

XI.

Polyneuritis recurrens.

(Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Eichhorst in Zürich.)

Von Mary Sherwood aus New York U. S. A.

Mein Lehrer, Herr Professor Eichhorst machte während der letzten Monate zwei Beobachtungen von recurrirender Polyneuritis, welche rücksichtlich ihrer Erscheinungen eine auffällige Uebereinstimmung zeigten und in so ungewöhnlicher Weise von dem bisher Bekannten abwichen, dass ich gern seiner Aufforderung nachgekommen bin, diese beiden Beobachtungen zum Gegenstand einer eingehenderen Darstellung zu machen.

Beide Beobachtungen zeichneten sich dadurch aus, dass sonst kräftig gebaute, jugendliche Männer an einer Polyneuritis erkrankten, der eine an einer solchen der rechten Armnerven, der andere an einer Polyneuritis beider Beine; dass in beiden Fällen sämtliche Extremitätennerven betroffen waren und dass sich nach erlangter Heilung und nach jahrelangem vollständigem Wohlbefinden die Polyneuritis genau in der gleichen Weise, an dem gleichen Orte und in der gleichen Vertheilung, bei dem ersten Kranken noch ein zweites und drittes Mal, bei dem zweiten, bis jetzt wenigstens, nur noch zum zweiten Male wiederholte.

Um diese ganz besondere Eigenthümlichkeit des Verlaufes auch schon durch einen kurzen Namen zu kennzeichnen, bin ich dem Vorschlage des Herrn Professor Eichhorst gefolgt und habe das Krankheitsbild Polyneuritis recurrens genannt.

Ich lasse zunächst beide Beobachtungen nach den Aufzeichnungen der Journale der Medicinischen Klinik und der Privatklinik, in welcher der erste Kranke aufgenommen war, folgen, und werde im Anschluss daran alles das anfügen, was mir an ähnlichen Erfahrungen aus der Literatur zu sammeln möglich gewesen ist. Ich will gleich hier hervorheben, dass das ausserordentlich wenig ist.

Beobachtung I. 22jähriger kräftig gebauter Landwirth, bekommt im Jahre 1884 beim Heben einer schweren Kiste eine rechtsseitige Armlähmung, welche 3 Wochen anhält. Im Jahre 1886 tritt zum zweitenmal eine rechtsseitige Armlähmung ein, nachdem Pat. sich körperlich angestrengt. Behandlung auf der medicinischen Klinik; Heilung nach 7 Monaten. Im Januar 1889 eine dritte Lähmung in Folge von Influenza. Dauer 13 Wochen. Nach jedem Anfall vollständige Heilung.

Anamnese: Heinrich L., 22 Jahre alt, Oeconom aus Frauenfeld, stammt aus einer Familie, in welcher Nervenkrankheiten nicht vorgekommen sind; dagegen sind von mütterlicher Seite Herzkrankheiten erblich. Pat. wurde als Kind vorübergehend wegen Scrofulose behandelt, war nachher bis zum Jahre 1884 gesund. Im December 1884 hob er eine schwere Kiste und zog sich unmittelbar danach einen sehr bedeutenden Schwächezustand im rechten Arm zu, der 3 Wochen anhielt. Pat. konnte den Arm auch zu leichten Arbeiten nicht gebrauchen, hatte auch hie und da eine geringe Schmerzempfindung, konnte aber doch alle Bewegungen, wenn auch erschwert, ausführen. Unter Einreibungen von Opodeldoc und täglicher Massage kehrten die Kräfte im Arm allmählich wieder und war dann der Kranke bis zum Jahre 1886 gesund, so dass er auch den schweren körperlichen Anforderungen seines Berufes nachzukommen vermochte. Im Juni 1886, als er sich bei der Heuernte mit dem Aufladen von Heu beschäftigt hatte, fiel, als er mit der Heugabel eine grosse Menge Heu emporhob, der rechte Arm plötzlich wie leblos nieder. Sogleich stellten sich in ihm heftige Schmerzen ein. Die Schmerzen reichten bis zur Mitte des Oberarms, und besonders empfindlich war die seitliche untere Halsgegend etwas oberhalb des rechten Schlüsselbeins. Passive Bewegungen, wie Druck, selbst mässige Berührung der verschiedensten Partien des Vorderarms, waren schmerzhaft. Der behandelnde Arzt hielt den Zustand für eine Neuritis, verordnete stündlich kalte Einwickelungen des Armes und machte wiederholte Einpinselungen des ganzen Vorderarms und längs des Sulcus bicipitis mit Jodtinctur. Pat. hatte kein Fieber, der Puls war ruhig, die Haut nicht heiss, der Appetit gut, keine Kopfschmerzen. Die eben angeführte Therapie blieb jedoch erfolglos, ebenso die darauf verordneten Salzwasserfomentationen. In Folge dessen legte der behandelnde Arzt einen Gypsverband an, aber nach Entfernung desselben nach 3 Wochen war der Zustand eher schlimmer, indem der Schmerz mehr gegen die Achselhöhle hinaufstieg und sich hochgradige Anästhesie der Haut eingestellt hatte. Auch bestanden leichte Contracturen der Flexoren des Vorderarms. Bewegung und Berührung des Armes noch immer schmerzhaft. Nunmehr wurden der constante Strom mehrere Tage applicirt und Soolbäder verordnet. Pat. nahm innerlich Chinin, äusserlich wurde Oleum terebinth. applicirt. Da aber der Zustand sich zusehends verschlimmerte, wurde Pat. am 29. Juli in die Behandlung des Herrn Prof. Eichhorst versetzt. Aufnahme in die medic. Klinik Zürich.

Status praesens am 30. Juli 1886. Patient ist ein kräftig gebauter Mann mit gut entwickelter Musculatur und gutem Ernährungszustand. Sub-

jective Reschwerden: Schmerzen und Gebrauchsunfähigkeit des rechten Arms. Der rechte Arm bietet dem Auge kaum eine Auffälligkeit dar. Beide Arme gleich temperirt, gleiche Volumensverhältnisse. Patient ist nicht im Stande, etwelche Bewegungen mit dem rechten Arm auszuführen, weder im Schulter- noch im Ellenbogengelenk, noch in Händen und Fingern; nur ganz minimale Bewegung in der Schulter unter starker Zuhülfenahme der Schulter-musculatur. Die Finger stehen in leichter Flexionsstellung, Daumen leicht adducirt, nirgends Contracturen. Sämmtliche Gelenke sind passiv frei beweglich. Bei passiven Bewegungen keine Schmerzhaftigkeit in den Gelenken; nur in dem Daumengelenk giebt Patient jedesmal bei Extensionsbewegung der Hand einen intensiv stechenden und bis in das Schultergelenk ausstrahlenden Schmerz an, der sich bis in's Gebiet des Plexus brachialis ausdehnt. Keine Intumescenz an den Gelenken. Der passiv in die Höhe gehobene Arm fällt wieder nieder. Druck in die Tiefe der Axilla schmerzhaft. Druck in die Gegend des Plexus brachialis in der Infraclaviculargrube ebenfalls schmerzhaft. Auf der Rückenfläche des Metacarpus des rechten Daumens befindet sich, etwa in der Mitte, ein stark stecknadelknopfgrosses, wasserklares, ziemlich pralles Bläschen. Bei mehrmaliger Messung der Vorderarme ergiebt sich stets ein Unterschied von 1,5 cm zu Ungunsten rechts. Am Oberarm kein Unterschied. Patient unterscheidet am linken Arm scharf Nadelspitze und Nadelknopf, im Bereich des rechten Oberarms dagegen wird zwar intensive Berührung mit der Nadel empfunden, aber Knopf und Spitze nicht unterschieden. Feinere Berührungen werden überhaupt nicht wahrgenommen, eben so wenig am Unterarm. Im Bereich der Vola manus und sämmtlicher Finger wird sogar tiefes Einstechen nicht verspürt. Temperatursinn am ganzen rechten Arm bedeutend vermindert. Schmerzempfindung im Bereich des Arms selbst nicht bedeutend herabgesetzt, aber in der Hand vollständig fehlend.

Elektrische Prüfung der gelähmten Muskeln ergiebt:

a) Faradischer Strom.

| | | | |
|------------------------------------|---------|----------|-------|
| Extensor digitorum communis dexter | 90 mm, | sinister | 80 mm |
| - pollicis longus | - 85 - | - | 80 - |
| Abductor pollicis longus | - 85 - | - | 80 - |
| Flexor carpi ulnaris | - 105 - | - | 90 - |
| Musculus biceps | - 110 - | - | 95 - |
| - triceps | - 95 - | - | 90 - |
| - deltoideus | - 90 - | | |

b) Constanter Strom.

Extensor digitorum communis AOG > KaSZ.

Pat. fiebert nicht, hat guten Appetit und bietet an seinen inneren Organen nichts Abnormes dar.

Ordin.: 1) Sol. kal. jod., 5:200, 3mal täglich 15 ccm

2) Faradisation des rechten Arms mit Galvanisation abwechselnd.

3) Massage des rechten Arms.

2. August. Pat. giebt an, leichte Bewegungen mit dem Daumen aus-

führen zu können. Er macht mit den Endphalangen desselben leichte Flexionsbewegungen. Auch gelingen mit einiger Anstrengung leichte Flexionsbewegungen des Ellenbogens.

5. August. Pat. beugt den Vorderarm im Ellenbogen activ bis zum rechten Winkel. Ausserdem noch im rechten Daumen active Bewegungsfähigkeit, in den übrigen Fingern vollständige Lähmung. Das Gefühl am Vorderarm feiner, aber noch immer totale Anästhesie im Bereich der rechten Hand, nur auf der Rückenfläche des Daumens auf dem ersten und zweiten Glied ist die Sensibilität wiedergekehrt,

7. August. Am ganzen Daumen spürt Pat. Nadelstiche. Auf dem ganzen übrigen Handbereich fühlt er aber noch immer nichts. In der Höhe des Handgelenks beginnt die Hautempfindung wieder.

20. August. Pat. wird abwechselnd an einem Tage massirt, am darauffolgenden elektrisirt. Die Bewegungsfähigkeit des Arms hat etwas zugenommen, der Zeigefinger ist auch etwas beweglicher geworden, ungefähr in dem Grade, wie der Daumen. Im Uebrigen Status idem.

1. September. Pat. bewegt nun auch den dritten und vierten Finger ganz wenig. Bewegung des Daumens ziemlich ausgiebig. Pat. fühlt in den Fingerspitzen immer noch nichts.

4. September. Der Zustand hat sich beständig gebessert. Armbeugung langsam, aber möglich. Dorsalflexion der Hand bis in's Niveau des Vorderarms. Den Daumen kann Pat. extendiren, adduciren und ein wenig flectiren. Bewegung der anderen Finger noch sehr mangelhaft. An der Volarfläche des Unterarms Sensibilität rechts und links gleich. An Daumen- und Kleinfingerballen Sensibilität etwas besser. Am Rücken des Unterarms Sensibilität beiderseits gleich. An der Haut über dem Biceps, Triceps und Deltoides rechts etwas geringer. Druck auf den Erb'schen Supraclavicularpunkt empfindlich. Eine absolut anästhetische Partie besteht jetzt nicht mehr, dagegen werden in den Fingern nur starke Nadelstiche empfunden. An der Vola der Finger fühlt Pat. besser, auf dem Handrücken deutlicher, als auf den Fingern. Nadelspitze und Nadelknopf werden an den Fingern nicht unterschieden; dagegen wird an den vom N. ulnaris versorgten Fingern etwas besser gefühlt, als an den vom Medianus.

Pat. wird am 5. September aus der medicinischen Klinik entlassen, um eine Cur in Pfäfers zu gebrauchen. Er bleibt hier 3 Wochen und berichtet, dass in der ersten Zeit eine entschiedene Verschlechterung eintrat, so dass er den Arm wieder nicht mehr bewegen konnte, aber nach 8 Tagen eine zunehmende Besserung.

Gegen Anwendung von Elektrizität wurde Pat. so empfindlich, dass er, selbst bei schwachen Strömen, Zuckungen im ganzen Körper bekam. Elektrizität ausgesetzt.

Der Kranke stellte sich am 28. September wieder vor. Oberarmmuskulatur wieder kräftig und functionsfähig. Unterarmmuskulatur fast vollständig gelähmt. Erst in den letzten Tagen hatte sich leichte Beweglichkeit im Daumen gezeigt.

Verordnung: Eine Cur in Baden-Baden, Massage und Electricität.

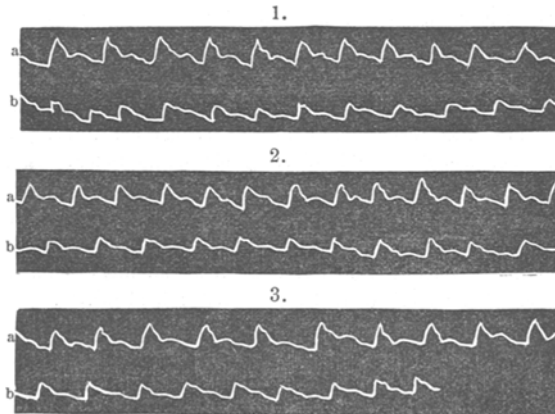
Nach der Rückkehr von Baden konnte Pat. den Arm bis zur Horizontalen erheben, den Unterarm beugen und strecken und sämtliche Finger bewegen. Die elektrische Behandlung wurde bis Anfangs Februar 1887 fortgesetzt. Ende Februar war Patient vollständig geheilt, nur war der rechte Arm in seiner Kraft etwas schwächer, als der linke, und spürte Pat. noch 6 Monate lang eine leise Schmerzempfindung im rechten Arm bei Wetterveränderung.

Pat. blieb jetzt bis Ende 1889 gesund. Am 20. December erkrankte er mit Symptomen von Influenza. Abends ein heftiger Schüttelfrost, darauf Temperatur 39,8. Am folgenden Tage Kopfschmerzen, Erbrechen, wiederum Schüttelfrost und Temperatur von 40,1. Am 3. Tage bemerkte er eine leichte Anästhesie im linken Fuss, welche 3 Tage andauerte und dann mit den anderen Influenzabeschwerden verschwand. Nach einer ziemlich anstrengenden Reise am 16. Januar 1890 fühlte unser Kranke, als er am Morgen des 17. Januar aufstehen wollte, in der rechten Achselgegend und Hand erhebliche Schmerzen, die bis Mittag andauerten, zu welcher Zeit Pat. nicht mehr im Stande war, den rechten Arm in die Höhe zu heben; auch konnte er keine Faust mehr machen. Pat. consultirte wieder Herrn Prof. Eichhorst, dessen Untersuchung Folgendes ergab:

Status praesens am 21. Januar 1890. Kräftig gebauter Mann, der den rechten Arm in einer Binde trägt. Von der Binde befreit, hängt der Arm todt am Körper herab. Er ist ganz unbedeutend im Ellenbogengelenk gebeugt. Die Hand hängt nach abwärts, ist im Handgelenk ein wenig volarwärts gebeugt, der Daumen adducirt. Pat. kann sich nicht selbständig entkleiden, weil er den rechten Arm zu keiner Bewegung gebrauchen kann. Die Arme scheinen beiderseits von gleichem Umfang, der rechte Arm vielleicht ein wenig in der Ellenbogengegend lebhafter geröthet, als der linke. Jedenfalls der rechte Handrücken etwas mehr cyanotisch gefärbt, als der linke, wohl in Folge des beständigen Hängens des Arms: die Haut im Uebrigen unverändert. Der ganze rechte Arm fühlt sich etwas kälter an, als der linke; besonders ist dieses bemerkbar am Unter- und Oberarm, weniger an den Händen. Die Haut beiderseits gleich dick und gleich fest. Pat. fühlt auf der Rückenfläche des Unterarms einen leisen Stich mit der Nadelspitze weit weniger deutlich rechts, als links, dasselbe auf dem Handrücken, ebenso auf der Rückenfläche der Finger. Auf der Volarfläche des Unterarms dagegen fühlt Pat. beiderseits gleich, ebenso auf der Volarfläche der Hand. Pat. fühlt über dem Handrücken auf der Ulnarfläche rechts stets so deutlich, wie links. An den Fingern fühlt er sowohl auf der ulnaren als auf der radialen Seite gleich, und ist beispielsweise am Mittelfinger keine Differenz nachzuweisen. Auf der Rückenfläche des Oberarms fühlt Pat. rechts weit weniger deutlich als links, aber auch auf der Beugefläche dasselbe Verhalten. Ueber der vorderen Brustfläche beiderseits gleiche Sensibilität der Haut, ebenso über der Regio suprascapularis und der Fossa supra- und infra-spinata. Auch in der Fossa supraclavicularis beiderseits gleiches Gefühl.

Pat. kann an der anästhetischen Zone Knopf und Spitze nicht unterscheiden. Die Leitung scheint nicht verlangsamt. Temperatur- und Localsinn erhalten. Der Puls erscheint in beiden Radialarterien gleich stark. Eine sphygmographische Untersuchung des Pulses zeigt rechts eine höhere Puls-
welle und deutlichere Rückstosselevation als links:

Pulscurve der Radialarterie am rechten und linken Arm. Dudgeon's Appar.



a Gelähmter rechter Arm, 23. Januar 1890.

b Gesunder linker Arm,

1, 2 und 3 als fortlaufend zu denken.

Der Tricepssehnenreflex ist rechts in normaler Weise vorhanden, auch der Reflex von den Sehnen der Extensoren und Flexoren des Unterarms. Selbst kräftiger Druck auf die einzelnen Muskeln ist dem Patienten nicht empfindlich. Druck in die Gegend des Plexus brachialis ist beiderseits aber in gleich starker Weise empfindlich. Druck auf die Nerven des Sulcus bicipitis ist nicht schmerzhaft. Patient wird aufgefordert, beide Schultern in die Höhe zu ziehen; es gelingt dieses links sehr gut; rechts wohl etwas erschwert, wesentlich ruckweise und nicht so hoch, wie links. Patient soll links den Arm bis zur Horizontalen erheben, was ganz beschwerdelos geht; rechts kann er den Arm vom Thorax höchstens um einen Winkel von 40° entfernen. Links exacte Beugebewegung des Unterarms gegen den Oberarm, rechts ist diese Bewegung knapp bis zu einem Winkel von 90° möglich. Patient wird aufgefordert, die Arme vorn über einander zu kreuzen, es gelingt dieses rechts nur mit sehr grosser Anstrengung und Patient bringt dabei den Oberarm bis in die Mitte zwischen der mittleren Axillarlinie und Mammillarlinie, aber nicht darüber hinaus, so dass er mit dem linken Arm über die Mittellinie hinaus gehen muss, um eine Kreuzung zu Stande zu bringen. Pat. kann links den Arm nach aussen und nach innen rollen, rechts kann er aber nur mit sehr grosser Mühe die Auswärtsrollung so weit bringen, dass der Daumen gerade nach vorn steht: die Rollung nach ein-

wärts ist aber eigentlich gleich Null. In horizontaler Stellung des Arms sinkt die Hand nach abwärts. Pat. kann nicht die mindeste Bewegung von Dorsalflexion im Handgelenk ausführen, kann die Finger nicht strecken oder spreizen, den Daumen kann er sehr wenig extendieren und abducieren, und auch ein wenig beugen. Ebenso gelingt die Adduction wieder ausserordentlich schwer, die Flexion wesentlich besser. Patient wird aufgefordert, die sämtlichen Finger stark zu beugen und eine Faust zu machen: er vermag dies jedoch nicht, so dass auch der leiseste Händedruck absolut nicht zu Stande kommt. Er kann den Unterarm weder pronieren, noch supinieren.

Nachdem der Pat. einige Zeit entblösst gestanden hat, fällt es auf, dass der rechte Arm wesentlich kälter wird, als der linke. Von hinten betrachtet, steht das Schulterblatt rechts ein wenig tiefer, als links, auch ist es von der Mittellinie rechts etwas stärker entfernt, als links, bietet aber sonst nichts Abnormes dar. Der Händedruck der linken Hand ist sehr kräftig. Ebenso die Muskulatur des Biceps. An den Beinen absolut nichts Besonderes: sämtliche Gelenke sind frei beweglich und nicht schmerzhaft. Der Patellarsehnenreflex ist erhalten, der Bauchreflex beiderseits lebhaft. Im Gezicht keine Lähmung. Die Facial- und Augenmuskulatur, Opticus, Acusticus, Geruch und Geschmack sind unverändert.

Elektrische Prüfung.

a) Faradischer Strom.

| | | | | | |
|------------------------|---------|--------|---------|-------|--------|
| Musc. deltoides | . . . | rechts | 116 mm, | links | 110 mm |
| - biceps | | - | 122 - | - | 120 - |
| - extensor digit. com. | | - | 109 - | - | 105 - |
| - flexor digit. com. | | - | 121 - | - | 120 - |
| Nervus radialis | | - | 116 - | - | 112 - |

b) Galvanischer Strom.

| | | | | | | |
|-----------------|---|------|--------|------------|-------|-----------|
| Musc. deltoides | | KaSZ | rechts | 2,5 M. A., | links | 3,0 M. A. |
| - biceps | - | - | 2,5 - | - | 3,0 - | |
| - extensor com. | - | - | 3,0 - | - | 3,0 - | |

| | | |
|---------------------------|------|-----------|
| c) Musc. ext. digit. com. | ASZ | } 3 M. A. |
| | AOZ | |
| | KaSZ | |

Krankheitsverlauf: Pat. erhält zuerst 3mal täglich 1,0 Salicylsäure, Morgens und Abends spirituöse Einreibungen, und wird 3mal wöchentlich abwechselnd faradisirt und galvanisirt. Schon nach 14 Tagen vermochte er den Oberarm zu erheben und nach weiteren 8 Tagen den Unterarm gegen den Oberarm zu beugen. In der 5. Woche der Behandlung nahm er 3mal wöchentlich ein Soolbad mit nachfolgender Massage; innerlich Jodkal. 5 : 200 3mal täglich 15 cem, während mit dem Elektrisieren fortgefahren wurde. In der 7. Woche zeigten sich zuerst bessere Extensions- und Abductions-Bewegungen in dem Daumen. Am Ende der 8. Woche Extensionsbewegungen in den Fingern. In der 10. Woche Bewegungen in den Beugern der Finger. Am Ende der 13. Woche wurde Patient vollständig geheilt entlassen. Keine

Sensibilitätsstörungen mehr. Alle Bewegungen ausführbar, wenn auch etwas weniger kräftig, als links. —

Beobachtung II. 35jähriger kräftiger Mann. Erstmalige Erkrankung an einer Polyneuritis der Beine 1883. Dauer der Lähmung 8 Wochen. Zweitmalige gleiche Erkrankung 1890.

Anamnese: Arnaldo Michelle, 35 Jahre, Tagelöhner aus Rütli. Die Eltern des Patienten leben, der Vater soll gesund sein, die Mutter leide an einem Herzfehler. Ein Bruder und eine Schwester erfreuen sich der besten Gesundheit. Als kleines Kind machte Pat. eine Augenentzündung durch; im Alter von etwa 14 Jahren litt er an Typhus, mit daran sich anschliessender Lungenentzündung, welche Krankheiten zusammen etwa 2 Monate dauerten, in Folge davon stellte sich starker Haarausfall ein. Von hier an will Pat. bis zum Jahre 1883 immer gesund gewesen sein. Im März 1883 verspürte Pat., als er als Kastanienverkäufer in Mailand seinem Geschäfte nachging, plötzlich auf der Strasse ziehende Schmerzen in beiden Hüftgelenksgenden und etwa 5 Minuten später allgemeine Schwäche in den Beinen, so stark, dass er sich stützen musste, um nicht zu Boden zu fallen. Nur langsam konnte er nach Hause gehen, denn die Beine wären so schwer und schwach gewesen; dazu musste er sich an Mauern, Hecken u. s. w. halten, um nicht umzufallen; auch musste er alle paar Minuten anhalten, um auszuruhen. Beim Gehen strahlten die Schmerzen von den Hüftgelenken in die Beine aus, verloren sich aber keinen Augenblick.

Zu Hause angekommen, legte sich Pat. sofort zu Bett. Bald darnach wurden die Beine vor Schmerz gegen den Oberkörper angezogen; die Schmerzen in den Beinen waren so heftig, dass Pat. meinte, die Nerven würden ihm herauspringen. Auch habe er kein Gefühl mehr drin gehabt. Tags darauf liess Pat. den Arzt holen, der ihn jedoch nicht untersuchte, sondern mit der Behauptung, das Leiden sei rheumatisch, sich begnügte, ohne eine Behandlung einzuleiten. Etwa vom 14. Tage an fühlte Pat. in den Beinen Ameisenkriebeln, welches in den Hüften begann und sich nach unten fortsetzte. Am 17. Tage seines Leidens versuchte er auf den Abort zu gehen, da ihn jedoch die Beine nicht trugen, musste er sich auf dem Boden mit den Händen fortschleppen. Am 18. Tage stand er auf, die Gehversuche gelangen ziemlich gut, so dass sich Pat. ermutigt sah, das Spital aufzusuchen. Er musste wiederum sehr langsam gehen und sich überall mit den Händen halten. Blasen- oder Mastdarmstörungen beobachtete Pat. damals während seiner ganzen Krankheit nicht, auch Kopfschmerzen oder Erbrechen hatte er nicht. Der Schlaf war fast immer durch Schmerzen gestört; der Appetit war ordentlich.

Im Spital wurde Patient genau untersucht und dann etwa 4—5 Wochen poliklinisch behandelt; es wurden ihm 3—4 mal per Tag Einreibungen mit einer weissen Salbe verordnet. Nach der Untersuchung im Spital ging Pat. nach Hause und legte sich wiederum für 3—4 Tage zu Bett. Dann stand er, da die Schmerzen langsam nachliessen, hie und da für einen halben Tag,

mitunter für einen ganzen auf und war etwa 1 Monat später so weit hergestellt, dass er in seine Heimath reisen konnte. Dort besserte sich der Zustand nach und nach so weit, dass Pat. nur selten noch Schmerzen verspürte, z. B. nach langem Gehen.

Von da an empfand Pat. gewöhnlich jedes Frühjahr, mitunter auch zu anderen Zeiten, wieder leichte Schmerzen: er localisirte sie tief im Hüftgelenk. Diese Schmerzen dauerten jeweilen verschieden lang, von einigen Minuten bis zu mehreren Stunden. Pat. hat sich auf ärztlichen Rath hin stets vor Aufenthalt an feuchten Orten gehütet und giebt auch an, dass die Schmerzen nicht etwa bloss nach grösseren Anstrengungen aufgetreten seien, sondern unbestimmt, z. B. auch, wenn er längere Zeit geruht hatte.

Mittlerweile kam Pat. in die Schweiz. Wie er nun am 9. Mai 1890 Vormittags an seiner Arbeit war, verspürte er plötzlich wieder jene ziehenden Schmerzen im linken Hüftgelenk und zugleich auf derselben Stelle Ameisenkriebeln im Bein. Der Schmerz breitete sich in Zeit von etwa 5 Stunden von oben nach unten über das ganze linke Bein aus. Dabei konnte er ganz ordentlich gehen. Abends legte er sich früh zu Bett, konnte aber der Schmerzen wegen nicht schlafen und stand Tags darauf (10. Mai) Morgens um 4 Uhr wieder auf. Nachdem er etwa 5 Minuten auf der Chaussee gegangen war, sah er sich genöthigt, einen Kameraden zu rufen, er möchte ihn in seine Wohnung zurückführen. Das linke Bein war noch nicht gelähmt, sondern war sehr schwach. Gleichen Tags am Nachmittag fühlte Pat. dann auch im rechten Bein die gleichen Schmerzen, hier aber vom Fussrücken ausgehend und dann in Zeit von 1 Stunde nach oben bis zum rechten Hüftgelenk fortschreitend; dieser Schmerz trat viel heftiger auf, wie der im linken Bein, hingegen soll das Ameisenkriebeln rechts geringer gewesen sein, wie links. An diesem Tage konnte Pat. die Beine noch bewegen, auch die Sensibilität war erhalten. Es wurde ein Arzt gerufen, welcher eine äusserliche Behandlung, bestehend in Einreibungen und Umschlägen, einleitete. In der Nacht vom 10. auf 11. Mai hat Pat. wegen starker Schmerzen nicht schlafen können. Am 11. Mai konnte Pat. beide Beine nicht mehr bewegen. Blasen- und Mastdarmstörungen waren nicht vorhanden. Da Pat. zu Hause keine Pflege hatte, wurde er im hiesigen Spital aufgenommen.

Weder vor dem Anfall im Jahre 1883, noch vor dem jetzigen hat Pat. Schüttelfröste oder febrile Anzeichen beobachtet. Venerische Erkrankungen jeder Art stellt Pat. des Entschiedensten in Abrede.

Status praesens am 13. Mai 1890. Pat. ist ein grosser, sehr kräftig gebauter Mann, mit vortrefflich entwickelter Musculatur und gutem Panniculus adiposus. Die Haut ist trocken, Temperatur nicht erhöht. Am rechten Oberarm an der Aussenseite findet sich eine etwa handtellergrösse, braun pigmentirte Hautstelle mit starker Behaarung (Naevus). Pat. liegt in erhöhter Rückenlage. Gesichtsausdruck ruhig, Gesicht von gesunder Farbe. Pupillen beiderseits etwas eng, reagiren aber prompt auf Lichteinfall. Conjunctiven rein, Lippen trocken, Zunge feucht, etwas graugelb belegt. Am Schädel keine Deformität. Beklopfen des Schädels nicht schmerzhaft. Im

Gesicht keine Lähmungen. Pat. ist bei vollkommen freiem Sensorium und klagt über Unbeweglichkeit beider Beine, sowie über Ameisenkriebeln in denselben. Er hält beide Beine ausgestreckt auf der Bettunterlage, im Hüftgelenk leicht abducirt und nach aussen rotirt. Der Aufforderung, das eine oder das andere Bein zu erheben, kommt Pat. nicht nach, indem er angiebt, dies sei ihm vollständig unmöglich. Auch die Füße kann Pat. nicht bewegen, ebenso wenig die Zehen.

Auf der Vorderkante der rechten Tibia, etwa in der Mitte, ein kleiner Blutschorf, ein noch kleinerer auf der Vorderkante der linken Tibia. In den Volumens- oder Farbenverhältnissen der Beine kein Unterschied zwischen links und rechts.

Druck auf die Oberschenkel nirgends schmerzhaft, dagegen ist Druck auf die Unterschenkel und Füße besonders in der Wade schmerzhaft. Passive Bewegungen in den Beinen sind ohne Widerstand ausführbar und sind nicht schmerzhaft. An den Oberschenkeln fühlt Pat. überall leichte Berührungen mit der Nadel, ebenso an den Unterschenkeln, sowie an den Füßen; dagegen giebt er an, dass am rechten Unterschenkel, namentlich an der Wade, auch schon leichte Berührungen stark schmerzhaft seien. Temperatursinn vollständig intact. Fusssohlenreflex fehlt vollständig, dagegen giebt Pat. an, dass er auch unter den Fusssohlen leichte Berührungen verspüre, doch sind sie weniger deutlich rechts, wie links, zu fühlen. Patellarsehnenreflexe fehlen beiderseits vollständig, ebenso der Hodenreflex; dagegen sind die Bauchreflexe gut erhalten. Mechanische Erregbarkeit der Muskeln verschwunden. Auch hierbei giebt Pat. an, dass Beklopfen der Muskeln des Unterschenkels stark schmerzhaft sei.

Die elektrische Prüfung ergibt:

a) Faradische Erregbarkeit.

| | | |
|---|---------------------|---|
| Musc. extensor pollicis longus dexter . . | 66 mm Rollenabstand | |
| - - digitorum communis dexter | 0 - | - |
| - quadriceps femoris dexter | 0 - | - |
| Nervus peroneus dexter | 0 - | - |
| - - sinister | 0 - | - |
| Musc. gastrocnemius sinister | 80 - | - |
| - extensor pollicis longus sinister . | 100 - | - |

b) Galvanische Erregbarkeit.

Musc. extensor hallucis longus dexter

KaSZ 7 M. A.

AOZ 5 - - Zuckungen träge.

An den Oberextremitäten nirgends Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen. Tricepsreflex beiderseits erhalten. Dagegen kann Pat. sich nicht vollständig aufrichten, da er angiebt, dabei Schmerzen in den Unterschenkeln zu verspüren. Auch am Rumpfe nirgends Sensibilitätsstörungen. Keine Deformität der Wirbelsäule. Druck auf die Wirbelsäule nirgends empfindlich. Athmung ruhig, nicht beschleunigt. Puls regelmässig, kräftig, zählt 76 Schläge. Körpertemperatur 36,6. Keine Oedeme.

Thorax vortrefflich gebaut, symmetrisch, ziemlich resistent. Percussionsschall vorn, seitlich und hinten beiderseits gleich, laut, nicht tympanitisch. Man hört überall über der Lunge reines, weiches, vesiculäres Athmen ohne Rasselgeräusche.

Spitzenstoss des Herzens ist leicht sicht- und fühlbar im 5. linken Inter-costalraum, in der linken Mammillarlinie. Relative Herzdämpfung an der 3. Rippe, in der Medianlinie Spitzenstoss. Herztöne über sämtlichen Klappen etwas dumpf, aber vollständig rein. Abdomen gut gewölbt, nirgends druckempfindlich, giebt überall tympanitischen Percussionsschall. Absolute Leberdämpfung am oberen Rande der 7. Rippe, schliesst unten mit dem Brustkorbrande ab. Leber respiratorisch verschieblich, aber nicht palpabel. Magen überragt den Nabel nicht. Milz zwischen 9. und 11. Rippe, nicht palpabel. Druck in die Nierengegend nicht schmerzhaft. Appetit gut. Durst nicht gesteigert. Schlaf gut. Stuhl etwas angehalten.

Harn 1900, klar, spec. Gewicht 1020, Farbe V. 5, enthält weder Eiweiss, noch Zucker.

Pat. hustet nicht, hat keinen Auswurf.

Ordin.: Sol. kal. jod. 100:200.

S. 3mal täglich 15 ccm.

Krankengeschichte:

17. Mai 1890. Jodkali ausgesetzt. Pat. erhält Acid. salic. 1,0, 5mal täglich.

19. Mai. Es besteht hinten über dem Kreuzbein ein ganz kleiner oberflächlicher Decubitus von der Grösse eines 5 Cts.-Stückes.

20. Mai. Pat. giebt an, dass die Schmerzen in den Beinen bedeutend nachgelassen hätten, doch kann er dieselben nicht bewegen.

28. Mai. Pat. empfindet immer noch bei intensivem Druck an den Unterschenkeln Schmerzen; an den Oberschenkeln nicht.

3. Juni. Pat. giebt an, dass er heute weniger Schmerzen in den Beinen habe, doch ist Druck auf den Nervus peroneus beiderseits unterhalb des Capitulum fibulae sehr schmerzhaft.

4. Juni. Pat. giebt wieder an, dass er weniger Schmerzen in den Beinen habe.

11. Juni. Chloroformii 10,0.

Linimenti volat. 40,0.

M. D. S. Aeusserlich.

13. Juni. Die Schmerzen anscheinend vollständig verschwunden, auch Druck auf die vordem empfindlichen Unterschenkel ohne Schmerzen.

17. Juni. Schmerzhaftigkeit bei Druck besteht noch in der Wadenmuskulatur, stärker rechts, wie links. Oberschenkel auch bei Druck schmerzfrei.

Die Temperatur ist meist normal gewesen, zeigt nur einige Mal leichte Steigerungen bis 37,7. Der Puls ebenfalls normal. Stuhl etwas angehalten. Urin zeigt weder in Menge, noch in spezifischem Gewicht etwas Abnormes.

Klinische Vorstellung am 1. Juli 1890. Pat. kann nicht die mindeste Bewegung mit den Unterextremitäten ausführen, die Beine sind nach

jeder Richtung frei und schmerzlos passiv beweglich. Die Arme frei. Sphincter ani et vesicae intact.

Patient ist ein langer Mensch mit guter Musculatur, kräftig entwickelt. Er liegt in erhöhter Rückenlage, die Beine sind leicht abducirt, unbedeutend im Knie gebeugt, die Füße etwas plantarwärts flectirt. Die Unterschenkel, namentlich in der Nähe der Malleolen, zeigen eine bläuliche Färbung und fühlen sich etwas kühl an; keine trophischen Störungen. Die Füße sind leicht gedunsen, namentlich am äusseren Rande Oedem; ebenso in der Gegend der Wade. Musculatur der Wade dünn, schlaff, ebenso der Extensor cruris und die Adductoren; es besteht eine ausgesprochene Atrophie derselben. Druck auf die Musculatur nicht empfindlich.

Patient fühlt gut an den Füßen; an beiden unteren Extremitäten fühlt er gleich scharf; kann Nadelknopf und Spitze unterscheiden. Patient fühlt an den Armen deutlicher, wie an den Beinen, doch ist der Unterschied sehr gering; keine Störung des Temperatursinns; Ortsinn intact; Zeitsinn und Muskelsinn erhalten.

Patellarsehnenreflex fehlt beiderseits, ebenso Fusssohlenreflex, Fussclonus und Hodenreflex.

Das Gesicht gut gefärbt, Kopf frei beweglich, etwas dolichocephal. Pupillen etwas eng, reagiren träge auf Lichtreiz. Augen frei beweglich. Zunge vollständig rein. Facialis frei. Patient kann gut schlucken, gut sehen. Der Hals ist lang; es besteht eine leichte Struma. Sehnenreflexe an den Armen erhalten. Am rechten Arm eine braun pigmentirte handtellerergrosse Stelle, die etwas behaart ist. Thorax sehr gut gebaut, resistent, Respiration abdominal. Percussionsschall beiderseits laut, gleich, nicht tympanitisch. Ueberall vesiculäres Athmen, ohne Rasselgeräusche. Pat. kann sich ganz gut aufrichten, Wirbelsäule gerade; nirgends Prominenzen; nirgends Druckempfindlichkeit. Spitzenstoss des Herzens im 5. Intercostalraum in der Mammillarlinie schwach zu sehen und zu fühlen. Herzgrenzen: 3. Rippe, linker Sternalrand, Spitzenstoss. Herztöne dumpf, aber rein.

Abdomen gut gewölbt, nirgends Druckempfindlichkeit, eine kleine Narbe rechts oberhalb des Nabels. Magen erreicht nicht den Nabel. Milz nicht vergrössert. Leber bei tiefer Inspiration leicht zu fühlen. Nierengegend zeigt nichts Besonderes. Körpertemperatur normal. Puls 100. Kein Erbrechen. Appetit gut. Neigung zu Obstipation. Harn von gelber Farbe, etwas trübe, zeigt ein graues körniges Sediment, riecht alkalisch (nachträgliche Zersetzung).

Bei der elektrischen Prüfung reagiren weder Nerven, noch Muskeln auf den faradischen Strom, — es besteht also eine schwere Lähmung.

(Auszug aus der klinischen Besprechung des Herrn Professor Eichhorst).

Die Frage, ob wir es mit einer Poliomyelitis anterior acuta oder mit einer Polyneuritis zu thun haben, wird aus dem Symptomenbilde und aus dem Krankheitsverlaufe klar. Beide

Krankheiten zeigen Lähmungen, rapide Muskelatrophie und elektrische Entartungsreaction, aber die acute Poliomyelitis befällt meist Kinder. Unser Patient ist im Mannesalter. Poliomyelitis verläuft schmerzfrei, während unser Patient von heftigsten Schmerzen befallen wurde, was für eine Neuritis charakteristisch ist. Auch sind charakteristisch für Neuritis Sensibilitätsstörungen, welche meist bei Poliomyelitis fehlen; unser Patient hat eine leichte Anästhesie an den Beinen. Bei Poliomyelitis können wir eine temporäre und eine stationäre Lähmung unterscheiden, die letztere, die Folge von bleibenden Störungen in den Vorderhornganglienzellen, geht nicht zurück. Eine totale Herstellung bei einer Poliomyelitis ist kaum denkbar. Aber unser Patient hat vor 7 Jahren einen ganz ähnlichen Anfall gehabt und ist vollständig genesen.

Wir werden nicht denken, dass wir in diesem letzten Anfälle ein Recidiv der früheren Krankheit haben, dafür ist das Zeitintervall zu lang. Es ist unwahrscheinlich, dass sich die die Neuritis erregenden Infectiousstoffe 7 Jahre in dem Organismus aufgehalten haben sollten. Es handelt sich hier, wie in dem erstmaligen Anfall, um eine selbständige Polyneuritis, und zwar um eine recurrirende Polyneuritis.

Die beiden vorhergehenden Beobachtungen stimmen rück-sichtlich ihrer Erscheinungen so sehr überein und zeigen zu gleicher Zeit ein so eigenthümliches Verhalten, dass es vielleicht keiner eingehenderen Rechtfertigung bedarf, wenn dieselben ausführlich veröffentlicht wurden.

Im ersteren Falle, bei dem Landmann, ist es bemerkenswerth, dass namentlich die beiden ersten Attacken urplötzlich, apoplectiform eintraten und beide Male durch Heben einer zu schweren Last hervorgerufen wurden. In der zweiten Beobachtung, bei dem Italiener, handelte es sich in beiden Attacken um eine reine idiopathische Neuritis, die man wohl kaum anders als infectiösen Ursprunges auffassen dürfte.

Dass zeitweise Nervenkrankheiten Rückfälle machen und dass manche gerade durch die Neigung zu Rückfällen ausgezeichnet sind, ist eine seit langer Zeit bekannte Erfahrung, und mag es daher genügen, nur einige wenige Beispiele herauszugreifen.

Eine Hirnblutung wird sehr oft rückfällig, wenn nicht schon die erste Blutung dem Patienten das Leben genommen hat, und der Volksmund sagt daher, dass eine dritte Blutung unfehlbar den Tod bringe, aber wenn man bedenkt, dass diesen Blutungen Gefäßveränderungen zu Grunde liegen, welche einen progressiven Charakter besitzen, so versteht man leicht, wie es zu solchen wiederkehrenden Blutungen kommen muss.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Hirnsyphilis, die ja gleichfalls häufig in längeren Intervallen immer und immer wieder Erscheinungen, unter anderen auch Lähmungen, hervorrufen kann, weil eben die Grundursache für diese cerebralen Störungen nicht vollkommen und dauernd gehoben ist.

Auch auf dem Gebiet der cerebralen Neurosen lassen sich zahlreiche ähnliche Beispiele finden. Es sei nur an die Erscheinungen der Hysterie erinnert, namentlich an die häufig wiederkehrenden hysterischen Lähmungen; ferner an die Anfälle der Epilepsie. Auch von der Chorea ist es satzsaam bekannt, dass sie gar nicht selten in Intervallen Rückfälle macht u. s. f. Aber auch hier können wir nicht annehmen, dass während der freien Zeiten vollständige Gesundheit besteht, indem die hysterische und epileptische Disposition auch in jenen Zeiten den Kranken beherrscht, in denen er sich scheinbar vollständig gesund befindet.

Gehen wir auf Rückfallserscheinungen ein, wie sie bei Störungen peripherischer Nerven bekannt sind, so ist hier der Ort, an die Erscheinungen der periodischen Oculomotorius-Lähmungen zu erinnern.

Ich habe in der Literatur 23 Fälle periodischer Oculomotoriuslähmungen gefunden, wovon 12 den exacerbirenden Lähmungen angehören und wahrscheinlich durch einen basilaren Prozess zu erklären sind. Die übrigen 11 Fälle sind reine recidivirende Lähmungen, über deren Natur die Meinungen sehr verschieden sind. Die Autoren, welche genauere Studien darüber gemacht haben, nehmen ganz verschiedene Standpunkte ein.

Möbius¹⁾ erklärt als Ursache für die Lähmungen eine Läsion in der Nähe des Oculomotoriuskernes, die permanent sei und

¹⁾ Möbius, Berl. klin. Wochenschr. 1884. No. 31.

sich schubweise entwickle bei Wiederkehr der Paralyse, d. h. er hält die Lähmungen für nucleare.

Mauthner¹⁾ dagegen schliesst seine sorgfältige Abhandlung dieses Capitels mit dem Satze: „Die Discussion der recidivirenden Oculomotoriuslähmungen hat demnach ergeben, dass, so schwierig auch allgemeine Grundsätze für das Wesen einer basalen Lähmung aufzustellen waren, die recidivirende Oculomotoriuslähmung der basalen Form beizuzählen ist,“ während Senator²⁾ eine gröbere Läsion ausschliesst und die Lähmung als hysterisch oder als Reflexlähmung, auf hysterischer Grundlage beruhend, ansieht.

Vissering³⁾ äussert die Vermuthung, dass es sich in diesen Fällen um eine Art von Autointoxication handle, eine Ansicht, welche Bernhardt⁴⁾ schon für die acute aufsteigende Paralyse und die recidivirende Extremitätenlähmung von Westphal ausgesprochen hat. Offenbar haben solche Fälle sowohl in Bezug auf Ursache wie auf Verlauf wenig Aehnlichkeit mit unseren Beobachtungen.

An die periodischen oder recurrirenden Oculomotoriuslähmungen reihen sich die eigenthümlichen, noch unerklärten Fälle periodischer Extremitäten-Lähmung von Westphal⁵⁾, Fischl⁶⁾, Cousot⁷⁾ und Bennett⁸⁾ an. Ebenso die, wahrscheinlich auf Intermittens beruhenden Fälle von Hartwig⁹⁾, Romberg¹⁰⁾ und Cararé¹¹⁾.

Schon mehr Aehnlichkeit mit unserem Fall bieten gewisse peripherische refrigeratorische Facialislähmungen. Eulenburg¹²⁾ „behandelte einen jungen Oeconomen, der zweimal auf

¹⁾ Mauthner, Vorträge über Augenheilkunde. S. 414.

²⁾ Senator, Zeitschr. f. klin. Med. XIII. S. 266.

³⁾ Vissering, Münch. med. Wochenschr. 1889. No. 41.

⁴⁾ Bernhardt, Archiv für Psychiatrie. 1886. S. 284.

⁵⁾ Westphal, Berl. klin. Wochenschr. 1885. No. 31.

⁶⁾ Fischl, Prag. med. Wochenschr. 1885.

⁷⁾ Cousot, Revue de méd. 1887.

⁸⁾ Bennett, Brain. Jan. 1885.

⁹⁾ Hartwig, Dissertation. Halle 1874.

¹⁰⁾ Romberg, Lehrbuch d. Nervenkrankh. Bd. I. S. 752.

¹¹⁾ Cararé, Gaz. des hôp. 1853. No. 85.

¹²⁾ Eulenburg, Nervenkrankh. S. 494.

der rechten und dreimal auf der linken Seite von rheumatischer Facialislähmung sehr hartnäckiger Art heimgesucht wurde“. Nach seiner Meinung wirkt eine gewisse Prädisposition begünstigend auf die Entstehung dieser Lähmungen und ein einmaliges Be-fallensein steigert die Neigung zu Recidiven auf derselben Ge-sichtsseite.

Möbius, der schon früher eine ähnliche Beobachtung¹⁾ ge-macht hatte, beschreibt folgendermaassen einen interessanten Fall²⁾ von recurrirender Gesichtslähmung: „Ein 51jähriger Gutsbesitzer war 1868 nach Erkältung, ohne Schmerzen, an rechtsseitiger Facialislähmung erkrankt. Dauer 3 Wochen. Im Jahre 1876 unter mässigem Schmerz in Ohrgegend und Nacken linksseitige Facialislähmung mit 4wöchentlicher Dauer. Im Jahre 1886 nach einer Fahrt im offenen Wagen heftiger Schmerz in Nacken, Ohr und rechter Wange. Nach 3 Tagen linksseitige Facialislähmung mit allmählicher Abnahme der Schmerzen. Druckempfindlichkeit am Foramen stylomastoideum. Im Juni Heilung.“

Bernhardt³⁾ beschreibt zwei selbstbeobachtete Fälle von Facialislähmung mit Recidiv auf der anderen Gesichtshälfte — alternirende Lähmungen —, und einen Fall von Neumann, wo dieselbe Seite zweimal von Lähmung betroffen wurde. Im Jahre 1889 theilt derselbe Autor 5 neue Beobachtungen⁴⁾ mit, zusammen mit 8 aus der Literatur gesammelten Fällen (2 von Neumann, Charcot, Troschel, Junin, C. Paul, Erdmann und Sorge). In 8 von diesen Fällen wurde nur ein Recidiv beobachtet, wovon drei alternirende Lähmungen waren. (Einmal nicht angegeben.) In den anderen 5 Fällen fanden 3 bis 4 Anfälle statt, zweimal abwechselnd rechts und links (1 mal nicht angegeben).

Etwas anders scheinen uns die Verhältnisse in einer Beob-achtung von Minkowski⁵⁾ zu liegen, der unter 14 Fällen von Polyneuritis, meist alkoholischer Natur, zwei Beobachtungen von

¹⁾ Möbius, Schmidt's Jahrbücher. 1885. S. 244.

²⁾ Möbius, Centralbl. f. Nervenheilkunde. IX. 7. 1886.

³⁾ Bernhardt, Beiträge zur sogenannten refrigeratorischen Facialis-lähmung. Berl. klin. Wochenschr. 1888. No. 19.

⁴⁾ Bernhardt, Berl. klin. Wochenschr. 1889. No. 47.

⁵⁾ C. Minkowski, Beiträge zur Pathologie der multiplen Neuritis. Mit-theilungen aus d. medic. Klinik zu Königsberg i. Pr. 1888.

Recidiv mittheilt, die sehr wahrscheinlich durch Wiederaufnahme der unzweckmässigen Lebensweise bedingt waren.

Ebenso kann es nicht Wunder nehmen, dass Blei-, Phosphor- und Arsenik-Lähmungen zurückkehren, wenn, nach geheilter Lähmung, die schädlichen Stoffe von Neuem auf den Organismus einwirken. Dem gleichen Gesichtspunkte unterliegen Lähmungen des Radialnerven bei Personen, die wiederholentlich sich im Rausch eine Schlaflähmung zuzogen.

Gehen wir nun zum Schluss auf die Polyneuritis selbst ein, so ist wiederholentlich darauf hingewiesen worden, dass das Leiden mehrfach Remissionen und Exacerbationen machen kann, aber von eigentlichen, durch längere Zeit völliger Gesundheit getrennten Rückfällen ist unseres Wissens nur wenig bekannt. Es ist mir nicht möglich gewesen, eine andere Beobachtung, als diejenige von Grocco¹⁾ ausfindig zu machen, und auch für diese bin ich nur auf ein sehr mangelhaftes Referat angewiesen, da mir die Originalarbeit unzugänglich war. Ich führe das kurze Referat aus dem Medic. Centralblatt wörtlich an: „Polyneuritis u. s. w. mit vollständiger Heilung und Rückfall nach 3 Jahren, 29jährige Köchin, keine Erblichkeit, hat früher an Malaria gelitten. Zuerst erkrankt März 1880. Atrophie und Schmerz schwanden am Anfang 1881 vollständig. Diagnose durch Abschluss.“

Ich möchte es vermeiden, das Gebiet der Thatsachen zu verlassen und mich auf dasjenige der Hypothesen zu begeben. Es liegt ja nahe genug anzunehmen, dass ein von Polyneuritis ergriffenes Nervengebiet für die Zukunft weniger resistenzfähig wird und vielleicht dann schon auf leichtere Schädigung reagirt, um so mehr, wenn, wie in unseren beiden Beobachtungen, gerade immer dieselben Nervenbahnen getroffen werden. Es genügt mir zunächst, auf dieses eigenthümliche Verhalten der Polyneuritis hingewiesen zu haben, und es scheint mir nicht unpassend, für Beobachtungen der von mir beschriebenen Form von Polyneuritis den Namen der Polyneuritis recurrens für's erste beizubehalten.

¹⁾ Grocco, Centralblatt. 1885. 693.