

Bibliothèque numérique

medic@

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Barany (syndrome de)**

**BÁRÁNY, Robert. - Vestibularapparat
und Centralnervensystem**

*In : Medizinische Klinik (Berlin), 1911, vol. 7, pp.
1818-21*

Terpentinöl-Alkoholgemisch auf das Filter getropft, worauf eine Blaufärbung (nicht mit dem Infolge der besseren Durchleuchtbarkeit des fettigen Papiers auftretenden Fett- ringe zu verwechseln) auf Blut hinweist.

Es sei noch hervorgehoben, daß Stehen des Urins bis zu 48 Stunden die Schärfe der Probe durch Auslaugung der Erythrocyten nicht nennenswert stört. Eine Erythrocyten-Kochsalzverdünnung zeigte noch nach sechs Tagen in einer Verdünnung 1/800 000 deutliche positive Filterreaktion.

Berichtigung zu H. Curschmanns Vortrag:

„Ueber Osteomalacia senilis und tarda“

von

Med.-Rat Dr. Barbo, Pforzheim.

In der unter dem obengenannten Titel in Nr. 41 dieser Zeitschrift erschienenen Arbeit findet sich (S. 1569) folgende Stelle: „Auch Symptome einer ausgesprochenen Psychoneurose (Hysterie, Hypochondrie oder Neurasthenie) waren ebensowenig vorhanden, wie komplizierende Psychosen, etwa Dementia praecox. Ich betone das ausdrücklich, da neuerdings z. B. von Barbo und Homburger die Häufigkeit der begleitenden Psychosen entschieden übertrieben wird; die Einseitigkeit des Krankheitsmaterials hat augenscheinlich diesen übertriebenden Schluß veranlaßt. Ich kann im Gegensatz dazu versichern, daß meine Patienten mit später und seniler Osteomalacie durchweg völlig normale, zum Teil intellektuell recht hochstehende Menschen waren usw.“

Der Verfasser jenes Aufsatzes hat offenbar meinen als Originalartikel in der Allg. Zt. f. Psych. (Bd. 66, S. 249) erschienenen Vortrag über „Osteomalacie bei Geisteskranken“, den ich in der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 8. November 1908 in Karlsruhe gehalten habe, und das in derselben Zeitschrift (Bd. 66, S. 180) und in Mendels Neur. Zbl. (1908, S. 1154) gleichlautend erschienene Autorenreferat mißverstanden. Ich habe nichts über die Häufigkeit der die Osteomalacie komplizierenden Psychosen gesagt, sondern nur darzulegen versucht, daß unter den bei Geisteskranken vorkommenden Fällen von Osteomalacie sich vorzugsweise Kranke mit Dementia praecox und psychischen Entwicklungshemmungen befinden. Also nicht darum handelte es sich für mich, auszuführen, daß zu Osteomalacie als der primären Störung sich sekundär besonders häufig eine Psychose gesellt — davon ist mir nichts bekannt —, sondern nur darum, in Übereinstimmung mit Haberkant und Anderen festzustellen, daß unter den Psychosen die Dementia praecox und die psychischen Entwicklungshemmungen (als die primären Krankheiten) von der Osteomalacie (als der sekundären Störung) „bevorzugt“ werden. Wenn ich also von der Häufigkeit der Geistesstörungen bei Osteomalacie nicht gesprochen habe, so konnte ich sie auch nicht „übertrieben“. Solange daher H. Curschmann nicht nachweist, daß ihm ein Satz in meinem Vortrage die Berechtigung zu seiner Kritik verliehen hat, muß ich den Vorwurf der Übertreibung zurückweisen.

Forschungsergebnisse aus Medizin und Naturwissenschaft.

Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Wien.
(Vorstand Prof. Urbantschitsch.)

Vestibularapparat und Centralnervensystem¹⁾

von

Priv.-Doz. Dr. Robert Bárány.

1. Neues Rindencentrum im Kleinhirne. 2. Bárány's Symptomenkomplex. 3. Kleinhirnsymptome bei Schädeltrauma.

Seit dem Herbst des Jahres 1909 habe ich in zahlreichen Demonstrationen und Vorträgen auf die Beziehungen des Vestibularapparats zum Gehirn und Rückenmark und besonders zum Kleinhirne hingewiesen und die Methoden der Untersuchung auf vestibuläre Reaktionsbewegungen an zahlreichen Orten vorgetragen und demonstriert.

Budapest, internationaler Otologenkongreß, Psychiatrisch-neurologische Gesellschaft Wien, Oesterreichische otologische Gesellschaft Wien, Gesellschaft der Aerzte Wien, Gesellschaft für innere Medizin Wien, British medical Association London, Gesellschaft der Aerzte Stockholm, Deutsche otologische Gesellschaft in Frankfurt, verschiedene Kliniken in Berlin, London, Stockholm, Kopenhagen, Frankfurt.

¹⁾ Vortrag, gehalten auf der Versammlung deutscher Neurologen in Frankfurt a. M. am 3. Oktober 1911.

Bemerkung zur nebenstehenden Berichtigung

von

H. Curschmann, Mainz.

Ich gebe gern zu, daß Barbo in dem zitierten Vortrag über die Häufigkeit der Geistesstörungen bei Osteomalacie nichts gesagt hat. Ich habe jedoch aus den von ihm angeführten vier Fällen und einer Reihe von Homburger und Haberkant in der Diskussion erwähnten Fällen von Kombination psychischer Störungen mit Osteomalacie den Eindruck gewonnen, daß diese Autoren dies Syndrom relativ häufig beobachtet haben, und es lag mir im Gegensatz dazu daran, festzustellen, daß bei einem andersartig gewonnenen Materiale von zirka 16 Fällen nicht-epidemiologischer Osteomalacie (einer bei der Seltenheit dieser Erkrankung sicher ziemlich großen Zahl) das genannte Syndrom nicht vorkam, daß also seine Häufigkeit absolut genommen nicht so groß sein kann, als es nach den Mitteilungen der genannten Autoren den Anschein haben könnte. Daß der von mir gebrauchte Ausdruck Übertreibung nicht richtig gewählt war, konzidiere ich Herrn Barbo übrigens gern.

Oxyuris vermicularis¹⁾

von

Sanitätsrat Dr. K. Landerer, Tübingen.

In dem Handbuche der speziellen Pathologie von Ziemssen, das anfangs der 70er Jahre erschien, behandelt Heller (Kiel) die Eingeweidewürmer. Er sagt von den Oxyuriden, daß sie ihre Brutstätte im Coecum haben und daher, weil von oben und unten nicht recht anzupacken, schwer abzutreiben seien.

Er gibt folgende Behandlung an: Erst ein paar Tage Santonin, dann ein möglichst starkes Laxans und, wenn dieses tötlich gewirkt hat, ein paar recht hohe, große Einläufe. (Also ganz wie Kaungießer.) Mit dieser Therapie, bei schlimmen Fällen nach einer Woche wiederholt, bin ich seit 36 Jahren immer gut gefahren, habe regelmäßig längere, selbst mehrmonatliche Freiheit von Beschwerden erzielt. Diät hilft nicht viel, höchstens kann Massengenuß rohen Obstes etwas nützen, namentlich bei Kindern.

Nachtrag zu der in Nr. 42 dieser Zeitschrift erschienenen Arbeit:

Ein schwerer Fall von Purpura haemorrhagica

von

emerit. Universitätsassistenten Dr. med. Leo Wolfer,
Spitalarzt in Görz.

Nachdem die Patientin sich durch einen wochenlangen Aufenthalt in Levico (Südtirol) sehr gekräftigt hatte und wieder heimgekehrt war, stellte sich fünf Monate nach der Heilung die erste Menstruation ein. Es befand sich also — wie angenommen war — das Gefäßsystem zur Zeit der Erkrankung im Zustande besonderer Inanspruchnahme, der es jedoch nicht gewachsen war. Daher konnte auch die vermutete Infektion am Gefäßsysteme, dem *Locus minoris resistentiae*, einen Angriffspunkt finden.

Trotz meiner Bemühungen, auf diese Weise meine neuen Untersuchungsmethoden und ihre Resultate möglichst weiten Kreisen bekanntzumachen und zur Nachprüfung anzuregen, sind bisher doch nur ganz vereinzelte Bestätigungen und keine Widerlegung meiner Angaben mir bekanntgeworden.

So haben mir Dozent Orzechowsky (Lemberg) und Dozent Tetens Hald (Kopenhagen) die Krankengeschichten je eines diagnostizierten, operierten und obduzierten Falles von Kleinhirnhemisphärentumor zur Verfügung gestellt, bei welchen sie eine Prüfung der Zeigerreaktion vorgenommen hatten und bei welchen sich meine Angaben bestätigten. Auf dem Kongresse der nordischen Otologen wird Tetens Hald über diesen und einen Fall von Kleinhirnhirntumor berichten, und Dr. Boivie wird über die neuen Untersuchungsmethoden sprechen; auch er hat auf der Klinik von Prof. Henschen pathologische Fälle beobachtet. Von Deutschen hat sich nur Prof. Rothmann in der Diskussion zum Vortrage von Herzfeld und Kobrak in der Medizinischen Gesellschaft in Berlin und Prof. Wallenberg gelegentlich der vorjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft der Normärzte zustimmend geäußert, ohne aber über eigene Erfahrungen zu berichten. Sonst sind mir keine Zustimmungen oder das Gegenteil bekanntgeworden.

Wenn ich mich nach den Gründen dieser geringen Anteilnahme otologischer und neurologischer Kreise an den, wie ich glaube, immerhin bemerkenswerten Befunden frage, so meine ich dieselben in folgendem gefunden zu haben: 1. Die Seltenheit des

¹⁾ Bemerkungen zu der gleichnamigen Veröffentlichung von Dr. F. Kaungießer in Nr. 43, S. 1659 dieser Zeitschrift.

Materials. Es ist natürlich zuzugeben, daß Kleinhirntumoren, Abscesse, Erweichungen seltene Fälle darstellen. Immerhin habe ich im Verlauf eines Jahres mehr als 30 Fälle sicherer Kleinhirnerkrankungen gesehen und eine noch weit größere Zahl solcher, bei welchen ich Störungen der Kleinhirnreaktion gefunden habe, ohne daß allerdings eine sichere Diagnose möglich war. — Mir selbst kommt aber dabei doch nur ein beschränktes Material zu Gesicht. Ich bin überzeugt, daß in den neurologischen Ambulatorien viele Fälle, die über Kopfschmerzen klagen, Kleinhirnstörungen aufweisen werden, wenn sie entsprechend untersucht werden.

In zweiter Linie mögen vielleicht Gefühlsmomente eine Rolle spielen. Die Neurologen empfinden eine gewisse Eifersucht, daß ein Otologe sich in ihr Gebiet eindrängt, die Otologen betrachten eine Beschäftigung mit dem angeregten Thema als Eingriff in fremdes Eigentum. Die Neurologen kann ich vielleicht zunächst dadurch beruhigen, daß ich selbst der Neurologie stets nahegestanden bin und mich sogar als Assistent der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. B. nahezu ein Jahr ausschließlich mit Neurologie und Psychiatrie beschäftigt habe. Sodann aber läßt es sich nicht leugnen, daß wir es hier tatsächlich mit einem Grenzgebiete zwischen Otiatrie und Neurologie zu tun haben. Soll ein weiteres Arbeiten fruchtbar werden, so werden beide, sowohl die Otiater als die Neurologen, die neuen Tatsachen kennen lernen müssen.

Leider ist es nicht so leicht möglich, sich mit den Untersuchungsmethoden des Vestibularapparats genügend vertraut zu machen, um selbständig kompliziertere Befunde zu erheben und sie klinisch zu verwerten. Es ist zweifellos, daß der Vestibularapparat einen so komplizierten Mechanismus darstellt, daß er mir selbst nach jahrelangem Studium immer noch Ueberraschungen bereitet und mich noch häufig sowohl wegen seiner Präzision als auch wegen seiner Empfindlichkeit mit Staunen erfüllt. Es ist wohl selbstverständlich, daß das Eindringen in diesen Mechanismus nicht so leicht möglich ist, da ja bis vor ganz kurzer Zeit noch fast gar nichts darüber bekannt war.¹⁾ Ich bin der Meinung, daß es eines mindestens sechswöchigen intensiven und abschließlichen Studiums bedarf sowie einer eingehenden Nachprüfung an sich selbst und an geeigneten Patienten, um alle die abgegebenen Erscheinungen durch persönliche Anschauung, durch persönliches Erleben kennen zu lernen. Nicht bloß ein genaues Studium und sich befassen tut aber allein not; man muß auch die Methoden der Prüfung so auszuführen gelernt haben, daß man sich auf die Resultate derselben verlassen kann. Niemand würde es heute für überflüssig halten, sich bei einem Neurologen von Fach über die Prüfung der Sehnenreflexe und der Pupillenreaktion zu orientieren. Auch die Prüfung der Vestibularreaktion, insbesondere die der Reaktionsbewegungen, erfordert eine ganze Reihe von Technizismen, die man kaum beschreiben kann, aber gesehen und selbst ausgeführt haben muß, um sie richtig nachzumachen. Nur dann aber, wenn alle in gleicher Weise untersucht, sind die Resultate untereinander vergleichbar. Ein neurologischer Kliniker, der bei mir die Methode erlernte, sagte: Man muß diese Griffe so erlernen, wie man die Gewehrgriffe erlernt. Alle die mannigfaltigen Bewegungen, die der Untersucher auszuführen hat, müssen demselben so in Fleisch und Blut übergegangen sein, daß er selbst nicht dabei an ihre Ausführung zu denken braucht, sondern auf die Beobachtung des Patienten sein ganzes Augenmerk richten kann.

Ich möchte Ihnen nun über einige Fortschritte berichten, die sich seit der Tagung der Deutschen otologischen Gesellschaft in Frankfurt im Juni dieses Jahres ergeben haben.

Im Oktober 1910 hat Prof. Trendelenburg seine Methode der reizlosen, temporären Ausschaltung der Großhirnrinde durch Abkühlung an Tieren demonstriert. Ich wurde von Dozent Dr. Kolmer auf diese Versuche aufmerksam gemacht und habe, durch ihn angeregt, nun die temporäre Abkühlung benutzt, um die Lage von Centren in der Kleinhirnrinde am Menschen zu bestimmen. Ich wählte dazu Personen, bei welchen infolge einer Operation des Kleinhirns, nur von Dura und dünner Haut bedeckt, freilieg und deutliche Hirnpulsation zeigte. In zahlreichen Versuchen hat sich mir herausgestellt, daß eine etwas größere Dicke der Haut, Narbengewebe oder Granulationen die Abkühlung nicht durchdringen lassen. Zur Abkühlung bediene ich mich, nachdem andere Methoden sich als unwirksam erwiesen hatten, der Gefrierung der betreffenden Hautstelle mittels Chloräthyls. Die Bespraying muß zwei bis drei Minuten durchgeführt werden, die Dauer der Wirkung beträgt dann nach Unterbrechung des Sprays ebenfalls zwei bis drei Minuten. Irgendwelche schädliche Nachwirkungen sind mir nicht bekannt geworden. Drei Personen empfanden bis auf

¹⁾ Ich halte auf der Klinik meines Chefs, Prof. Urbantschitsch in Wien, 20stündige Kurse, die ausschließlich dieses Gebiet betreffen.

den geringen Abkühlungsschmerz nicht die geringste unangenehme Sensation. Ein Patient, der auch sonst an Kopfschmerzen litt, gab an, daß er etwas Kopfschmerzen am Tage darauf gehabt habe. Ein sicherer Zusammenhang zwischen Abkühlung und Kopfschmerz ließ sich nicht nachweisen. Bei einem Patienten habe ich den Versuch zirka ein dutzendmal wiederholt, ohne daß sich die Erregbarkeit der betreffenden Kleinhirnpartie — außerhalb des Versuchs — geändert hätte. Ich glaube also, den Nachweis geliefert zu haben, daß dieses modifizierte Trendelenburgsche Abkühlungs-experiment als eine durchaus harmlose Untersuchungs-methode anzusehen ist, wenigstens soweit das Kleinhirn in Betracht kommt. Ich meine, daß die Neurologen und Psychiater ruhigen Gewissens dieses Experiment zur Aufklärung der Rindenfunktion auch am Großhirn anwenden können und daß wir hier noch große und wichtige Entdeckungen zu gewärtigen haben. Nun aber zu meinen Experimenten. Ich habe durch Untersuchung von mehreren Kranken in Wien und einem Patienten von Prof. Voß in Frankfurt a. M. den Nachweis geliefert, daß unmittelbar hinter dem Ansatz der Ohrmuschel in der Rinde des Kleinhirns das Centrum für die Bewegung des Armes im Schultergelenk nach innen gelegen ist. Kühle ich nämlich diese Stelle ab, so trat spontanes Vorbeizeigen im Arme der betreffenden Seite nach außen auf, und rief ich einen Nystagmus zur abgekühlten Seite durch Drehung hervor, so fehlte jetzt im Arme der betreffenden Seite die normalerweise vorhandene Zeigereaktion nach innen. Das spontane Vorbeizeigen nach außen war also nicht etwa durch Reizung des Centrums für die Außenbewegung, sondern durch Lähmung des antagonistischen Centrums für die Innenbewegung des Armes bedingt. In ganz analoger Weise habe ich nun den Sitz des Centrums für die Außenbewegung des Armes festgestellt. Durch Abkühlung einer 5-cm hinter dem Ansatz der Ohrmuschel gelegenen Kleinhirnpartie gelang es mir, in wiederholten Versuchen an einem Patienten unserer Klinik Vorbeizeigen nach innen hervorzurufen, und jetzt fehlte während eines Nystagmus zur nicht abgekühlten Seite die Reaktionsbewegung des Armes nach außen. Abgesehen von diesen beiden Centren für das Armgelenk, habe ich noch mit Sicherheit die Lage des Centrums für die Einwärtsbewegung des Handgelenks durch klinische Beobachtung feststellen können. Es befindet sich an der der hinteren Pyramidenfläche zugekehrten Kleinhirnpartie hinter dem inneren Gehörgange. Mit diesen Konstatierungen ist meine Theorie des Kleinhirns, wie ich glaube, aus dem Bereiche der Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit in den Bereich der Gewißheit gerückt und ich halte die Zeit für gekommen, daß nicht nur jeder auf Kleinhirnerkrankung verdächtige Fall, sondern überhaupt jeder neurologische Status ebenso unvollkommen genannt werden muß, wie wenn die Prüfung der Patellarreflexe oder der Pupillenreaktion in demselben fehlt.

Bereits in dem Referate vor der Deutschen otologischen Gesellschaft habe ich erwähnt, daß ich eine ganze Anzahl von Fällen gesehen habe, bei denen sich ein eigentümliches Symptom vorfand. Es bestand in folgendem:

Prüfe ich in einem derartigen Falle die spontanen Zeigebewegungen im Handgelenke der kranken Seite, so zeigt der Patient zunächst bei der Stellung Vola nach abwärts richtig; drehe ich jetzt die Hand um, sodaß die Vola nach aufwärts sieht, so ist in einigen Fällen bereits ein Fehler zu bemerken. Die Patienten zeigen jetzt nach einwärts vorbei. In andern Fällen aber wird auch in dieser Stellung richtig gezeigt. Wird die Hand jetzt abermals in die erste Stellung zurückgedreht, so tritt jetzt in allen diesen Fällen Vorbeizeigen nach außen auf. Ich hatte dieses Symptom sowohl nach Incision ins Kleinhirn bei seröser Meningitis circumscripca der hinteren Schädelgrube, als auch bei einem Falle von Cysticercus des vierten Ventrikels, ferner bei Schädeltraumen gesehen und schließlich bei Fällen unbekannter Aetiologie, wo ich aber an eine seröse Meningitis zu denken geneigt war. Seitdem habe ich nun eine ganze Anzahl neuer Fälle gesehen und dieses Symptom beobachtet. Diese Fälle sind so gleichartig, daß ich nicht anstehe, an der Hand derselben ein neues Krankheitsbild, ein neues Syndrom, mit Ihrer Erlaubnis Bárány's Syndrom, aufzustellen. Es handelt sich um Patienten, die entweder selbst schon seit Jahren an Migräne leiden oder in der nächsten Verwandtschaft Migräne oder Epilepsie haben. Einzelne Fälle sind auch frei von Migräne oder Epilepsie. Wiederholt ist auch auf der erkrankten Seite eine Mittelohrreiterung vorausgegangen oder besteht noch.

Bei diesen Fällen stellt sich nun einseitige Schwerhörigkeit mit dem Charakter der Läsion des inneren Ohres ein. Dazu

geessen sich Schwindelanfälle vestibulären Charakters, bald mehr, bald minder heftig. Daneben aber bestehen, und das ist das Wichtigste, empfindliche Schmerzen, die auf den Hinterkopf der kranken Seite lokalisiert sind. Sehr auffallend ist dabei die Angabe, die bereits in der Anamnese wiederkehrt, daß die Patienten zeitweilig ganz gut hören, zeitweilig aber fast ganz taub sind. Aus dieser Anamnese habe ich in acht bis neun Fällen miteinander bereits geschlossen, daß bei ihnen das oben beschriebene Zeigesympptom vorhanden sein wird, und es ist jedesmal tatsächlich vorhanden gewesen. — Wie ich bereits in dem Referat auseinandergesetzt habe, kann das spontane Vorbeizeigen auf Reizung desjenigen Centrums beruhen, nach dessen Seite der Finger abweicht, oder häufiger auf Lähmung des antagonistischen Centrums, und kommt dann durch Ueberwiegen des physiologischen Tonus des einen Centrums bei Lähmung des andern zustande. In diesen beschriebenen Fällen beruht das Vorbeizeigen nach außen bei der Stellung Vola nach abwärts auf der funktionellen Lähmung des Centrums für das Vorbeizeigen nach innen. Dagegen fungieren beide Centren normal für die Stellung Vola nach aufwärts. Der Nachweis dafür wird durch die Funktionsprüfung erbracht. Ist z. B. die rechte Seite erkrankt, so zeigt der Betreffende mit der rechten Hand (Vola nach abwärts) nach außen vorbei. Rufe ich einen kräftigen Nystagmus nach rechts hervor, so zeigt er nicht, wie normal, nach innen vorbei, sondern höchstens richtig. Bei der Stellung Vola nach aufwärts aber ist die normale Reaktion vorhanden. Er zeigt während des Nystagmus nach rechts prompt nach links vorbei. An der Hand der gesunden Seite sind alle Reaktionen in normaler Weise auslösbar. Die Erklärung dafür, daß zunächst bei Stellung Vola nach abwärts kein Vorbeizeigen auftritt, sondern erst nach dem Umdrehen aus der Stellung Vola nach aufwärts, habe ich auch bereits in meinem Referate gegeben.

Die Stellung Vola nach abwärts ist die gewöhnliche Handstellung. Für diese Stellung hat nun das Großhirn gelernt, die fehlende Kleinhirnnervation zu ersetzen. Drehe ich nun die Handfläche in die Stellung Vola nach aufwärts um, so kommt nicht selten bereits ein Vorbeizeigen nach innen vor. Dieses beruht aber nicht auf dem Kleinhirnausfalle, sondern auf der Fortsetzung der jetzt fehlerhaften Großhirnnervation, indem auch für diese Stellung das Großhirn ein Plus an Linksinnervation aussendet. Der Nachweis dafür wird dadurch erbracht, daß die Kleinhirnnervation in dieser Stellung in normaler Weise vorhanden ist. Läßt man bei der Stellung Vola nach aufwärts einige Male zeigen, so wird das Großhirn jetzt die normale Innervation aussenden und es wird richtig gezeigt. Drehe ich jetzt die Hand wiederum in die Stellung Vola nach abwärts um, so fährt das Großhirn fort, die normale unkorrigierte Innervation auszusenden, wie bei Stellung Vola nach aufwärts, und dadurch kommt eben der spontane Fehler nach außen zustande.

Wie ist nun diese Kombination von Läsion des innern Ohres, Schwindel, Kopfschmerz und Vorbeizeigen zu erklären, worauf beruht der Wechsel des Krankheitsbildes? Pathologisch-anatomisch sind wir über die diesem Symptomenkomplexe zugrunde liegenden Ursachen noch nicht unterrichtet. Doch läßt sich teils aus der Analogie mit den Fällen von durch Operation sichergestellter seröser Meningitis bei Mittelohreiterung, teils aus dem klinischen Verlaufe der nicht eitrigen Fälle einiges mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit schließen. Das Vorbeizeigen nach außen, der Schwindel und die Schwerhörigkeit müssen auf einem Prozesse beruhen, der sich an der hinteren Pyramidenfläche befindet sich das Centrum des Handgelenks für das Vorbeizeigen nach innen, durch dessen Lähmung das Vorbeizeigen nach außen auftritt. Von großem Interesse sind die Schwankungen, welche wir bei diesen Erkrankungen finden. Wie bereits erwähnt, geben die Patienten meist an, daß das Gehör zeitweise gut ist. Ich habe bei drei Patienten ein zeitweise nahezu normales Gehör, zeitweise fast vollständige Taubheit festgestellt. Auch die Erregbarkeit des Vestibularapparats kann sehr stark wechseln. Bei zwei Patienten habe ich hier einen Wechsel zwischen fast vollkommener Unerregbarkeit und normaler Erregbarkeit gesehen. Ebenso findet man auch manchmal kein Vorbeizeigen und eine normale Erregbarkeit des Kleinhirns; an andern Tagen sind die Fehler wieder sehr ausgesprochen.

Dieser Prozeß muß daher sowohl Schwankungen unterworfen, als auch heilbar sein; denn in zwei Fällen habe ich eine vollständige Ausheilung mit normalem Gehöre gesehen. Vieles spricht ferner dafür, daß eine Verwandtschaft mit Migräne besteht und ich zweifle nicht, daß Escat derartige Fälle mit dem Namen

Migräne otique bezeichnet hat. Es scheint mir daher pathologisch-anatomisch nur möglich entweder ein vorübergehender Schwellungszustand der betreffenden Kleinhirnhemisphäre, oder noch wahrscheinlicher abnormale Liquorsekretion, Liquoransammlung an der Außenseite des Kleinhirns in den Maschen der Pia in der Nähe des innern Gehörgangs oder in der arachnoidalen Cyste im Kleinhirnbrückenwinkel, eine Erkrankung, von der höhere Grade als Meningitis cystica serosa von Oppenheim, Plazek und Krause und kürzlich von Bing beschrieben wurden. Nehmen wir dies an, so können wir auch den günstigen Einfluß, den Lumbalpunktion ohne oder mit Freilegung der Dura der hinteren Schädelgrube im Warzenfortsatz auf diese Fälle hat, verstehen. In einem meiner Fälle hat die Lumbalpunktion nach anfänglicher Steigerung der Kopfschmerzen den Schwindel auf ein Jahr beseitigt. Dann kam der Schwindel wieder. Eine neuerliche Lumbalpunktion hat ihn dauernd aufgehoben. Das Gehör wurde längere Zeit nach der Lumbalpunktion wieder normal, das vorher bereits komplett erloschen gewesen war. In einem zweiten Falle hat die Lumbalpunktion trotz Entleerung von nur wenigen Tropfen Liquor enorme Kopfschmerzen und Erbrechen hervorgerufen. Deshalb nahm ich eine Durafreilegung im Bereiche des Warzenfortsatzes ohne Eröffnung des Antrums vor. Unmittelbar nach der Operation hörten die Kopfschmerzen und das Erbrechen auf. Der Kopfschmerz ist auch auf dieser Seite nicht mehr wiedergekehrt, das Gehör besserte sich allmählich auf dem Ohre der operierten Seite. Dann aber traten Kopfschmerzen auf der andern Seite auf. Und während das Gehör auf der operierten Seite wieder zur Norm zurückkehrte, wurde das andere Ohr zusehends schwerhöriger und die Hörschärfe betrug schließlich nur mehr Konversationsprache am Ohre. Dabei trat das Vorbeizeigen nun in eklatanter Weise auf der andern Seite auf. Ich habe deshalb nun auch auf der andern Seite eine Freilegung der Dura der hinteren Schädelgrube vorgenommen. Unmittelbar nach derselben hörten die Kopfschmerzen auf und das Vorbeizeigen verschwand. Wie in diesem Falle der Dauererfolg sein wird, kann ich vorläufig noch nicht sagen. Ich glaube aber, daß diese Fälle von Läsion des innern Ohres, Kopfschmerz im Hinterkopfe, Schwindel, Vorbeizeigen im Handgelenke nach außen, also mit dem Bárány'schen Syndrom einer rechtzeitigen operativen Therapie zugänglich sein müssen. Vielleicht wird die bloße Durafreilegung nicht genügen, sondern auch eine Inzision der Dura und Eröffnung der Arachnoidea daselbst vorgenommen werden müssen, die ja, da das Antrum nicht eröffnet wird und daher eine Infektion vom Mittelohr aus nicht zu fürchten ist, als ein ganz leichter und ungefährlicher Eingriff betrachtet werden kann. Ich möchte bei dieser Gelegenheit in Parenthese bemerken, daß dort, wo eine Durafreilegung wegen Hirndrucksymptomen in der hinteren Schädelgrube indiziert ist, die Freilegung der Dura im Warzenfortsatz ohne Eröffnung des Antrums mir nicht unwesentliche Vorteile zu bieten scheint, da hierbei die Dura nicht unmittelbar unter die Haut zu liegen kommt und daher am besten gegen äußere Schädigungen geschützt bleibt.

Ich möchte des weiteren noch über einen Fall berichten, den ich auf der Klinik Hocheng zu beobachten Gelegenheit hatte und der mir von prinzipieller Bedeutung zu sein scheint. Am 8. September wurde ich zu einem jungen Mann auf erwähnte Klinik gerufen, der einen Selbstmordversuch verübt hatte, indem er sich eine Kugel ins rechte Ohr schoß. Bei der Untersuchung fand ich eine Blutung aus dem rechten Gehörgange, die Einschußöffnung in der Concha. Mit dem Lärmapparat auf der andern Seite hörte Patient lautes Sprechen ad concham. Es bestand nur unbedeutender Nystagmus zur kranken Seite. Fistelsymptom, das heißt Nystagmus bei Kompression und Aspiration der Luft im äußern Gehörgange, war nicht vorhanden. Es war klar, daß das Labyrinth durch die Kugel nicht verletzt worden war. Ich prüfte nun die Zeigebewegungen. Der linke Arm und beide Beine verhielten sich vollkommen normal. Die rechte obere Extremität aber zeigte in allen Gelenken und bei allen Stellungen stark nach außen vorbei. Drei Tage später nahm ich eine neuerliche Untersuchung vor. Bei derselben war der Befund unverändert bis auf eins. Patient zeigte bei der Stellung Vola nach aufwärts im rechten Arme nicht mehr vorbei, bei der Stellung Vola nach abwärts aber nicht mehr so stark vorbei. Die heute vorgenommene Funktionsprüfung mittels Ausspülung des linken Ohres mit kaltem und heißem Wasser ergab ganz typischen, kräftigen Nystagmus ohne jedes Schwindelgefühl und ohne Uebelkeiten, typische Reaktionsbewegungen des linken oberen und beider unterer Extremitäten. Die rechte obere Extremität zeigte dagegen nur

bei der Stellung Vola nach aufwärts — im Armgelenke geprüft — nach links, bei der Stellung Vola nach abwärts war keine Reaktion im Armgelenke nach links vorhanden. Die Reaktionen im rechten Handgelenke nach links fehlten sowohl bei der Stellung Vola nach aufwärts, wie nach abwärts. Die Reaktionen nach außen waren in allen Gelenken in der rechten oberen Extremität vorhanden. Ich stellte auf Grund dieses Befundes die Diagnose, daß die Kugel hinter dem Labyrinth gegen das Kleinhirn eingedrungen und dieses entweder direkt oder durch Splitterung des Knochens verletzt habe. Diese Verletzung sei jedoch nur umschrieben und die Nachbarschaftssymptome bereits im Rückgange begriffen. Als ich den Patienten ein drittes mal untersuchen wollte, war er bereits mit einem Brief an mich zur weiteren ambulativen Behandlung nach Hause entlassen worden. Er stellte sich am 16. September wieder bei mir vor mit der Angabe, daß seit zwei Tagen ein eitriges Ausfluß aus dem rechten Ohre bestehe. Diese Angabe bestätigte sich, und nun lag kein Grund gegen eine genaue Untersuchung des rechten Ohres vor. Die Untersuchung ergab, daß die Kugel oder ein Teil derselben im äußeren Gehörgange stecke. Schmerzen im Warzenfortsatze bestanden nicht. Das Vorbeizeigen im Arme war vollkommen verschwunden, im Handgelenke bestand nur geringes Vorbeizeigen nach außen. Die Funktionsprüfung ergab normale Reaktionen im Armgelenke bei allen Stellungen. Im Handgelenke fehlte die Reaktion nach einwärts. Die Kleinhirnsymptome waren also beträchtlich zurückgegangen, eine schwerere Verletzung des Kleinhirns konnte nicht erfolgt sein. Immerhin schien es mir möglich, daß doch eine Verletzung durch Knochensplitter gerade im Bereiche des Handgelenkes stattgefunden habe. Die Eiterung aus dem Ohre forderte außerdem dazu auf, die mit der Sonde tastbare Kugel vor dem Eintreten bedrohlicher Erscheinungen zu entfernen. Ich nahm die Operation am 19. September vor. Es ergab sich, daß die Kugel fest eingekleimt im äußeren Gehörgange steckte. Ich war gezwungen, zu ihrer Entfernung die Radikaloperation des Ohres vorzunehmen. Bei derselben ergab sich, daß der Knochen

gegen die hintere Schädelgrube zu vollständig intakt war. Es lag kein Grund vor, die Dura der hinteren Schädelgrube als verletzt anzusehen oder sie intra operationem zu entblößen. Meine Diagnose einer Verletzung des Kleinhirns durch die Kugel, direkt oder indirekt durch Knochensplitter, war also falsch gewesen. Es war mir nun klar, daß die ganzen Lähmungserscheinungen, die so außerordentlich rasch sich rückbildeten, auf der durch den Schuß hervorgerufenen Hirnerschütterung beruhten und nun reichte sich dieser Fall in die bereits beobachteten Fälle von Hirnerschütterung ein, die ich gelegentlich schon demonstriert habe. Ich habe im Laufe des letzten Jahres sechs oder sieben Fälle gesehen, bei welchen nach einem Schädeltrauma Vorbeizeigen bestand. In allen Fällen bis auf einen fehlte die Reaktion im Arme der einen Seite nach innen und es bestand Vorbeizeigen nach außen. Stets war auch Schwindel und Schwerhörigkeit auf der Seite des Vorbeizeigens vom Charakter der Läsion des inneren Ohres vorhanden. In drei Fällen konnte ich einen allmählichen Rückgang der Krankheitserscheinungen beobachten, ganz ähnlich wie in dem Falle mit der Schußverletzung. Die Ähnlichkeit aller dieser Fälle legt den Gedanken nahe, daß die Kleinhirnverletzung an der Hinterseite der Pyramide geradezu die typische Folge eines Schädeltraumas sein könnte. Bedenkt man, daß das Kleinhirn nach oben von dem doch nachgiebigen Tentorium bedeckt ist, rückwärts und außen in der Mulde des Hinterhauptbeins eingebettet ist, so wird man begreifen, daß bei einer starken Erschütterung des Schädels das Kleinhirn am ehesten gegen die senkrecht vorspringende hintere Pyramidenwand gepreßt und gequetscht werden kann und es erscheint plausibel, daß gerade dort die Schädigung am ausgesprochensten sich findet. Daß bei einem Schuß ins Ohr eine schwere Schädelerschütterung stattfinden muß, ist wohl klar. Das rasche Verschwinden der Kleinhirnerscheinungen in dem beobachteten Falle läßt es als dringend geboten erscheinen, in Fällen von Hirnerschütterung möglichst frühzeitig die neuen cerebellaren Untersuchungsmethoden anzuwenden, deren hohe praktische Bedeutung, wie ich hoffe, sich immer mehr und mehr herausstellen wird.

Referatenteil.

Übersichtsreferate.

Chronische Bronchialerkrankungen mit Ausschluß der Tuberkulose von Prof. Dr. A. Posselt, Innsbruck.

XIV. Erkrankungen der Bronchialdrüsen.

Getreu unserer Absicht, die tuberkulösen Affektionen von unsern Besprechungen auszuschließen, haben wir hier nur die Möglichkeit des physikalischen und klinischen Nachweises von Bronchiallymphdrüsenvergrößerung überhaupt im Auge. Solche stellen sich ein unter anderem bei Neoplasmen aller Art derselben und können sich den verschiedensten chronischen Bronchialaffektionen zugesellen, solche jedoch auch veranlassen¹⁾. Es handelt sich sodann um Differentialdiagnosen einerseits gegenüber Erkrankungen der Bronchien selbst, andererseits gegenüber sonstigen Mediastinalprozessen.

Mit der Topographie der bronchialen und trachealen Lymphdrüsen befassen sich eine Reihe von Arbeiten und zwar von Barcay (1874), Widerhofer (1878) und vor allem von Sukiennikow²⁾ und Most³⁾.

Nach Sukiennikows Einleitung, die fast allgemein akzeptiert wurde, unterscheidet man tracheo-bronchiale und bronchopulmonale. Für die topographischen Verhältnisse hält sich, ohne daß wir hier näher darauf eingehen können, dieser Autor an das durch die Teilung der Trachea und den regelmäßigen Abgang der bronchialen Seitenäste gebildete System von Winkeln, in denen die Drüsen gruppenweise verteilt sind.

Der klinischen Diagnostik der Bronchialdrüsen-erkrankungen widmete schon Seitz (Wiesbaden 1895) eine besondere Abhandlung. In der Folge bearbeitete eine Reihe von Kinderärzten, namentlich französische Pädiater, das Thema. Für den Internisten handelt es sich vor allem um die Möglichkeit des Nachweises solcher Affektionen beim Erwachsenen, was, wie hier gleich vorausgeschickt, ungleich schwieriger sich gestaltet, wie bei Kindern. Ohne uns in ausführliche Besprechungen einlassen zu können,

¹⁾ Siehe auch Hutinel, Les réactions broncho-pulmonaires dans les adénopathies médiastines. (Gaz. d. Hôp. 1911, Nr. 13, S. 175.)

²⁾ Sukiennikow, Topographische Anatomie der bronchialen und trachealen Lymphdrüsen. (Inaug.-Diss. Odessa 1902 und Berlin 1903.)

³⁾ Most, Die Topographie des Lymphgefäßapparats. (Stuttgart 1906.)

wollen wir nur die markantesten Punkte der Diagnostik in gedrängtester Kürze herausheben. Unter den subjektiven Symptomen¹⁾ fallen auf: Eine gewisse Art von Dyspnoe²⁾ stenosenartigen Charakters; Husten, der an Keuchhustenparoxysmen erinnert; eigenartige Dysphagie und Schmerzphänomene, worüber noch bei der differentialdiagnostischen Verwertung subjektiver Symptome im allgemeinen zu sprechen sein wird, ebenso über die „Spinalgie“.

Die Petruschkysche Spinalgie (Druckempfindlichkeit vom zweiten bis siebenten Dorsalwirbel) scheint bei Kindern verlässlicher und konstanter zu sein, wie beim Erwachsenen, wo sie zu vieldeutig und zu wechselnd erscheint, was übrigens infolge der größeren Starrheit und Unnachgiebigkeit des Thorax leicht erklärlich ist.

Nach Dautwiz erzeugt „Druck auf die Rippenbrustbeinknochen stechenden Schmerz in Richtung auf den anderseitigen Schulterblattwinkel. Man kann diese Druckempfindlichkeit beobachten bis zum 16., ja bis zum 20. Lebensjahre, bei zarten und namentlich weiblichen Individuen länger als bei kräftigeren männlichen, kurz solange, wie die Rippenbrustbeinansätze einen gewissen Grad von Biegsamkeit behalten“.

Bei objektiver Untersuchung fällt mitunter eine habituelle Haltung der Kranken auf, die sie unwillkürlich oder aus Erfahrung einnehmen, in der die geringsten Druckercheinungen speziell auf die Bronchien statthaben. Thoraxdifformitäten oder lokale Hervorwölbungen wurden nur sehr selten und bei den allerhöchsten Graden von Tumorentwicklung der Lymphdrüsen beobachtet. Je nach dem Hauptsitze kann es zu Venenerweiterungen am Hals und der oberen Brustapertur, Gedunsenheit des Gesichts und Cyanose der Lippen kommen; immerhin sind diese Erscheinungen ungleich häufiger bei intrathorakischen Strumen und Mediastinaltumoren. Ersteren ist ein mitunter recht ausgesprochener Tiefstand des Kehlkopfes eigen, der, falls er vorhanden,

¹⁾ Vergl. auch Becker, Zur Begründung einiger subjektiver Symptome bei Bronchial- und Mediastinaldrüsenvergrößerung. (Inaug.-Diss. Marburg 1907.)

²⁾ Dautwiz (Die Diagnose und spezielle Behandlung der latenten endothorakalen Drüsentuberkulose des kindlichen Alters. Beih. z. Med. Klinik 1908, H. 9) spricht anfallsweise auftretende Dyspnoe bei zehn- bis vierzehnjährigen Kindern nach dem Vorgang Edingers als Druckwirkung der im Röntgenbilde nachweisbaren erheblichen Drüsenmassen auf beide Vagusstämme an.