

Aus der Nervenabteilung eines Kriegslazaretts.

Polyneuritis ambulatoria.

Von W. Alexander in Berlin, z. Z. im Felde.

Den Ausgangspunkt meiner Beobachtungen bildet ein Fall aus der Friedenspraxis, über den ich wegen seiner besonderen Seltenheit ausführlich an anderer Stelle berichten werde. Er sei hier nur kurz soweit skizziert, als er zum vorliegenden Thema in Beziehung steht.

Fall 1. 36-jähriger Kaufmann mit belangloser Vorgeschichte, erkrankt an Lumbago, die in wenigen Tagen heilt; im Anschluß daran Lähmung des linken Fazialis, nach einigen Tagen Parese des rechten Fazialis. Bei einer Untersuchung zu dieser Zeit finde ich außerdem Fehlen der Bauchreflexe und Achillesreflexe, keine Lähmung oder Gefühlsstörung, keine Schmerzen, keine Druckpunkte. Am Fazialis beiderseits quantitative elektrische Veränderungen. Extremitäten- und Bauchmuskeln elektrisch normal. Diagnose: Polyneuritis.¹⁾ Bett. Schwitzen.

Die Fazialislähmungen gehen bereits in der zweiten Woche zurück, auch die Achillesreflexe sind schon wieder angedeutet. Keine neuen Erscheinungen. — Nach sechs Monaten Fazialis geheilt, Bauchreflexe = +, Achillesreflexe rechts +, links + <.

Zusammenfassung. Fall von Polyneuritis unbekannter Ätiologie mit Diplegia facialis, Fehlen der Bauch- und Achillesreflexe ohne Lähmung, Schmerzen und Sensibilitätsstörung. Heilung. Lediglich die Gesichtslähmung hatte ihn zum Arzt geführt.

Während meiner Tätigkeit bei der Truppe und bei Feldlazaretten waren mir mehrfach Leute aufgefallen, die wegen irgendeiner anderen Krankheit zur Beobachtung kamen, bei denen ich dann ein Fehlen von Patellar- oder Achillesreflexen fand, welches offenbar mit der gerade vorliegenden Erkrankung nichts zu tun hatte. Meine spätere Stellung an der Nervenstation eines Kriegslazaretts gab mir Gelegenheit, derartige Fälle wiederholt zu sehen und eingehender zu beobachten. Einige Beispiele:

Fall 2. 19-jähriger Volksschullehrer, Anamnese belanglos, nicht belastet und nicht nervös, erkrankt am 1. Juni 1917 mit blutigem Durchfall und Fieber, tut zunächst noch Dienst, meldet sich erst am 12. Juni 1917 wegen Erbrechens, Parästhesien und Vertaubung im rechten Bein krank. Im Lazarett ist er fieberfrei, hat stark schleimige Durchfälle, auf Typhus und Ruhr negativ. Milz nicht geschwollen. Spur Albumen. „Sehnenreflexe nur schwach auslösbar, Hautreflexe normal. Das rechte Bein etwas schwächer als das linke, Umfang gleich. Keine nennenswerten Sensibilitätsstörungen, auf der rechten Seite etwas abgestumpft gegen Nadelstiche.“ — Beim Aufstehen am 26. Juni klagt er über Gefühlsstörung am rechten Bein, kann nur kurze Zeit mit demselben auftreten. Fachärztlicher Befund: Pupillen = prompt. Patellar- und Achillesreflexe —. Vielleicht am rechten Unterschenkel Hypalgesie. Gang uncharakteristisch. „Das Fehlen der Reflexe erweckt den Verdacht, daß die Durchfälle doch wohl typhösen Ursprungs gewesen sind.“ 16. Juni. Genesungsheim, Garterarbeit. — 17. September. Keine Beschwerden (Befund?). Nach drei Wochen Urlaub k. v. — Einen Monat im Feld, Artillerie.

Am 12. November 1917 Krankmeldung. Seit 14 Tagen Durchfall, aber Dienst getan. Jetzt drei Tage ununterbrochen geschant und Munition geschleppt. Beim Postenstehen plötzlich (ohne Schreck oder dergleichen) Beine versagt, umgefallen, kurz bewußtlos. Feldlazarett: Schlaffe Lähmung beider Beine, Gehen unmöglich, Stehen mit Unterstützung. Von Leistenbeuge bis Fußspitzen Anästhesie (Nervenstatus sonst unvollkommen). Diagnose: Hysterische Lähmung beider Beine. — 16. November. Beinbewegungen im Bett normal, Gehen mit Unterstützung einige Minuten möglich.

19. November. Kriegslazarett (Nervenstation). Gut genährt. Organe ohne Befund. Urin: frei. Psychisch (trotz schwerer Lähmung) heiter, etwas unreifes, aber keineswegs hysterisches Wesen. Gute Intelligenz. Korneal- und Würgregreflex <. Kein Lidflattern und Zungenzittern. Hirnnerven ohne Befund. Bauch- und Kremasterreflexe = +. Patellar-, Achilles- und Sohlenreflexe = —. Glutäalreflexe = >. Biernacki, Abadie, Ataxie —, Hypotonie + (?). Totale Analgesie der Beine von der Leistenbeuge ab abwärts. Beine aktiv gut beweglich, aber ohne Kraft. Der linke Fuß kann nicht aktiv dorsal-

¹⁾ Die Begründung der Diagnose bleibe der ausführlichen Publikation vorbehalten. (Zschr. f. physik. u. diätet. Therapie, 1918, August [Festschrift für Goldscheider].) Dasselbst finden sich auch weitere Literaturangaben.

flektiert werden. Keine Muskelatrophie, elektrisch normal. Gang mit steifen Beinen bei starker Unterstützung möglich, kleinste Schritte mit je dreimaligem Auftippen beim Vorsetzen des Fußes. Wa.R. —. Diagnose: Hysterische Abasie. Alte Polyneuritis nach Ruhr.

28. November. Nach Faradisation sofort normale Dorsalflexion des linken Fußes. Auf energisches Zureden Gang sofort ohne Unterstützung, noch etwas ängstlich. — 2. Dezember. Dauernd außer Bett. Geht allein. Analgesie erheblich zurückgegangen. — 10. Dezember. Gang und motorische Kraft normal. Befund sonst unverändert. — 4. Januar 1918. Patellarreflexe links —, rechts mit Jendrassik Spur +. Achillesreflexe = —. Sohlenreflexe = schwach +. Sensibilität ohne Störung für alle Qualitäten. Vibrationsgefühl am linken Bein gut, am rechten Knöchel —. Elektrisch normal. Gang normal, kann auf den Fußspitzen stehen und tadellose Kniebeuge machen. Arbeitet auf der Station. 1. Februar 1918. Entlassung als g. v. Etappe.

Zusammenfassung: Sonst gesunder Mann, bekommt nach infektiösem Darmkatarrh ohne wesentliche Beschwerden eine Polyneuritis der Beine, auf die sich eine hysterische Abasie aufpfropft. Diese wird geheilt und der Mann anscheinend mit noch fehlenden Reflexen zum Dienst geschickt. Ein neuer Darmkatarrh im Verein mit Uebermüdung (ohne psychischen Shock) gibt, wohl in Erinnerung an den schon einmal erlebten zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang, die psychologische Brücke zu abermaliger Abasie mit lokalisierter funktioneller Lähmung, die beide sofort suggestiv geheilt werden, während die Reflexe von der alten Polyneuritis her noch fast völlig fehlen.

Dieser Fall ist nicht nur ein schönes Beispiel für die Kombination eines organischen Nervenleidens mit einem funktionellen, sondern er zeigt mit seltener Eindeutigkeit einmal den Weg des psychischen Geschehens. Mit dem Fall 1 hat er gemeinsam, daß das Fehlen der Reflexe (außer einer geringfügigen Gefühlsstörung) das einzige Symptom einer Polyneuritis war, die hier nicht einmal ganz leicht zu nennen ist, da nach über sechs Monaten die Reflexe noch fast völlig fehlen. Auch dieser Krankte hatte keine Schmerzen und keine organische Lähmung, er wäre vielleicht ohne den Darmkatarrh und das Dazutreten der psychogenen Erscheinungen garnicht in Lazarettbehandlung und zur fachärztlichen Untersuchung gekommen, ebensowenig wie Fall 1 überhaupt von der Erkrankung seiner Beine etwas wußte.

Fall 3. 23jähriger Landwirt F. Nie krank. Potus —, Infektion —, Nikotin stark. Seit Mai 1915 im Feld. 15. April 1918 verschüttet, nur der Kopf war frei, angeblich 10 Minuten bewußtlos, keine Blutung, kein Erbrechen, Sprache etwas leise, machte Sturm weiter mit. — Seit 14 Tagen vor diesem Ereignis gelegentlich Schmerzen in den Beinen, außen und innen, auch in der Ruhe, nachts am schlimmsten, auch Reißen im linken Arm. War zeitweise deswegen in Revierbehandlung. Keine Blasenstörungen.

Kräftig. Keine äußeren Verletzungen. Organe ohne Befund. Urin frei. Psychisch frei. Hirnnerven ohne Befund. Bauchreflexe = +, Kremasterreflexe = +, Patellar- und Achillesreflexe = —, Sohlenreflexe = plantar. Atrophie —, Ataxie —. Muskulatur der Oberschenkel, besonders der Adduktoren, druckempfindlich, Nervenstämmen nicht. Grobe Kraft gut. Elektrisch: ohne Befund. Analgesie von den Hüften abwärts (mit Ausnahme der Fußsohlen), des linken Armes und der linken Brust, wo er gequetscht worden war. Wa.R. —. Totale Aphonie, die sofort suggestiv geheilt wurde.

Zusammenfassung: Mann, der seit 14 Tagen an leichtem Reißen leidet und deswegen gelegentlich in Revierbehandlung steht, macht Sturmangriff mit und bekommt nach anscheinend leichtem Trauma hysterische Gefühlsstörungen an den gequetschten Partien und Aphonie, die sofort suggestiv geheilt wird. Nach Abzug der hysterischen Symptome besteht lediglich Areflexie der Knie- und Achillessehnen, für die sich keine zentrale Ursache findet.

Diagnose: Polyneuritis, von hysterischen Symptomen überlagert, wie Fall 2.

Fall 4. 26jähriger Schornsteinfeger H. Nie krank, seit Juli 1916 im Feld. Oktober 1917 leichte Verletzung an linker Hand. März 1918 leichte Verwundung an rechter Hand und Verschüttung. Angeblich zwei Stunden bewußtlos, keine Erbrechen, keine Blutungen, nachher leichtes Zittern. Klagt über Schlaflosigkeit und Unruhe, allgemeine Schwäche. Nie Beschwerden in den Beinen, auch jetzt nicht. Blase ohne Befund.

Kräftig, mäßiger Ernährungszustand. Lidflattern, Zungenzittern. Hirnnerven ohne Befund, Organe ohne Befund. Urin frei, Bauchreflexe = +, Kremasterreflexe = +, Patellarreflex rechts schwach +, links Spur +; Achillesreflexe = —. Sohlenreflexe = plantar. Sensibilität normal. Nervenstämmen nicht druck-

empfindlich. Keine Ataxie. Bei Aufregung leichtes allgemeines Zittern. Wa.R. —.

Fall 5. 23jähriger Unteroffizier R., Bankbeamter. Nie krank, nicht nervös. Seit März 1915 im Felde, als Infanterist stets Dienst getan. Juni 1917 wegen Furunkulose und allgemeiner Körperschwäche ins Lazarett. Niemals Beschwerden in den Beinen gehabt, nie in Revierbehandlung gewesen.

Mittelkräftig, etwas blaß, mäßig genährt. Organe ohne Befund. Urin frei. Psychisch ohne Befund. Bauchreflexe = +, Kremasterreflexe = +, Patellar- und Achillesreflexe = —, Sohlenreflexe = plantar. Nervenstämmen und Muskeln nicht druckempfindlich. Grobe Kraft genügend. Keine lokalisierte Muskelatrophie, Muskeln im ganzen etwas schlaff. Elektrisch ohne V. Sensibilität ohne Störung. Auch keine Gelenksinnstörung an den Zehen. Wa.R. —. Befund noch nach viermonatiger Beobachtung unverändert.

Das Gemeinsame dieser Beobachtungen, denen ich weitere anreihen könnte¹⁾, liegt darin, daß junge, sonst gesunde Leute gewissermaßen zufällig mit Reflexverlust angetroffen werden, der nicht auf eine zentrale Erkrankung, auch keine Commotio spinalis zurückzuführen ist. Sie kommen wegen irgendeiner anderen Affektion zur Untersuchung und haben, auch auf eindringliches Befragen, weder jetzt noch früher nennenswerte Beschwerden in den Beinen gehabt, höchstens leichtes „Reißen“, dessentwegen sie sich aber nicht krank meldeten. Es fehlt jede Andeutung von Lähmung und organischer Sensibilitätsstörung. Alle taten Dienst; Fall 3 machte sogar einen Sturmangriff mit, nachdem er schon 14 Tage in ambulanter Revierbehandlung war.

Von diesen Fällen zum bekannten Bilde der Polyneuritis und bis zu ihren schwersten Formen finden sich Uebergänge in allen Schattierungen. Diese Kontinuität der Syndrome beweist schon zur Genüge die Zugehörigkeit auch dieser leichtesten Fälle zur Polyneuritis. Differentialdiagnostisch käme lediglich noch die Poliomyelitis des Erwachsenen in Betracht. Sie ist aber so selten und ist in einer derartig abortiven Form so unbekannt, daß sie, ganz abgesehen von allen weiteren Gründen, die ich mir hier ersparen kann²⁾, nicht in Betracht kommt. Es kann sich also nur um unbemerkt abgelaufene Polyneuritiden gehandelt haben, um eine „Polyneuritis ambulatoria“, als deren Entstehungsursache ja der Krieg eine nie dagewesene Fülle von Schädlichkeiten infektiöser³⁾ und refrigeratorischer Natur mit sich brachte.

Fälle, bei denen eine bestimmte Ursache nicht nachweisbar war, bezeichnete man auch als „primär infektiöse“ (Eichhorst⁴⁾) oder „akute fieberhafte“ (Holmes⁵⁾, Singer⁶⁾, Mendel⁷⁾). Dazu kommt nun als auslösende Ursache von größter Bedeutung die Ueberanstrengung. Trotzdem also diese Häufung ätiologischer Schädlichkeiten schon ein gehäuftes Vorkommen von Polyneuritis erwarten ließ, was meine und anderer Erfahrungen auch bestätigten, gilt das Fehlen wesentlicher subjektiver Beschwerden und schwerer Ausfallserscheinungen, wie es außer mir Mann⁸⁾, Mendel⁹⁾, Schlesinger¹⁰⁾ und Simons¹¹⁾ gesehen haben, doch immer noch für so außergewöhnlich, daß einige Autoren, wie Steiner¹²⁾ und Gutzeit¹³⁾, die bei Hysterie aufgehobene Sehnenreflexe fanden, und Schuster¹⁴⁾, der „starker Herabsetzung von Patellarreflexen bei gleichzeitiger Hypotonie“ bei Zittern und anderen funktionellen Leiden begegnete, keine Bedenken trugen, den Reflexausfall eher als ein Symptom der Hysterie aufzufassen, als daß sie eine Commotio spinalis oder die Polyneuritis in Erwägung zogen. Andere Autoren, die gleichfalls nicht in das Krankheitsbild passende Reflexstörungen fanden, drücken sich vorsichtiger aus. Cassirer¹⁵⁾, der in zwei Fällen nach Granatverletzung und schwerer Erschütterung auch neben funktionellen Störungen Areflexie der Extremitäten sah, führt diese auf feinere anatomische Veränderungen im Reflexbogen zurück und schließt Polyneuritis aus. Nonne, der einen ganz ähnlichen Fall beobachtete, nimmt für diesen durch Polyneuritis bedingte Areflexie an, was Mendel auch für die Fälle Cassirers tun möchte. Wenn diese Autoren trotz gleichzeitig bestehender psychogener Symptome der Areflexie anatomische Verände-

¹⁾ Siehe auch Seite 856 Anmerkung *). — ²⁾ Auch hier verweise ich auf die ausführliche Besprechung des Falles 1 an anderer Stelle. —

³⁾ In der Kriegsliteratur treten ätiologisch besonders hervor: Ruhr, Typhus, Diphtherie, Typhusimpfung, Antitetanusserum, Weilsche Krankheit, Fünftagsfieber, Trichinose. — ⁴⁾ Lehrbuch. — ⁵⁾ Brit. med. Journ. 1917. — ⁶⁾ Mschr. f. Psych. u. Neur. 1917. — ⁷⁾ N. C. 1918. — ⁸⁾ N. C. 1915. — ⁹⁾ M. Kl. 1915. — ¹⁰⁾ N. C. 1916 Nr. 13. — ¹¹⁾ Ges. deutscher Nervenärzte 1916. — ¹²⁾ Zit. nach Eichhorst. — ¹³⁾ M. m. W. 1917. — ¹⁴⁾ B. kl. W. 1917.

rungen zugrundelegen, so vertreten sie damit nur die allgemein gültige Ansicht, daß das Fehlen von Sehnenreflexen der Hysterie nicht zukommt. An dieser Lehre können auch die gewiß zuverlässigen Beobachtungen Nonnes¹⁾ selbst vom Fehlen der Patellarreflexe in zwei Fällen von Hysterie nicht rütteln, weil sie einstweilen neben einigen zum Teil weniger einwandfreien Beobachtungen anderer einzig dastehen.

Auch Böttiger²⁾, der bei der Schreckneurose und der Komotionsneurose Schwinden der Sehnenreflexe und mit dem Abklingen der Neurose ihre Wiederkehr beobachtete, kann sich nicht entschließen, das Symptom als psychogen oder hysterisch zu bezeichnen. Er hält es garnicht für eine wirkliche Folge des Schrecks oder der Komotion, sondern einer chronischen Nikotin- und Koffeinvorgiftung. Ob das Koffein in den dem Soldaten gebotenen Dosen und ohne andere Erscheinungen dieser Intoxikation zum Reflexausfall führen kann, möchte ich bezweifeln. Als Folge der Nikotinvorgiftung wurde Reflexausfall von Strümpell³⁾ bei Tabakarbeitern beobachtet, v. Frankl-Hochwart⁴⁾ bezeichnet es aber als durchaus zweifelhaft, ob es eine Polyneuritis nicotiana gibt. Von einer größeren Anzahl Tabakarbeiter, die ich selbst wegen intermittierenden Hinkens sah, hatte keiner Reflexanomalien. Die anderen gewöhnlicheren Ursachen der Polyneuritis, zu denen nach Schneyer⁵⁾ und v. Dalmady⁶⁾ auch die Erfrierung gehört, werden auch von Böttiger nicht in Erwähnung gezogen. Gaupp⁷⁾ gibt an, „daß wir jetzt häufiger als sonst Neuritiden unklarer Herkunft bei körperlich geschwächten Kriegern erleben“, hält es aber ebenso wie Stransky⁸⁾ und Brugsch⁹⁾ für fraglich, ob der Gebrauch (im Sinne Edingers) der neurasthenischen Erschöpfung bis zur Degeneration der peripherischen Nerven gehen kann, was Mann¹⁰⁾ und Nonne¹¹⁾ annehmen, wobei sich allerdings Mann selbst den Einwand macht, daß solche Fälle von „Polyneuritis neurasthenica“¹²⁾, wie er sie nennt, in der Friedenspraxis nicht bekannt waren. Auch ich möchte mich dieser immerhin schwer vorstellbaren Annahme nicht anschließen; man kann um so leichter auf eine solche verzichten, als in der Regel beim Soldaten außer dem gewiß schwerwiegenden Aufbrauchsmoment eben die anderen bekannten Ursachen mitsprechen, sich jedenfalls niemals ausschließen lassen werden. Auch läßt sich nicht abschätzen, eine wie große Quote der vorgefundenen Neurasthenie erst durch dieselbe Schädlichkeit und gleichzeitig mit der Polyneuritis entstanden ist.

Die Frage nach dem Sitz der Störung im Reflexbogen (Nervenstamm oder Wurzel) sowie nach der Art der pathologischen Veränderung (Neuritis oder Degeneration) sei hier nicht erörtert, weil sie für die vorliegenden, rein klinischen Betrachtungen von sekundärer Bedeutung ist. Daß jedenfalls die Ueberanstrengung eine wichtige ätiologische Rolle spielt, ist nicht zu bezweifeln; es geht unter anderem daraus hervor, daß sie es auch ist, die im wesentlichen lokalisatorisch die unteren Extremitäten befallen werden läßt, was alle Autoren betonen und die Beobachtungen von Engel¹³⁾ und Hudovernig¹⁴⁾ an Gebirgstruppen besonders zwingend dartun.

Die von vielen Beobachtern festgestellte Bevorzugung des Femoralisgebietes (Patellarreflex), welches beim Steigen besonders beansprucht wird, kann auch ich bestätigen. Oppenheim, der (neben Achillesreflexie) in der überwiegenden Mehrzahl seiner Fälle die oberen Extremitäten affiziert sah, vermutet auch hier als lokalisatorisch bestimmend die Ueberanstrengung durch schweres Tragen. Die Bevorzugung der unteren Extremitäten bei Erkrankungen der Kriegsteilnehmer zeigt sich auch in der überraschenden Häufigkeit, in der wir „Schienbeinschmerzen“ antreffen. Es ist in diesem Zusammenhang nicht uninteressant, daß auch für dieses Symptom, besonders beim Fünftagefieber, immer mehr neuritische, radi-

kulitische und spinale (Goldscheider u. a.)¹⁾ Veränderungen in Anspruch genommen werden gegenüber der früheren Annahme einer ostitisch-periostitischen Genese (Kraus-Citron²⁾, Richter³⁾, Groth⁴⁾, Franz⁵⁾).

Da ich noch einige Betrachtungen über Schienbeinschmerzen an anderer Stelle bringen werde, sei hier nur kurz darauf hingewiesen, daß auch palpatorisch und röntgenologisch nachweisbare Knochenveränderungen, die übrigens nach meiner Erfahrung nur in einer Minderzahl der Fälle vorliegen, mit der neurogenen Entstehung der Schienbeinschmerzen keineswegs in Widerspruch stehen. Auch bei echter, unzweifelhafter Polyneuritis ohne Fünftagefieber sah ich ausgesprochene, nächtlich exazerbierende Schienbeinschmerzen mit und ohne Klopfempfindlichkeit, mit und ohne Oedeme des Periosts. Andererseits sei betont, daß ich auch beim Fünftagefieber Schienbeinschmerzen ohne jede Hyperalgesie der Haut sah.

Vom Fünftagefieber, in dem wir also eine weitere, neue Ätiologie für Polyneuritis haben, ist es sicher, daß es wegen seines atypischen und vielfach abortiven Verlaufes häufig nicht als solches erkannt wird und daß so bei den oft geringen Beschwerden leichte Polyneuritiden nicht zur ärztlichen Kenntnis kommen. Das sind dann Fälle ausschließlich sensibler Polyneuritis, die, als seltene Form auch schon früher bekannt (Eichhorst, Bing⁶⁾, Mendel, Schlesinger⁷⁾ und andere), im Kriege außer von Stransky und Mann auch von mir beobachtet wurden.

Der Krieg brachte uns also eine Reihe neuer Erfahrungen, die aber meines Erachtens doch nicht so wesentlich aus dem gewohnten Rahmen herausfallen, daß man von einer Feldzugspolyneuritis sprechen müßte. Auch die besondere Schwere mancher Fälle gibt dazu keinen ausreichenden Anlaß, da es sich auch hier nur um quantitative Unterschiede handelt (s. später). Dasselbe gilt auch für meine Fälle, von denen ich nicht zweifle, daß sie auch im Frieden vorkommen (s. Fall 1). Wenn ich für diese die Bezeichnung „Polyneuritis ambulatoria“ gewählt habe, so soll damit nicht eine neuartige Erkrankungsform aufgestellt werden, die sich ätiologisch oder sonstwie von den gewöhnlichen Formen unterscheidet; es soll nur, nach Analogie des Typhus ambulatorius, auf solche Fälle aufmerksam gemacht werden, die von ihrem Träger unbemerkt verlaufen und bei einer späteren Untersuchung gelegentlich Anlaß zu irrtümlicher Beurteilung geben können.

Einen Hinweis auf solche Verlaufsform der Polyneuritis habe ich in der Literatur nicht gefunden⁸⁾, und ich kann mich deshalb mit der Ansicht von H. Vogt⁹⁾ nicht ganz einverstanden erklären, der in der wohl neuesten Bearbeitung der „Kriegsschädigungen des Nervensystems“ von der Polyneuritis sagt: „Die Erscheinungsweise (Schmerzen, Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme und Muskeln, motorische Schwäche und Lähmungen, Sensibilität meist ungestört) bietet keine Besonderheiten.“

Noch ein Wort zur Prognose. Oppenheim¹⁰⁾ betont mit Nachdruck die Hartnäckigkeit der Polyneuritis im Kriege gegenüber ihrer günstigen Prognose im Frieden. „Trotz konsequenter Anwendung der üblichen Therapie ist es uns bis jetzt in keinem Falle gelungen, volle Heilung zu erzielen.“ — Diese Erfahrung harmoniert schlecht mit meinen Auseinandersetzungen über die große Verbreitung leichtester Polyneuritiden und auch mit den Berichten anderer Autoren. Und doch liegt die Erklärung nahe. Auch wir sahen eine Reihe schwerer und schwerster Fälle, die sich in wochenlanger Beobachtung nicht ändern wollten.¹¹⁾ Diese sammeln sich in den Heimatlazaretten, in denen sie Oppenheim sah; die zahlreichen leichten, draußen geheilten Fälle kommen aber dort nicht zur Beobachtung und fallen in der Statistik aus, wodurch dann die Gesamtprognose über Gebühr getrübt wird.

Die gehäuften Beobachtungen des Krieges haben gelehrt, 1. daß Wurzelpolyneuritiden vorkommen, die früher noch nicht bekannt waren (bei Fünftagefieber, Weilscher Krankheit usw.);

2. daß die leichten und rein sensiblen Formen der Polyneuritis keineswegs so selten sind, wie man früher annahm; und

¹⁾ Auf Literaturangaben wegen Platzmangels verzichtet. — ²⁾ D. m. W. 1916. — ³⁾ B. kl. W. 1917. — ⁴⁾ u. ⁵⁾ D. m. W. 1916. — ⁶⁾ Beih. z. Med. Kl. 1911 H. 6. — ⁷⁾ Med. Kl. 1915. — ⁸⁾ Nur Simons spricht in einer Diskussionsbemerkung von „der häufigen, unbemerkt überstandenen leichten Polyneuritis und Poliomyelitis.“ — ⁹⁾ Wiesbaden 1917 bei Bergmann. — ¹⁰⁾ N. C. 1916 S. 64. — ¹¹⁾ Ich beobachte z. Z. 2 Fälle mit starken Schmerzen, von denen der eine seit über 3 Monaten, der andere seit 7 Wochen fiebert!

¹⁾ D. Zschr. f. Nervenhlk. 24. — ²⁾ Ges. deutscher Nervenärzte 1916. — ³⁾ Zit. nach Eichhorst. — ⁴⁾ Ges. deutscher Nervenärzte 1911. — ⁵⁾ W. kl. W. 1917. — ⁶⁾ Zschr. f. phys. u. diät. Ther. 1918. — ⁷⁾ Ges. deutscher Nervenärzte 1916. — ⁸⁾ W. kl. W. 1916. — ⁹⁾ Zschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. — ¹⁰⁾ N. C. 1915. — ¹¹⁾ D. Zschr. f. Nervenhlk. 53.

^{*)} Anmerkung. Ein Beispiel von Polyneuritis bei neurasthenischer Erschöpfung: 38jähriger Leutnant, Oberlehrer. Infectio, Potus. Nie krank. Vor dem Kriege zum Examen Ueberarbeitung. Seit 1914 im Feld. Seit Ende 1917 allgemeine Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Kopf- und Rückenschmerzen. Bei leichtem Dienst Besserung. Achillesreflex rechts —, links im Knien mit Jendrassik Spur +. Keine Zeichen von Tabes oder Poliomyelitis. Wa. R. —. Erst auf Befragen: In Rußland leichte ziehende Schmerzen in den Unterschenkeln, nie darmkrank gewesen. —

Auch dieser Kranke hatte weder Schmerzen (wie bei Mann) noch Lähmungen (wie bei Nonne); er wußte nichts von einer Erkrankung seiner Beine.

¹²⁾ Ref. N. C. 1917. — ¹³⁾ N. C. 1916.

3. daß die Polyneuritis so abortiv und mit so geringen Beschwerden verlaufen kann, daß sie dem Träger kaum als Krankheit zum Bewußtsein kommt: Polyneuritis ambulatoria.

Den letzten Punkt halte ich für besonders bedeutungsvoll, weil man meines Erachtens Leute mit fehlenden Reflexen nicht ins Feld schicken darf; besonders aber, weil die zurzeit wohl noch bejahte Frage, ob es gesunde Menschen ohne Patellar- oder Achillesreflexe gibt, einer erneuten Revision zu unterziehen ist, nachdem man weiß, daß nicht ganz selten eine Polyneuritis unbemerkt verlaufen und für mehr oder minder lange Zeit Reflexausfall hinterlassen kann.