

IX.

Bemerkungen

zu dem

Aufsatze von Dr. M. Felsch über „zwei Fälle von cerebraler Kinderlähmung“ (Dieses Archiv 36. Bd. 3. Heft, S. 895 u. f.).

Der Verfasser erlaubt sich, folgende den Unterzeichneten betreffende Bemerkungen zu machen (Seite 901):

„Sommer hat in seinem Lehrbuch der Diagnostik, 1901, die Forderung gestellt, man solle bei einer spastischen Halbseitenlähmung, verbunden mit Epilepsie und Idiotie bestimmt die Diagnose Porencephalie stellen, ja er geht soweit, denjenigen den naturwissenschaftlichen Charakter abzusprechen, die sich weigern, die Diagnose Porencephalie zu stellen.

.... Es kann deswegen die Forderung Sommer's keinen Fortschritt, sondern nur einen Rückschritt bedeuten.

Im Gegensatz zu Sommer wäre es darum besser, die klinische Diagnose Porencephalie überhaupt fallen zu lassen und sie den Sectionsprotokollen zu überlassen. Wenn Sommer behauptet, derjenige, der nicht die Diagnose Porencephalie stellt, beraubt sich seines naturwissenschaftlichen Charakters, so kann man wohl mit grösserem Rechte behaupten, derjenige beraubt sich seines naturwissenschaftlichen Charakters, der noch jetzt die Diagnose Porencephalie stellt, wo man doch weiss, dass sie in den meisten Fällen falsch ist“.

Ich bin nun nachgerade gewöhnt, auf Grund oberflächlicher Lectüre meiner Schriften angegriffen zu werden, will aber doch den vorliegenden Fall festlegen, da er typisch für diese Art des pseudo-wissenschaftlichen Betriebes ist. Ich citire zu diesem Zweck einfach die offenbar gemeinte Stelle meiner Diagnostik der Geisteskrankheiten. II. Auflage 1901, Seite 210:

Die meisten dieser Kranken werden unter der Rubrik „Schwachsinn“ oder „Epilepsie“ geführt werden. Es ist aber durchaus nothwendig, sobald man die Diagnose auf Porencephalie gestellt hat, diese Fälle aus den genannten symptomatischen Sammeltöpfen herauszunehmen und sie unter

den richtigen anatomischen Begriff zu bringen. Wer Idiotie diagnostiziert, wo er Porencephalie sagen sollte, begiebt sich seines naturwissenschaftlichen Charakters, indem er für die bekannte materielle Veränderung der Substanz, welche der Krankheit zu Grunde liegt, einfach ein Symptom hinstellt.

Es ist dies ähnlich, als wenn jemand „Tobsucht“ diagnostiziert, wo er „Progressive Paralyse“ hätte sagen sollen, oder „Hallucinatorische Verwirrtheit“, wo „Alkoholische Geistesstörung“ am Platze gewesen wäre.

Es kommt also hier überall darauf an, durch den Nebel des blos Symptomatischen zu greifbaren Aussagen über den Gehirnzustand zu kommen.

Für logisch Denkende brauche ich nichts hinzuzufügen, für Herrn Felsch bemerke ich, dass ich entsprechend der Tendenz des ganzen Buches an dieser Stelle den Unterschied von „Symptom“ und „Grundkrankheit“ für die Diagnostik im Auge habe. Ich bin auch von anderer Seite ganz richtig verstanden worden.

Dass sich die Diagnose Porencephalie in allen Fällen richtig stellen lasse, habe ich nicht behauptet, dass sie jedoch öfter möglich ist, beweisen die von mir mitgetheilten richtig diagnostizirten Fälle, von denen der III. zwischen der I. und II. Auflage meines Buches zur Section gekommen ist. Allerdings gehört dazu eine sehr genaue Analyse der Symptome, welche in den von Herrn Felsch mitgetheilten Fällen kaum versucht ist, so dass ich seinen Aufsatz speciell in klinischer Beziehung als höchst mangelhaft bezeichnen muss.

Ich habe l. c. 211 Folgendes gesagt: „Als diagnostischer Anhaltpunkt, um bei bestehendem Schwachsinn mit Epilepsie die Diagnose Porencephalie zu stellen, dient häufig das gleichzeitige Bestehen von Lähmung, bezw. Entwicklungs-hemmung der Extremitäten. Diese Lähmungen der im Wachsthum zurückgebliebenen Glieder sind meistentheils spastischer Natur, und zeichnen sich durch ihre ganz auffallenden, vom Bilde der gewöhnlichen Hemiplegieen abweichenden Formen aus.“

Im Hinblick hierauf hätte Herrn Felsch in seinem eigenen Befunde bei dem ersten Fall auffallen müssen, dass neben der Entwicklungs-hemmung eine Reihe von Erscheinungen vorhanden waren, welche dem spastischen Charakter der porencephalischen Fälle direct widersprechen.

Ich citire: „Die Facialisinnervation ist rechts schwächer wie links, die rechten Stirnfalten sind flacher. Der Nasenflügel und rechte Mundwinkel hängen tiefer als die linksseitigen herab“. „Die rechte Hand hängt schlaff in Beugestellung herunter“. „Bewegung im rechten Hüftgelenk ziemlich frei,

ebenso wie im rechten Kniegelenk“. „Die Zehen zeigen die normale Beweglichkeit“. — „Der Gang ist durch die Parese der rechten Unterextremität bedeutend gestört, erfolgt mit gekrümmten Knieen, das rechte Bein wird nachgezogen, der rechte Fuss hängt schlaff herab, und berührt mit der Spitze den Boden, dabei beschreibt das rechte Bein einen kleinen Bogen nach aussen“.

Nach dieser Beschreibung hat die Parese der rechten Seite generell einen spastischen Charakter durchaus nicht gehabt, wenn auch rechts Steigerung des Kniephänomens und Fussclonus vorhanden waren. Solche Reflexsteigerungen kommen jedoch auch ohne spastische Zustände der Muskulatur vor und reichen an sich nicht aus, der Parese einen spastischen Charakter zuzusprechen, wie er bei Porencephalie die Regel bildet. Schon dieser Befund hätte mich diagnostisch zweifelhaft gemacht, ob ein porencephalischer Herd vorliegt.

Dazu kommt die Anamnese, welche auf eine sich langsam entwickelnde Krankheit deutet, während die zur Porencephalie führenden Erkrankungen in der Regel rascher einsetzen (Encephalitis, Trauma). Bei dem 1881 geborenen Patienten, dessen Muttersvater an Epilepsie litt, stellte sich im fünften Lebensjahre im Anschluss an Pneumonie Epilepsie ein.

„Seit 1894 (!) traten die Anfälle immer häufiger auf, abwechselnd mit häufigen Erregungszuständen. Allmählich entwickelte sich eine unvollständige Lähmung des rechten Armes und rechten Beines“. „Die Sprache wurde allmählich schlechter“.

Hier fehlt die Erörterung, ob die Sprachstörung auf die fortschreitende Epilepsie bezogen werden konnte, oder ob sie als Sprachstörung in Folge von localer Hirnkrankheit aufzufassen gewesen wäre. Zweifellos ist nach obigen Notizen, dass die Lähmung der Extremitäten, die, wie gezeigt, keine vorwiegend spastische war, allmählich ca. seit 1894 eingetreten ist, nachdem schon seit ca. acht Jahren (!) Epilepsie bestanden hatte.

Bei dem Zusammentreffen dieser Anamnese mit obigem Befunde hätte die Diagnose Porencephalie allerdings nicht gestellt werden dürfen, wenn auch eine Entwicklungshemmung später vorhanden war, sondern es musste eine anderweitige anatomische Beschriftenheit des Processes, speciell diffuse Sklerose der linken Hemisphäre offen gelassen werden. Dabei hätte Herr Felsch erörtern müssen, welche Bedeutung die von ihm beschriebene Schädelverletzung hatte. Wann dieselbe entstanden ist, ob dieselbe durch die Epilepsie indirekt bedingt war, oder dieser voranging, ob bei einem schon vorher Epileptischen ein Trauma den sklerotischen Process als Accidens ausgelöst hat

oder ob dieselbe ganz bedeutungslos ist, wird in keiner Weise erörtert.

Ohne Rücksicht hierauf glaubt Herr Felsch (Seite 906) aus dem „acuten Beginn auf eine infectiös-entzündliche Entstehung schliessen zu müssen“, während er vorher den allmählichen Beginn der unvollständigen Lähmung des rechten Armes und Beines nach dem achtjährigen Bestehen der Epilepsie selbst hervorgehoben hat. Ich halte diese Art von klinischer Behandlung für völlig verfehlt.

Noch mangelhafter ist die klinische Auffassung des II. Falles. Hier handelt es sich bei der Bezeichnung als cerebrale Kinderlähmung im wesentlichen um Wortspielerei.

K. B., geboren 1880, zeigte vom zweiten Lebensjahre an Convulsionen. Er lernte mit einem Jahre laufen und früh reden. „Im Anfang war er ein munteres Kind, später wurde er mit der Zunahme der Anfälle blöder“.

In dem Befund nach Aufnahme in die Anstalt am 12. Juni 1899 ist von Entwicklungshemmung oder Lähmung der Extremitäten überhaupt nicht die Rede (!). Diagnose: Epilepsie.

„Psychisch bestand ein erheblicher Schwachsinn, außerdem monatlich durchschnittlich zehn typische epileptische Anfälle“.

„Am 16. November 1900 wurde bei B. zum ersten Mal eine Andeutung einer Sprachstörung entdeckt“. Am 24. Juni 1901 ergab sich amnestische Aphasia. „Als neue bemerkenswerthe Erscheinungen traten in dem letzten halben Jahre atactische Phänomene hinzu. Seine Bewegungen wurden unbeholfen, erfolgten ruckweise und verfehlten oft ihr Ziel, sein Gang wurde schwankend“.

Es haben sich also bei einem Individuum, welches schon seit achtzehn Jahren an Epilepsie litt, im Lauf der Anstaltsbehandlung allmählich Zeichen einer organischen Herdkrankheit der linken Hemisphäre eingestellt. Die Epilepsie ohne weiteres als anfängliches Symptom dieser aufzufassen, erscheint klinisch sehr zweifelhaft. Die Epilepsie kann vielmehr umgekehrt durch Störungen der Blutcirculation die indirekte Ursache von Hirnblutungen etc. sein, was mir nach dem Sectionsbefund in diesem Falle viel wahrscheinlicher ist.

„Die Windungen der linken Insula Reilii laufen concentrisch auf eine weisse eingezogene Stelle“.

„Der linke Seitenventrikel ist stark erweitert. Nach Eröffnung der Ventrikel zeigt sich der linke Thalamus ganz bedeutend kleiner als der rechte“. „Schnitte durch die linke Insel und Grosshirnganglien ergeben dort eine grosse Anzahl kleiner Cysten“.

In dieser localen Herderkrankung die Ursache der seit 18 Jahren bestehenden Epilepsie nach Analogie der von mir mitgetheilten Por-

encephalie-Fälle zu suchen, ist ganz unmöglich. Es handelt sich offenbar um die Complication einer lange bestehenden genuinen Epilepsie durch eine nachträglich erworbene Herdkrankheit.

Keinesfalls hat dieser Fall mit den von mir beschriebenen Porencephalie-Fällen in Bezug auf klinischen Befund und Verlaufsart irgend etwas zu thun. Somit ist bei dem inhaltlich ganz verfehlten Angriff des Herrn Felsch nicht einmal die Voraussetzung richtig, dass es sich um Fälle handelt, auf welche meine Darstellung der Porencephalie zutrifft.

Ich empfehle daher Herrn Felsch, meine Diagnostik der Geisteskrankheiten genauer zu lesen, als er es bis jetzt trotz seines vorübergehenden Aufenthaltes als Arzt in einer hessischen Irren-Anstalt gethan hat.

Giessen, am 18. März 1903.

Prof. Sommer.

