

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.

Vierzehnter Jahrgang.

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

Verlag von Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

I. Ueber Herzkrankheiten bei Tabes.¹⁾

Von Prof. E. Leyden.

Die Demonstration, welche ich in der Tagesordnung angekündigt habe, bezieht sich auf einen Fall von Tabes dorsalis mit Herzkrankheit, welcher zur Autopsie gekommen ist, sodass nicht allein die Diagnose, die ja nicht schwer ist, vollkommen sichergestellt wurde, sondern dass wir auch an den Befund der Autopsie einige Reflexionen und Prüfungen über das Verhältniss dieser beiden Krankheiten zu einander anknüpfen dürfen: ich hoffe, dass es von einigem Interesse sein wird, diese Prüfungen hier vor der Gesellschaft vorzutragen.

Das Zusammentreffen von Tabes mit Herzkrankheiten ist ein nicht gar häufiges, und erst seit einigen Jahren ist die Aufmerksamkeit auf dies Verhältniss gelenkt worden. Bisher haben sich nur wenige Autoren an dieser Frage betheiligt. Das Verhältniss zwischen Tabes und Herzkrankheit schliesst sich an eine Reihe sehr mannichfaltiger analoger Symptome an, welche die Tabes begleiten. Diese häufigste und bekannteste Rückenmarkskrankheit bietet eine so ausserordentliche Mannichfaltigkeit der Symptome dar, dass, trotzdem sie schon lange studirt und bekannt ist, immer noch neue symptomatische Bereicherungen gewonnen werden können. Namentlich haben in den letzten Jahren die sogenannten visceralen Complicationen der Tabes ein lebhaftes allseitiges Interesse erregt, gerade durch die Besonderheit und die ausserordentliche Mannichfaltigkeit der sie begleitenden Symptome. Die visceralen Complicationen sind Erscheinungen, welche die verschiedenen Provinzen der Eingeweide betreffen, also Organe, welche zunächst mit dem typischen Krankheitsbilde und mit dem anatomischen Befunde der Tabes gar nicht in einem offenkundigen Zusammenhange stehen.

Die erste Gruppe derartiger Erscheinungen, welche bekannt wurde, sind die Anfälle von Erbrechen, die von Charcot als Crises gastriques beschrieben und jetzt allgemein bekannt sind. Charcot erkannte zuerst den Zusammenhang zwischen diesen Crises gastriques und dem Processe der Tabes. Es finden sich allerdings auch schon in früheren Krankengeschichten die betreffenden Symptome angegeben, ich selbst habe schon einen solchen Fall gesehen, als ich meine erste Arbeit über die graue Degeneration der hinteren Rückenmarkstränge schrieb, ich weiss noch recht gut, dass mir der Fall damals Kopfzerbrechen machte; aber der Zusammenhang zwischen diesen Anfällen von Erbrechen mit der Tabes ist erst von Charcot erkannt und durch eine Reihe von Beobachtungen festgestellt worden. Später ist die Sache dann vielfach bestätigt, und heute besteht kein Zweifel über den Zusammenhang der Symptome. An die Crises gastriques schliessen sich noch andere Erscheinungen des Intestinalcanals an, intestinale Crisen, auf die ich hier nicht weiter eingehen will.

Nun lassen aber auch die anderen Eingeweide eine ähnliche Betheiligung an dem Krankheitsbilde der Tabes erkennen. Der Respirationsapparat ist betheiligt durch Laryngokrisen und Bronchialkrisen. Der Harnapparat durch Nierenkrisen und solche, welche den Blasenhalss betreffen. Mit dem Ausdruck Krisen werden schmerzhafte oder krampfartige Anfälle bezeichnet, wie sie in Bezug auf die gastrischen Krisen allgemein bekannt sind.

Endlich schliessen sich noch die Symptome von Seiten des Herzens an. Von diesen Symptomen, welche mit der Tabes in Zusammenhang zu bringen sind, ist am spätesten etwas bekannt geworden; Charcot machte darauf aufmerksam, dass bei der Tabes

in der Regel eine erhöhte Pulsfrequenz beobachtet wird. Diese Erhöhung der Pulsfrequenz ist eine dauernde und hat also mit Krisen mit Anfällen nichts zu thun.

Vor einigen Jahren haben Berger und Rosenbach eine Reihe von Beobachtungen mitgetheilt, auf die ich sogleich näher eingehen will, weil der vorliegende Fall sich darauf bezieht. Ich selbst habe dann vor nicht langer Zeit (im Jahre 1887) einen kleinen Aufsatz über die Herzaffectationen bei Tabes veröffentlicht, den ich in einigen Exemplaren herumgebe. In diesem habe ich drei Formen von Herzaffectationen unterschieden, erstens die erhöhte Pulsfrequenz, zweitens jene Klappenfehler, die zuerst von Berger und Rosenbach mitgetheilt sind, und endlich Anfälle von Angina pectoris. Diese letztere Affectation besteht in schmerzhaften Anfällen in der Herzgegend, sehr analog den Anfällen von typischer Angina pectoris, verbunden mit einem mehr oder minder ausgesprochenen Angstgefühl. Diese Anfälle sind zuweilen ausserordentlich stark und führen sogar zu Ohnmachten, wodurch die Analogie mit dem Symptomencomplex der Angina pectoris noch vollständiger wird. Ich habe einen Fall gesehen, der letal endete, und einen anderen der mit sehr schweren Symptomen verlief, beide habe ich l. c. mitgetheilt. Da beide Fälle relativ jugendliche Individuen betreffen, von denen übrigens der eine mir sehr bekannt und noch am Leben ist, so ist kein Zweifel, dass es sich hier nicht um die arteriosklerotische Angina pectoris handelt, sondern um eine Form, die der Tabes dorsalis eigenthümlich ist. Diese Angina pectoris ist also das vollständigste Analogon der Krisen, d. h. sie stellt Anfälle von neurotischen Symptomen vor, welche mit mehr oder minder grosser Heftigkeit auftreten und durch freie Intervalle getrennt sind. Mit grosser Wahrscheinlichkeit darf man diese Anfälle von Angina pectoris bei Tabes auf eine Betheiligung der cardialen Aeste des N. vagus beziehen, analog der Betheiligung anderer sensibler und sympathischer Nervenbahnen bei Tabes. Dr. Grödel in Nauheim, welcher kürzlich ebenfalls einen kurzen Aufsatz über die Herzaffectation der Tabes veröffentlicht hat¹⁾, schliesst sich meiner Deutung an.

Ich gehe nun auf diejenige Form näher ein, welche hier zur Demonstration kommen soll. Rosenbach und Berger haben in der Berliner klinischen Wochenschrift (1879) eine kurze, aber sehr interessante und anregende Publication gegeben. Sie berichten über 7 Fälle von ausgesprochener Tabes mit ausgesprochenen Symptomen der Insufficienz der Aortenklappen. Ohne dass sie gerade eine ganz bestimmte Deutung geben, zeigen sie sich doch geneigt, beide Affectationen in Zusammenhang zu bringen, weil es sich bei allen untersuchten Tabischen stets um denselben Klappenfehler, Insufficienz der Aortenklappen, gehandelt hat, und die gewöhnliche Aetiologie (Gelenkrheumatismus) nicht vorlag. Unter diesen Patienten waren fünf weibliche und nur zwei männliche. Weitere Erfahrungen können erst entscheiden, welche von beiden Erkrankungen die Basis für die andere abgibt. Die Autoren sind also geneigt, eine gewisse Beziehung zwischen Tabes und Insufficienz der Aortenklappen anzunehmen. Die Basis für diesen Zusammenhang könnte gefunden werden in sogenannten trophischen Erscheinungen, welche ja auch bei der Tabes vorkommen, und welche ebenfalls ein grosses Interesse haben. Die trophischen Erscheinungen der Tabes sind erstens Atrophien der Muskeln, dann die Ihnen gewiss sehr bekannten Gelenkaffectationen, Arthropathien. Es kommen auch Ulcus perforans pedis, es kommen Ausschläge u. s. w. vor, nicht sehr exquisite, aber doch mannichfaltige Symptome, welche als trophische gedeutet wer-

¹⁾ Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin.

¹⁾ Deutsche med. Wochenschrift 1888, No. 20.

den und welche alle auf einen schrumpfenden atrophischen Process hinauszulaufen scheinen. Es ist also die Combination, wie ich durchaus gern anerkenne, eine geistreiche und überraschende, welche die Frage hinstellt, ob nicht im Zusammenhang mit der Tabes auch an den Klappen analoge trophische Processe vor sich gehen könnten, welche zu einem Herzfehler führen. Wenn man dies auch gern anerkennt, so muss man andererseits sagen, dass ein derartiger Vorgang in anderen ähnlichen Krankheiten noch gar keine Analogie findet, und wenn man wieder in Betracht zieht, dass sowohl die Tabes wie die Insufficienz der Aortenklappen relativ häufige Krankheiten sind, und zwar Krankheiten im mittleren Alter, so kann es nicht gerade sehr überraschen, dass zuweilen Herzkrankheiten und Tabes zusammen vorkommen, ohne dass man einen inneren Zusammenhang anzunehmen berechtigt ist.

Es muss noch hervorgehoben werden, dass die Insufficienz der Aortenklappen nicht der einzige Klappenfehler ist, der bei Tabes vorkommt. Von französischen Autoren sind auch Mitralfehler beobachtet worden. Dieser Einwand würde freilich wenig bedeuten, weil man sagen könnte: die anderen, die Mitralfehler, rechne ich nicht zu den trophischen, sondern nur die Aortenfehler. Es muss auch anerkannt werden, dass eine relativ grössere Anzahl von Herzkrankheiten bei Tabes beobachtet sind ohne die gewöhnlichen Ursachen, namentlich ohne vorangegangenen Gelenkrheumatismus, ohne Ueberanstrengung u. dgl. Aber gerade die Insufficienz der Aortenklappen kommt schon bei beginnender Arteriosklerose vor; demnach würde sich die Frage so stellen, ob sich durch Autopsie wahrscheinlich machen lässt, dass die Insufficienz der Aortenklappen auf einem arteriosklerotischen Process beruht oder nicht. Wenn das Ergebniss der Autopsie ganz negativ wäre, so würde die Combination der Herren Berger und Rosenbach mehr an thatsächlicher Basis gewinnen. Ich füge gleich hinzu, dass ein Fall natürlich nach keiner Seite hin etwas entscheiden würde; aber ich glaube, dass die Frage, die von Berger und Rosenbach angeregt ist, doch nur durch Autopsien und Prüfung der Befunde gelöst werden kann.

In dem vorliegenden Falle war ich intra vitam nicht abgeneigt, die Insufficienz der Aortenklappen als eine trophische (dystrophische) anzusehen; denn die Patientin, welche den Symptomencomplex darbot, hatte weder Gelenkrheumatismus überstanden, noch bot sie irgend ein Symptom, welches mit Bestimmtheit auf Arteriosklerose schliessen liess. Freilich wissen wir, dass die sklerotischen Processe gerade an den Aortenklappen ohne anderweitige Arteriosklerose vorkommen können. Ich will nun die kurze Krankengeschichte vorlesen.

Patientin, eine 48jährige Nähterin (ccp. 28. November 1887, † 5. Januar 1888), hatte vor 12 Jahren zum ersten Mal rheumatische Schmerzen am Oberschenkel, welche seither nie ganz verschwanden, zeitweise nachliessen und exacerbirten. Pat. weiss keine Ursache anzugeben, sie hat gute Wohnung gehabt, nicht Noth gelitten, ihre Arbeit bestand im Maschinennähen. Seit 2 Jahren wurde ihr das Gehen schwerer, besonders beim Treppensteigen bekam sie Herzklopfen und Luftbeschwerden. Vor 1 Jahr wurde sie in einer Klinik wegen Rheumatismus 3 mal wöchentlich elektrisirt: ohne Erfolg. Seitdem blieb sie fast immer zu Hause und betrieb die Hauswirthschaft, weil ihr jede Bewegung schwer wurde. Wegen Steigerung der Luftbeschwerden kam sie zur Charité.

Status praesens: Ziemlich grosse, stark gebaute Frau, mässig fett, schlaffe Muskulatur, starke Dyspnoe, Pat. sitzt meistentheils, Lippen blass, cyanotisch. Oedema pedum. Puls 100, celer et altus, Rad. art. nicht rigide, Hüpfen der Carotiden. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum breit und hoch. Man hört an der Herzspitze ein langes, ziemlich laut und rauh klingendes (diastolisches) Geräusch, keinen Ton. Ueber der Basis der Aorta diastolisches Geräusch. In der Carotis systolisches Geräusch, kein diastolischer Ton. Tönen der Cruralis.

Ueber den Lungen vesiculäres Athmen, nur in den hinteren unteren Partien kleinblasiges trockenes Rasseln.

Das Nervensystem betreffend, so ist eine deutliche Coordinationsstörung nicht zu constatiren. Der Gang ist unsicher, schwerfällig und schleppend. Die Sinnesorgane intact. Pupillen von mittlerer Weite, reflectorische Pupillenstarre. Herumziehende Schmerzen, gegenwärtig am lebhaftesten in der rechten Hand; an dieser ist auch das Gefühl für die Lage herabgesetzt. Kniephänomene fehlen beiderseits.

Autopsie 7. Januar 1888 (Herr Dr. Langerhans): Herz stark vergrössert, beide Ventrikel dilatirt und hypertrophisch, besonders der linke. Die Aortenklappen etwas verdickt und retrahirt, besonders die Schliessungslinien. Papillarmuskeln dünn, schlaff, die Trabekel platt, z. Th. bindegewebig.

Die Aorta dicht über den Klappen ist weit, die Intima am Aortabogen verdickt, vielfach in Fettmetamorphose begriffen und atheromatös verändert. Nieren gross, von derber Consistenz.

Das Rückenmark zeigt bei makroskopischer Betrachtung wenig Auffälliges. Die Arachnoidea an der hinteren Fläche des Rückenmarks ist stark verdickt, die Hinterstränge sehen nicht rein weiss aus. Die etwas grau erscheinenden Theile liegen in der oberen Partie des Rückenmarks peripherisch, im Lendenmark mehr central.

Wenn ich mit ein paar kritischen Bemerkungen auf diesen Fall eingehe, so ergiebt die kurze Krankengeschichte mit genügender Sicherheit, dass die ersten Symptome der Tabes bereits seit 12 Jahren bestehen, ohne bis zu einem erheblichen Grade fortgeschritten zu sein.

Die Patientin hat nur Schwäche in den Beinen, sie hat Pupillenstarre, am stärksten afficirt sind die oberen Extremitäten, dort sind die Schmerzen am heftigsten, in der rechten Hand besteht Anaesthetie und leichte Coordinationsstörung. Bei dieser Patientin also findet sich gleichzeitig eine evidente Insufficienz der Aortenklappen. Die Symptome sind klar: Dilatation, diastolisches Geräusch, Pulsus celer u. s. w. Nun ist es in der That bemerkenswerth: wie kommt die Patientin zu dieser Insufficienz? Arteriosklerose war nicht nachweisbar. Patientin ist Nähterin, hat Maschine genäht, sie hat aber keine schwere Arbeit geleistet, ohne besonderen Grund stellte sich bei ihr in den letzten Jahren eine allmählich zunehmende Kurzatmigkeit ein. Wenn man in Betracht zieht, dass der Halstheil am stärksten vom tabischen Process inficirt war, so konnte man sich wohl die Frage vorlegen: Haben wir nicht die Insufficienz auf trophische Symptome zurückzuführen? Ich war auf die Autopsie also sehr gespannt; nach dem Sectionsbefund bin ich jedoch der Meinung, dass es sich dennoch um einen arteriosklerotischen Process handelt, dass die vorgefundenen Symptome nicht trophische, sondern arteriosklerotische sind. Das Herz ist stark dilatirt, und an mehreren Stellen sind fibröse Degenerationen vorhanden. Die Klappen zeigen verhältnissmässig wenig Erkrankung, nur Verdickung der Schliessungsränder, aber am deutlichsten ist die Arteriosklerose am Anfangstheil der Aorta, dieser ist dilatirt, und, wie ich vorgelesen habe, deutlich mit sklerotischen Flecken durchsetzt. Es wird nicht möglich sein, diese Arteriosklerose am Anfangstheil der Aorta für eine dystrophische zu erklären, sondern ich glaube, dass dieser Fall zu Gunsten der Ansicht spricht, die ich auch in meinem Aufsatz über Tabes in der Encyclopädie von Eulenburg ausgesprochen habe und der sich auch Herr Grödel angeschlossen hat: dass wir nicht berechtigt sind, die Klappenfehler bei Tabes als einen Effect des tabischen Processes anzusehen, sondern dass die bisher vorliegenden Thatsachen den Schluss rechtfertigen, dass es sich um eine zufällige Complication mit Arteriosklerose handelt. Wenn die Herren Berger und Rosenbach auch noch auf die Möglichkeit eines umgekehrten ätiologischen Verhältnisses hinzuweisen scheinen, dass die Arteriosklerose an der Tabes Schuld sein könnte, so würde ich dafür noch weniger ein thatsächliches Fundament sehen. Aber wenn ich mit den Herren auch nicht übereinstimme, so verkenne ich nicht, dass sie sich mit der Anregung der interessanten Frage ein Verdienst erworben haben.

Ich habe auch noch mikroskopische Präparate von der Tabes mitgebracht, welche Herr cand. med. Bein nach den Weigert'schen Methoden angefertigt hat. Sie bieten zwar nicht etwas Besonderes, sind aber sehr gut gelungen: sie lassen erkennen, dass der Tabesprocess schon ziemlich weit fortgeschritten ist, dass sich eine ziemlich starke Degeneration in den Hintersträngen zeigt, obgleich die Patientin noch kaum eine deutliche Coordinationsstörung darbot: sie ging im Zimmer vollständig gut umher.