung und beim Nikotinschwindel sei hier nochmals erwähnt. Raucher sind meist appetitlos, hier und da soll nach einzelnen Autoren auch Heißhunger vorkommen; sie leiden nicht selten an Speichelfluß, Singultus, Geschmacksanomalien, an Druck und Vollsein im Magen, an Magenschmerzen. Ich verweise da namentlich auf die Untersuchungen von Craemer und muß es den Internisten überlassen, genauer zu unterscheiden, was als „nervös“ zu bezeichnen ist.

Auch der Darm wird durch das starke Rauchen angegriffen. Es ist ja bekannt, daß bei manchen Menschen durch das Rauchen sofort StuhlDrang ausgelöst wird; Diarrhoe ist bei der chronischen Nikotinvergiftung hier und da zu beobachten, viel häufiger habe ich jedoch über hartnäckige Obstipation klagen gehört.

Hier mag auch noch die Stelle sein, darauf hinzuweisen, daß ich bei zehn meiner starken Raucher transitorische Glykosurie nachweisen konnte; auf derartige Vorkommnisse haben auch Bucelli und H. Stern aufmerksam gemacht.

Von Blasenstörungen habe ich nichts Wesentliches zu berichten, es sei denn der Umstand, daß manche meiner Patienten über vermehrten Harndrang klagten und Pollakuriker waren. Viel wichtiger ist der Einfluß auf die Potenz: Merkwürdig ist, daß in den meisten Lehrbüchern diese wichtige Frage garnicht erwähnt wird; bisweilen wird der Zusammenhang sogar völlig negiert.

Nur wenige Autoren, wie Blum und Fürbringer, widmen in der deutschen Literatur der Sache eine kurze Bemerkung. Nach Jean Bankier bediente man sich im 16. Jahrhundert in Italien des Tabaks zur Behandlung des Priapismus. So berichtet Depierris, daß man im 16. Jahrhundert in den Klöstern des genannten Landes starkes Tabakrauchen empfahl, um das sexuelle Bedürfnis abzustumpfen. Interessant ist, daß Demeaux (nach Fonssard) im Jahre 1852 die Einführung des Tabaks in die Lizeen proponierte, um die Onanie zu bekämpfen. Von neueren Autoren, die einzelne hierher gehörige Fälle mitteilen, sind noch zu nennen: Jankau, Fonssard, Sachs, Clemens, Chmelac, le Juge de Sagrais. — Wright beobachtete bereits 1846 Testikelveränderungen bei Hunden durch Tabakverfütterung; ähnliches sah auch Benigni angedeutet.

Ich besitze 70 Krankengeschichten von jungen Männern, die stark rauchten und über erhebliche Anomalien der Genitalfunktionen klagten; besonders auffällig ist mir, daß in dieser Gruppe viel starke Zigarettenraucher waren. Einige davon waren hereditär belastet, manche schon vor Beginn des Rauchens nervös gewesen. Bei einer ganzen Gruppe aber war es erst nach längerem Rauchen zu Störungen gekommen, bei manchen mischten sich verschiedene andere Zustände in das Bild, bei nicht wenigen war die Störung rein nur auf das sexuelle Moment beschränkt. Die Libido war nur selten sehr herabgesetzt; 15 der Leute klagten über häufige Pollutionen, 13 über Ejaculatio praecox; die meisten beschwerten sich über Potenzschwäche, die manchmal hohe Grade erreicht hatte. Zweimal bestand Spermatorrhoe; ein Patient beschwerte sich über permanentes unangenehmes Wollustgefühl. Bei einer

Anzahl dieser Fälle konnte ich unter Abstinenz bedeutende Besserung resp. Heilung beobachten.

Es wäre wichtig, Näheres über das Geschlechtsleben (Menstruation) der Frauen unter dem Einfluß des starken Rauchens zu erfahren. Mein Material war viel zu klein, als daß ich mir darüber hätte eine Ansicht bilden können. Der Vollständigkeit halber will ich darauf hinweisen, daß bei Tabakarbeiterinnen Menstruationsanomalien und Abortus sehr häufig vorkommen sollen.

Noch ein Wort über das Wenige, was über die Störungen der Haut, insofern sie nervösen Ursprungs sein dürften, bekannt ist: Starke Nikotinisten sind oft blaß, selten kongestioniert; bekannt ist die Totenblässe sowie der Schweißausbruch bei der akuten Nikotinvergiftung. Urticaria wurde ab und zu beobachtet; auch scheint nach Bottstein und anderen ein Zusammenhang zwischen nervöser Prurigo und Nikotinabusus zu bestehen.

Hier mögen noch einige Bemerkungen über die Beziehungen des Nikotinismus zu anderen Vergiftungen Platz finden. Wenngleich da die verschiedensten Gifte in Frage kommen, muß ich mich doch hier auf diejenigen beschränken, über die ich persönliche Erfahrungen habe. Sehr häufig habe ich die bekannte Verbindung mit Alkoholismus gesehen, die ja namentlich bei der Optikusfrage viel besprochen wurde. Ich nehme von einer genaueren Darstellung dieser Verhältnisse Abstand, weil es in den einzelnen Fällen unmöglich ist, die Rolle der einzelnen Gifte abzuschätzen. Sicher ist, daß der Alkohol das für das Nervensystem gefährlichere Gift ist, sodaß wir geneigt sind, bei der Doppelintoxikation diesem Agens die dominierende Wirkung zuzuschreiben. Wenn wir erst über die Nikotin-Nervenkrankheiten mehr wissen werden, wird es möglich sein, die Einzelfälle besser zu durchleuchten.

Nicht unwesentlich ist der Einfluß des Rauchens auf die Auslösung von Nervensymptomen bei Diabetikern, wie dies bereits v. Noorden hervorgehoben hat. Eine Statistik darüber kann ich nicht geben, da natürlich solche Diabetiker zu mir kamen, die Nervensymptome haben; aber immerhin ist mir aufgefallen, daß unter den Diabetikern mit Nervensymptomen relativ häufig starke Raucher sind.

Viel wichtiger ist aber die Beziehung des Nikotinismus zu den Nervenkrankheiten der Luetiker; es ist ja gewiß die Behauptung, daß in manchem Luesgift schon eine gewisse Prädisposition für Nervenkrankheiten liege, nicht von der Hand zu weisen, aber nichtsdestoweniger hat man mit Recht auch immer wieder nach auslösenden Momenten geforscht. So lernte man die Bedeutung der körperlichen und geistigen Ueberarbeitung kennen, die der psychischen Insulte, der körperlichen Verletzung, der Durchnässung, der Vergiftung durch akute Infektionen, durch gewerbliche Vergiftungen, durch Alkoholismus etc. Auch der Raucheexzesse wurde ab und zu mit einem Worte gedacht; doch hebt Erb mit Recht die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Revision dieser Frage in seiner Darstellung der Tabes in der „Deutschen Klinik“ hervor.

Ich lege Ihnen hier eine Tabelle des von mir zusammengestellten eigenen Materials vor und werde diese dann erläutern.

	Nichtraucher	schwache und mittelstarke	starke
Unter 800 Normalmenschen sind etwa	30%	51,2%	18,6%
Unter 290 Fällen von Lues + Neurasthenie etwa	22%	41,2%	36,5%
Unter 202 Fällen von echter Nervnlues etwa	18%	41,5%	40,5%
Unter 283 Fällen von Metalues etwa	23%	43,5%	33,5%

Die erste Gruppe betrifft die Neurastheniker i. e. solche Menschen, die Lues gehabt haben und dann Zeichen allgemeiner Nervosität aufwiesen, ohne daß bestimmte Zeichen einer organischen Nervenkrankheit nachweisbar waren. Daß dabei natürlich diagnostische Fehler unterlaufen können, ist klar; praktisch ist immerhin die Hauptsache wichtig, daß wir unter diesen Leuten doppelt so viel starke und sehr starke Raucher fanden als unter den Normalen. Selbstverständlich

paßt für manche Fälle der Ausdruck „Neurasthenie“ nicht, sondern sollte „chronischer Nikotinismus“ heißen. Unter diese Bilder kommen auch die Fälle, die Zeichen boten, wie wir sie bei der uns interessierenden Vergiftung oben beschrieben haben: so namentlich geringe Pupillendifferenzen, leichte Entzündung, geringe Reaktionsträgheit, ferner neuralgiforme Schmerzen, die oft diffus waren, manchmal auch individualisiert (z. B. im Ulnaris), ferner Interkostalschmerzen; auch Potenzschwäche spricht hier durchaus nicht beweisend für ein spinale Leiden.

Wir kommen immer mehr zu der wichtigen Tatsache, daß die Lokalisation des Tabakgiftes gewiß manche Ähnlichkeit mit der des luetischen hat. Außer den eben erwähnten weise ich noch darauf hin, daß wir auch sonst bei der Besprechung der Raucherkrankheiten eine Reihe von Symptomen fanden, die bei Luetikern auch nicht selten sind: so Veränderungen am Opticus, die Gedächtnisschwäche, die Hemikranie, die transitorische Aphasie, die Synkope, den Vestibularschwindel, ferner den Tremor, die Hemianopsie, die Hemianästhesie, die Hemialgesie und die Ataxie. Vielleicht werden einmal ev. vorkommende Nekropsien uns da anatomische Aufschlüsse geben. An dieser Stelle mag noch daran erinnert werden, daß Pandi bei chronisch mit Nikotin vergifteten Tieren Degeneration der Hinterstränge nachweisen konnte. Es gibt die Erkenntnis der Ähnlichkeit von Nikotin- und Nervenlues-Symptomen einen Fingerzeig dafür, daß man bei Luetikern, die schwere Nikotinisten sind, nicht zu rasch mit der Diagnose „Nervenlues“ vorgehen soll. Ich verfolge drei Luetiker, die starke Raucher sind und leichte Pupillendifferenzen aufweisen, nun schon durch Jahre, ohne daß auch nur das geringste weitere Zeichen einer organischen Läsion dazugetreten ist.

Ueberblicke ich meine etwa 100 Neurasthenie-Luetiker, die starke Raucher waren, bezüglich ihrer Symptome, so kann ich nicht behaupten, daß diese gegenüber denen bei anderen Nikotinisten besondere Eigenheiten haben.

Interessant ist ferner, daß ich 45 Beobachtungen von echter Apoplexie bei Luetikern ohne Zeichen einer chronischen Lues oder Metalues des Nervensystems habe. Ich finde 44 % von starken Rauchern gegenüber 18½ % der Normaltabelle vermerkt.

Wenn Sie die vorgelegte Tabelle weiter betrachten, so werden Sie sofort bemerken, wie auffallend groß die Anzahl der starken Raucher (40½ %) bei den Leuten mit echter Nervenlues gegenüber der Normaltabelle (18½ %) ist. Ähnliche — vielleicht etwas weniger prononzierte Verhältnisse — sehen Sie auch bei meiner Statistik der Metaluesfälle (Tabes und progressive Paralyse): bei letzterer fanden sich unter 583 Männern fast 34 % starke und exzessive Raucher gegenüber den 18½ % der Normaltabelle. Wir sehen hiermit, daß die Rauchexzesse für die Entstehung von Nervensymptomen bei den Luetikern allerdings nicht eine Hauptrolle spielen, aber daß sie immer ein nicht unwesentliches akzidentelles Moment darstellen.

Zum Schlusse sei mir noch ein Wort über die Prophylaxe der Raucherkrankheiten gestattet. Sie wäre ja sehr einfach: man verbiete eben den Leuten das Rauchen. Und doch kann ich, der ich ein Nichtraucher bin, mich nicht zur Aufstellung dieses Satzes entschließen. Die Kulturmenschheit braucht eben Mittel, die anregend auf den Geruch, den Geschmack wirken und die imstande sind, leichte Euphorie zu erzeugen. Ich stehe auf dem Standpunkte des Alkohol-Temperenzlerums; aber ich sehe nicht ein, warum man sich den Genuß eines Glases Bier und einer kleinen Weinquantität versagen soll. Der Gesunde mag ruhig weiter rauchen; ich halte ein Quantum von vier bis fünf leichten Zigarren oder zehn bis zwölf leichten Zigaretten für gestattet. Wir sahen aber, wie gefährlich der Beginn des Rauchens im Kindesalter ist, und ich möchte daher regelmäßiges Rauchen vor dem 17. oder 18. Jahre nicht empfehlen. Große Vorsicht haben Leute zu beobachten, die zu Herzkrankheiten neigen, Zeichen von Arteriosklerose aufweisen, Diabetiker und Luetiker. Für derartige Menschen ist große Restriktion des Quantums gewiß sehr wünschenswert.

Es gibt aber noch eine wichtige Indikation für Abstinenz — das ist die bei denjenigen Exzedenten, die sich absolut nicht an das Restrangieren gewöhnen wollen. Es sind das oft prononzierte Neurastheniker, die zur Verbesserung ihrer Stimmung oder ihrer daniederliegenden Arbeitskraft ohne Aufhören — oft namentlich Zigaretten — rauchen. Manchmal habe ich starke Zigarettenraucher dadurch nicht ungünstig beeinflusst, daß ich ihnen riet, sich an das Rauchen von zwei bis drei Zigarren im Tag zu gewöhnen. Durch diese Maßregel wird eine Art von Selbstkontrolle der Leute, die das Rechnen mit dem Nikotinquantum schon längst verlernt haben, herbeigeführt. Manchmal ist bei derartigen Menschen die Verwendung sogenannter entnikotinierter Zigarren und Zigaretten zu empfehlen.

Bei einigermaßen gutem Willen der Patienten fällt die Entwöhnung nicht schwer. Man kann sie, allmählich mit dem Quantum absteigend, vornehmen; übrigens kommt es auch bei plötzlicher Entwöhnung nicht zu stürmischen Erscheinungen wie bei der Alkohol- oder Morphiumentziehung, sondern meist nur zu einem allgemeinen Mißbehagen. Nur sehr willensschwache, stark im Rauchen exzedierende Patienten müssen manchmal in Nervensanatorien abgegeben werden, weil sie nur unter der permanenten Beaufsichtigung und unter permanentem Zuspruche des Arztes die Energie finden, dem lieb gewordenen Genuß zu entsagen.