

DER KLINISCHE BLICK

VON

DR. ERWIN RISAK
PRIVATDOZENT FÜR INNERE MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT ZU WIEN



SPRINGER-VERLAG WIEN GMBH

1937

DER KLINISCHE BLICK

VON

DR. ERWIN RISAK
PRIVATDOZENT FÜR INNERE MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT ZU WIEN



SPRINGER-VERLAG WIEN GMBH 1937

ISBN 978-3-662-36194-8

ISBN 978-3-662-37024-7 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-37024-7

ALL RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN

COPYRIGHT 1937 BY SPRINGER -VERLAG WIEN
URSPÜNGLICH ERSCHIENEN BEI JULIUS SPRINGER IN VIENNA 1937

MEINEN LEHRERN IN DER INNEREN MEDIZIN
FRANZ CHVOSTEK UND HANS EPPINGER
IN EHRFURCHTSVOLLER VEREHRUNG
GEWIDMET

Vorwort.

Es ist ein alter Brauch, daß die ersten Seiten eines Buches Gelegenheit geben, seinem mehr oder minder sachlichen Inhalte persönliche Gedankengänge voranzustellen und den Leser in das Wollen des Autors einzuführen. Als mir durch meinen Lehrer Hans Eppinger die Aufgabe gestellt wurde, eine Abhandlung über die rein klinische Beobachtung zu schreiben, war es mir von Anfang an klar, daß diese zur Gänze nicht durchgeführt werden könne. Wie sollte man auch in einem noch so umfangreichen Werke Jahrhunderte medizinischer Erfahrungen zusammenbringen und den Lesern eine Gabe vermitteln, die jeder Arzt in jahrzehntelanger Arbeit sich selbst mühselig erarbeiten muß und die tragi-scherweise mit ihm zu Grabe getragen wird.

Wenn ich es trotzdem gewagt habe, in der vorliegenden Form zumindest einen Teil der mir gestellten Aufgabe zu erfüllen, so war es nur das Bewußtsein, Schüler akademischer Lehrer zu sein, die trotz ihrer verschiedenen Fächer selbst im verwöhnten medizinischen Wien als die Meister der klinischen Beobachtungsgabe galten. Wenn ich hier an erster Stelle meines unvergeßlichen Lehrers für pathologische Anatomie, Carl Sternberg, gedenke, so veranlaßt mich dazu nicht nur eine durch seinen Tod nicht mehr abzutragende Dankesschuld, sondern auch die Tatsache, daß er, ein Meister makroskopischer Diagnostik, mir zum ersten Male eindringlich vor Augen führte, was ein aufs Ganze gerichteter klinischer Blick auch noch am Toten zu erkennen imstande ist. Nicht allzuselten setzte er so am Obduktionstische bei der äußeren Beschreibung der Leiche durch diese Gabe die Kliniker in Erstaunen. Meine chirurgische Lernzeit unter Julius v. Hocheneegg zeigte mir in seinen Vorlesungen und

am Krankenbette, mit welchen einfachen Hilfsmitteln, ausschließlich auf die Sinnesorgane angewiesen, ein guter Arzt zur richtigen Diagnose kommen kann. Unerreicht war in diesem Bestreben wohl mein erster Lehrer in der inneren Medizin, Franz Chvostek, dessen höchstes Ziel es war, seine Ärzte dahin zu erziehen, auch weitab von jedem Krankenhause, noch als Helfer der Menschheit wirken zu können. Als junger Arzt war man oft geneigt, diese, anscheinend übertriebene Ausschaltung jeglicher Hilfsmittel in der Vorlesung, für die Laune eines großen Mannes zu halten. Erst viel später hat sich wohl bei jedem seiner Schüler die Erkenntnis durchgerungen, daß auch heute noch die Berechtigung besteht, mit den anscheinend einfachsten Mitteln die große ärztliche Kunst der Diagnostik zu betreiben. Dabei hatten diejenigen unrecht, die deshalb Franz Chvostek als rückständig bezeichneten. Er begrüßte vielmehr mit Freude jede neue klinische Methode, war aber nur peinlichst darauf bedacht, die alte Wiener diagnostische Schule zu erhalten. Von unerhörtem Werte war für mich später die Möglichkeit, nach dieser Vorbereitung auch in die Werkstatt Hans Eppinger Einsicht nehmen zu können. Beiden geht es um die Erfassung des Ganzen. Nur strebte der eine dieses Ziel durch den Blick von außen an, während der andere seine größte Aufgabe in der Erkennung der feinsten Zusammenhänge sieht. Wie hoch Hans Eppinger auch die andere Seite schätzt, das geht wohl für jeden Kenner daraus hervor, daß es seiner Anregung entsprach, aus seiner Klinik das vorliegende Buch entstehen zu lassen.

Eigentlich ohne Zögern bin ich zu dem Entschlusse gekommen, die Lösung der mir gestellten Aufgabe in der vorliegenden Form zu versuchen. In ihr ist das enthalten, was ich von meinen Lehrern gelernt habe und was mir, angeregt durch sie selbst, durch ständige Arbeit am klinischen Krankenbette aufgefallen ist. Den äußeren Rahmen hat es durch die Gewohnheit erhalten, am Krankenbette bei der ersten Untersuchung mit dem jungen akademischen Nachwuchse die Wertigkeit der einzelnen Krankheitszeichen zu besprechen,

und durch das Bestreben, sich so rasch als möglich über die vorliegende Erkrankung zu unterrichten. Es soll in keiner Weise auch nur im entferntesten daran gedacht werden, die unersetzlichen Errungenschaften der Hilfswissenschaften der inneren Medizin in den Hintergrund zu stellen. Kein moderner Kliniker wird und darf darauf verzichten, seine Blickdiagnose durch alle anderen Mittel zu überprüfen. Aber gerade durch die Gegenüberstellung der ersten Annahme mit den späteren Ergebnissen der Laboratoriumsuntersuchungen wird die klinische Diagnostik gefestigt und verfeinert. So müssen die modernen Hilfsmittel die Sinnesorgane des Arztes immer weiter schärfen, damit wenigstens in unserer Wissenschaft die Maschine nie den Menschen besiege. Daß der Wunsch nach engeren persönlichen Beziehungen zwischen Arzt und Kranken auch in unserem Volke machtvoll im Wachsen begriffen ist, das zeigt der in letzter Zeit sich immer mehr durchringende Ruf nach dem schon fast verlorengegangenen alten Hausarzt und Freund der Familie.

Wir wollen im folgenden nur lebendige, am Krankenbette sich aufdrängende Erkenntnisse geben und haben aus diesem Grunde von einem Schrifttumverzeichnis abgesehen. Auch der Arzt, dem blitzartig bei der Betrachtung seines Kranken die Zusammenhänge klar werden, weiß in vielen Fällen nicht, woher er diese Gedankengänge bekommen hat. Es war selbstverständlich unmöglich, Erschöpfendes zu bringen. Kein Fall fügt sich ganz in ein Schema hinein und jeder wird seine eigenen Fragestellungen notwendig machen. Das Büchlein soll und kann daher nicht eine genaue Landkarte, sondern nur ein Wegweiser sein, auf sich allein gestellt, seinen Kranken Hilfe zu bringen. Dem sicherlich berechtigten Vorwurf, wenig wissenschaftlich Greifbares gebracht zu haben, möchte ich nur die Tatsache entgegenhalten, daß es ja auch schon vor unserer Zeit Ärzte gegeben hat, die bar jeglicher Hilfsmittel durch ihre diagnostische Kunst uns auch heute noch in Erstaunen versetzen.

St. Gilgen, im August 1936.

ERWIN RISAK.

Inhaltsverzeichnis.

| | |
|--------------------------------|-----|
| Der Arzt | 1 |
| Sein Auge | 1 |
| Sein Ohr | 10 |
| Sein Geruchssinn | 18 |
| Sein Tastsinn | 31 |
| Sein Geschmackssinn | 36 |
| Das Krankenzimmer | 37 |
| Der Kranke | 44 |
| Sein Gemüt | 44 |
| Seine Lage | 47 |
| Sein Geschlecht | 53 |
| Sein Alter | 57 |
| Seine Größe | 60 |
| Sein Gewicht | 67 |
| Seine Haut | 70 |
| Seine Haare | 82 |
| Sein Fett | 90 |
| Seine Venen | 94 |
| Seine Arterien | 101 |
| Seine Lymphdrüsen | 107 |
| Seine Muskeln | 115 |
| Seine Knochen | 125 |
| Seine Wirbelsäule | 130 |
| Seine Hand | 134 |
| Sein Fuß | 139 |
| Sein Auge | 142 |
| Sein Ohr | 148 |
| Schlußwort | 154 |

I. Der Arzt.

Der Arzt und sein Auge.

In der raschen Erfassung eines Krankheitsbildes kann sich wohl kein anderes Sinnesorgan mit dem Auge messen. Nicht die anatomische Tatsache, daß der Augennerv das erste Gehirnnervenpaar ist, sondern seine überragende Bedeutung in der Diagnostik muß uns im Rahmen dieser Betrachtung unbedingt dazu veranlassen, ihm die erste Stelle einzuräumen. Schon unsere Vorfahren konnten die Geschicklichkeit und die Kunst eines Arztes nicht besser rühmen, als wenn sie ihm die Eigenschaft des guten Blickes zusprachen. In unserer Volke ist die aus hundertfältigen Erfahrungen gewachsene Überzeugung tief eingewurzelt, daß nicht nur der Staatsmann, sondern auch der Arzt über einen Seherblick verfügen muß. So ist es denn dazu gekommen, daß vielfach die Blickdiagnose als der richtige Maßstab für die ärztliche Kunst gewertet wird. Aber an dieser Stelle soll über die Wertigkeit dieser Auffassung nicht ausführlicher gesprochen werden. Wir werden anderen Ortes Gelegenheit haben, darauf hinzuweisen, daß gerade die „Blickdiagnose“ das Ergebnis blitzartiger Eindrücke verschiedener Sinnesorgane darstellt und unter Umständen sogar das Ohr oder die Nase vor dem Auge den richtigen Weg zu weisen imstande sind. Es soll damit keineswegs die Bedeutung des ärztlichen Sehens in den Hintergrund gerückt werden. Es soll aber auch gleich anfänglich der einseitigen Überschätzung einer ärztlichen Handlung — sei es auch das noch so geübte Auge eines Arztes — entgegengetreten werden. Mit Recht wird von vielen aka-

demischen Lehrern immer darüber geklagt, daß in der Vorbildung des angehenden Arztes viel zu wenig darauf Gewicht gelegt wird, dessen Formen- und Farbensinn auszubilden und ihn in den Stand zu setzen, durch sein Auge Gesundes vom Kranken zu trennen. Erst in mühseliger Einzelarbeit und nach vielfältigen Enttäuschungen muß sich jeder diese Fähigkeiten zu eigen machen, um endlich dazu zu kommen, die Schönheit in der Pathologie zu erkennen, wie dies der verstorbene Wiener pathologische Anatom Rudolf Maresch in seiner Rede anlässlich der Eröffnung des den Manen Rokitanskys gewidmeten Hörsaals in so treffender Weise ausführte.

Es wäre ein unmögliches Unterfangen, zu versuchen, all das in Worte zu kleiden und in Worten zu lehren, was der kundige Blick eines Arztes am Patienten sehen soll und muß. Da wir in den folgenden Abschnitten immer wieder auf die Leistungen des Auges eingehen müssen, wäre es auch verfehlt, sich hier in Einzelheiten zu verlieren. Es soll in diesem ersten Abschnitte nur der Versuch unternommen werden, in großen Zügen darauf hinzuweisen, was und wie das Auge am Patienten sehen kann. Nimmt man sich nur einmal die Mühe, verstandesgemäß und schrittweise den optischen Sinesindrücken nachzugehen, die letzten Endes zur Erkennung des vorliegenden Krankheitsbildes geführt haben, so wird man überrascht sein über die großartige und umfangreiche Leistung, die dieses Organ bei der Betrachtung des Kranken vollbringt.

Die besten und lehrreichsten Schilderungen solcher Sinesindrücke finden sich meines Wissens in dem ausgezeichneten kleinen chirurgisch-diagnostischen Lehrbuche des Wiener Chirurgen Albert. Schon als junger Mediziner habe ich diese großzügigen und doch keine Einzelheiten außer acht lassenden Beschreibungen gelesen. Es muß dabei aber zugegeben werden, daß es das Auge des Chirurgen viel leichter hat als das des Internisten, da sich bei chirurgisch Kranken die pathologischen Vorgänge am Äußeren des Menschen

viel sinnfälliger und eindrucksvoller zeigen. Unschwer zu schildern und zu erkennen ist es, wenn sich ein Patient mit einem ausgegellten Oberarme in ganz kennzeichnender Weise zu entkleiden versucht. Viel schwieriger sind Krankheitsbilder zu erkennen, die im Innern eines Menschen schon zu den schwersten Veränderungen geführt haben und dabei an seiner Oberfläche eben erst bemerkbare Spuren aufweisen. Unzweifelhaft gibt es dagegen auch in unserem Fachgebiete Kranke, denen für das erfahrene Auge, wie das Volk sagt, der Tod auf der Stirne geschrieben steht. Selbst der älteste Arzt wird dabei nicht ganz sein Erschrecken unterdrücken können, wenn ein solcher vom Tode Gezeichneter, in Unkenntnis seiner schweren Erkrankung, das Sprechzimmer betritt.

Blieben wir einmal bei diesem Beispiele und versuchen wir, uns, zumindest in groben Zügen, das Bild eines solchen Menschen vor unser geistiges Auge zu halten. Wir werden dann sehen, daß es eine Unsumme von optischen Eindrücken ist, die uns dazu Veranlassung geben, den Kranken als einen unrettbar Verlorenen zu erkennen. Vor allem wird es wohl meist die Haltung sein, die uns sofort die Schwere des Leidens erkennbar macht. Sein schleppender, müder Gang, die herabhängenden Schultern, die schlaffe, kraftlose Hand, die die Bewegung des Schreitens nicht mitmacht, sie sind alles Zeichen, welche uns unschwer zeigen, daß der Turgor, d. h. vielleicht im allgemeinen der Lebenswille, bzw. die Lebenskraft des Kranken, einen schweren, nicht mehr zu behebenden Schaden erlitten hat. Wir werden auf diese Bilder noch in anderen Abschnitten, insbesondere in dem, der von der diagnostischen Bedeutung der Muskeln handelt, näher eingehen. Schon hier muß aber betont werden, daß, wie bei allen Krankheitsbildern, der Schulfall eine Seltenheit darstellt und daher das Auge des Arztes auch Zustände erkennen muß, die sich nicht in dieser sinnfälligen Weise darbieten. Ähnliches können wir letzten Endes auch bei Menschen sehen, die wir wohl praktisch als gesund be-

zeichnen müssen und bei denen sich doch, allerdings rasch vorübergehend, ein Zustand vorfindet, der sich fast in nichts von dem eines Todkranken unterscheidet. Beobachten wir einmal Wettkämpfer nach Beendigung eines heißen Kampfes. Wie stolz und aufrecht verläßt trotz seiner gleichen Erschöpfung der Sieger die Kampfbahn, wie müde und matt, man kann wohl sagen seelisch todkrank, schleichen die Unterlegenen von dannen. Nimmt man sich einmal die Mühe, einen solchen Kämpfer, dem die Siegesgöttin sich versagt hat, im Lichtbilde festzuhalten, so wird wohl kein Arzt einen solchen, in kurzer Zeit wieder ganz gesunden Menschen von einem Todkranken unterscheiden. Gerade dieses Beispiel gibt mir vielleicht Gelegenheit, zu der Frage Stellung zu nehmen, warum wir es trotz des weitgehenden Entgegenkommens des Verlages abgelehnt haben, dem Buche Lichtbilder beizugeben. Auch die hohe Technik der Lichtbildnerie kann nie die Wirklichkeit ersetzen, und es wird das Bild dem angehenden Arzte höchstens eine falsche Vorstellung von den lebendigen Geschehnissen übermitteln. Einen diagnostischen Blick kann der lernende Arzt sich nie aus Büchern erwerben, sondern nur in liebevoller Betrachtung und im Umgange mit seinen Kranken.

So wie die Haltung uns gestattet, auch die mit Kleidern bedeckten Körperteile diagnostisch zu erfassen, so wird in bedeutend höherem Maße das Gesicht eine Fundgrube sinnfälliger Zeichen sein. Die Schlawheit der Gesichtszüge, das glanzlose Auge, der müde Zug um die Mundwinkeln, das träge Spiel der mimischen Muskulatur fügen sich zwanglos dem oben gezeichneten Bilde ein. Nicht nur der Turgor der von Kleidern unbedeckten Körperteile, sondern auch die Farbe der Haut sprechen eine beredte Sprache. Was kann z. B. die Blässe alles bedeuten? Wie vielfältig sind die durch diesen Sinneseindruck notwendigen gedanklichen Wege und wie beherrschend kann manchmal dieser Sinneseindruck für die Diagnose sein. Mischen sich der Blässe noch andere Farbtöne hinzu, so sind diese Mischungen manchmal imstande,

tatsächlich mit einem Blicke die Erkennung eines Krankheitsbildes zu gewährleisten. Denken wir hier nur an das charakteristische Bild einer Anaemia perniciosa, einer Zirrhose und vieler Krankheiten mehr. Ich habe mich oft bemüht, der Frage nachzugehen, ob es, wie manche behaupten, auch ein typisches Krebsgesicht gebe. Im allgemeinen möchte ich diese Auffassung nicht bestätigen. Unzweifelhaft gestattet aber das Antlitz mancher Frau sofort die Annahme einer bösartigen Geschwulst am Genitale, wobei es oft erstaunlich ist, wie dieser Spürsinn bei alten, erfahrenen Frauenärzten ausgeprägt ist. Hier vereinigt sich neben den allgemeinen Zeichen einer schweren Erkrankung die Blässe des Gesichtes mit eigentümlichen Pigmentveränderungen an der Stirne verbunden mit dem Ausdrücke der Trostlosigkeit. Da die Frau doch unzweifelhaft viel mehr von dem Gesundheitszustande ihres Genitalapparates abhängig ist als der Mann, so machen sich oft eine Abgespanntheit und Freudlosigkeit im Gesichte solcher Patienten in so auffallender Weise bemerkbar, daß diese Zeichen manchmal in geradezu persönlich unangenehmer Weise, auch bei rein gesellschaftlichem Verkehr, die Erkennung eines solchen Leidens ermöglichen. Sinnfällig drückt sich oft eine beginnende Schwangerschaft im Gesichte einer Frau aus und ermöglicht es dem Arzt, schon zu einer Zeit den Verdacht auf das Bestehen einer solchen zu hegen, in der die Frau selbst sich über ihren Zustand noch keineswegs im klaren ist. Neben dem Karzinom bieten die Tuberkulose und ihre sich am Äußern des Menschen vorfindenden Zeichen eine Fundgrube von durch das Auge erfaßbaren diagnostischen Möglichkeiten. Es ist für einen nur halbwegs erfahrenen Arzt un schwer, einem Tuberkulösen sein baldiges Ende anzusehen. Viel schwerer ist es aber, den Beginn einer Erkrankung bei einem anscheinend blühenden Wesen zu erkennen und, gleich wie bei einem wurmstichigen Apfel, die eben angedeuteten pathologischen Veränderungen seherisch zu erfassen.

Besonders wertvoll für die Übung des Auges und der diagnostischen Fähigkeiten sind mir immer solche Kranke

erschieden, die infolge ihres starken Lebenswillens mit aller Gewalt versuchen, sich selbst, ihre Umgebung und auch den Arzt über ihren Zustand zu täuschen. Gerade dieser Kampf zwischen der Vitalität der Persönlichkeit und dem doch immer wieder hervortretenden schweren Krankheitszeichen bietet Augenblicksbilder, welche an die seherischen Fähigkeiten eines Arztes die größte Aufgabe stellen. Erschüttert wird man dabei erkennen, welche unglaubliche Leistungen der Wille des einzelnen zu vollbringen vermag, bis schließlich das Schicksal trotz aller Bemühungen den Sieg davonträgt.

Wenn wir die Absicht hätten, ein propädeutisches Lehrbuch zu schreiben, so müßte jetzt zwangsläufig auf die Bedeutung der verschiedenen Konstitutionstypen eingegangen werden. Unser Bestreben ist aber darauf gerichtet, den Einzelfall als kranke Persönlichkeit zu erfassen und nicht so sehr darauf, schematisch an Schulbeispielen die diagnostischen Möglichkeiten aufzuzählen. Soweit es für uns wichtig erscheint, wird auf die Bedeutung der einzelnen Körperformen, wie des pyknischen, asthenischen Habitus usw., selbstverständlich eingegangen werden. Uns kommt es in diesem Abschnitte jedoch mehr darauf an zu zeigen, wie man anscheinend belanglosen Äußerlichkeiten für die Diagnose wertvolle Anhaltspunkte gewinnen kann. So drückt sich bei schweren Erkrankungen in vielen Fällen der auftretende Verfall der Gesamtpersönlichkeit nicht so sehr im durch die Körperformen bedingten Äußeren des Kranken aus, sondern in der Art und Weise seiner Bekleidung. Mir ist diese Tatsache wiederholt aufgefallen und hat sich als ein gutes Pegel für die Schwere der Erkrankung erwiesen. Eine gewisse Lässigkeit in der Kleidung, ein ungepflegtes Äußeres und viele andere Kleinigkeiten mehr weisen letzten Endes doch darauf hin, daß wir es hier, allerdings im weitesten Sinne des Wortes, mit einem Kranken zu tun haben, der mit den Vorgängen in seinem Körperinneren beschäftigt ist und weder Zeit noch Lust zu haben scheint, sich mit den Äußerlichkeiten des Lebens zu befassen. In schweren Fällen hat man direkt den Eindruck,

daß der Kranke damit unbewußt zum Ausdrucke bringt, daß er mit sich und der Welt abgeschlossen hat. In klassischer Weise kann man diese in der Kleidung sich äußernden Krankheitszeichen bei beginnenden Paralytikern sehen. Überhaupt bieten beginnende Geisteskrankheiten, die ja immer mit einem Verfall der Gesamtpersönlichkeit einherzugehen pflegen, gerade in diesen Belangen die ersten greifbaren Anhaltspunkte.

In besonders eindrucksvoller Weise kommt dies auch bei Kranken weiblichen Geschlechtes zum Vorschein und bietet oft einen tiefen Einblick in die inneren Zusammenhänge. Während Frauen nach und bei der Untersuchung in mehr oder minder großem Maße bestrebt sind, eine weitgehende Entblößung zu vermeiden, lassen schwerkranke eine solche Obsorge vermissen. Hier hat die Krankheit schon derartig die Einstellung der Kranken geändert, daß sie primitive Regungen der Frau, die Eitelkeit oder Schamhaftigkeit, in den Hintergrund zu stellen vermag. Auch hier bietet eine Erkrankung ein treffendes Beispiel für unsere Überlegungen. Es ist eine allen Ärzten geläufige und oft sehr drückende Tatsache, daß Fälle von tuberkulöser Meningitis, deren Diagnose durch alle möglichen Untersuchungen schon seit längerer Zeit unangreifbar festgelegt ist, bei flüchtigem Zusehen einen oft ganz ausgezeichneten äußerlichen Eindruck machen. Gerade bei diesen Fällen kann man das Fortschreiten der Krankheit an den oben besprochenen äußeren Reaktionen erkennen und aus ihnen auch ohne weitere Untersuchungen auf das Fortschreiten der Erkrankung schließen. Im Gegensatz dazu wird fälschlicherweise von jüngeren Ärzten die Tatsache, daß oft schwer bewußtlose Kranke beim Abdecken ihr Genitale anscheinend mit den Händen zu verdecken suchen, als der Ausdruck eines selbst noch im bewußtlosen Zustande vorhandenen Schamgefühles gewertet. Hier handelt es sich aber um vegetative Reflexe, die in das Kindesalter des Menschen zurückgreifen und nichts mit der diagnostischen Bedeutung eines Fehlens des Schamgefühles zu tun haben.

Jeder klinische Arzt wird es schon oft bedauert haben, daß durch den unbedingt notwendigen klinischen Betrieb vieles verwischt wird und verlorengeht, was in der Sprechstunde sich dem Arzte an diagnostischen Möglichkeiten darbietet. Durch die seelischen Erschütterungen bei der Aufnahme, durch das Reinigungbad und letzten Endes auch durch die einheitliche Kleidung werden viele Spuren verwischt, die unter Umständen viel rascher zur richtigen Diagnose führen würden, als der organisierte klinische Betrieb dies ermöglicht. Mit diesen Umständen habe ich oft meinen, mir zur Ausbildung anvertrauten jungen Ärzten zu erklären versucht, warum im Einzelfalle der erfahrene Hausarzt am häuslichen Krankenbette die richtige Einweisungsdiagnose stellen konnte, da er dort Einzelheiten sah, die am klinischen Krankenbette vollkommen verschwunden oder zumindest weit in den Hintergrund gerückt waren. Die Erhebung der Vorgeschichte und die gegenseitige Aussprache geht eben in der gewohnten Umgebung und selbst in der Sprechstunde in viel intimeren Formen vor sich als im Krankensaale und läßt dadurch leider viele Wegweiser unter den Tisch fallen.

Bei der Vielfalt der Krankheitszeichen wäre man wohl gezwungen, dem Abschnitte des ärztlichen Sehens ein ganzes Buch zu widmen und würde wahrscheinlich, selbst wenn man diesem die Form eines Handbuches geben würde, damit nicht das Auslangen finden. Sehen muß der Arzt am Krankenbette in tausenden und aber tausenden Fällen in mühseliger Einzelarbeit erlernen können, eine Aufgabe, der sich auch ein ärztliches Genie nicht enziehen darf. Ohne diesen geschulten richtigen Blick wird aber auch ein Arzt an den besteingerichtetsten Kliniken in vielen Fällen versagen müssen, da in unserer Kunst die Maschine und die fortschreitende Technik die Sinnesorgane des Menschen noch keineswegs zu ersetzen vermag.

Vielleicht ist es hier der richtige Ort, ganz kurz auf die Frage einzugehen, ob es überhaupt bei dem heutigen Ausbau der medizinischen Technik und ihrer vielen Hilfswissenschaft-

ten am Platze ist, zumindest den Versuch zu unternehmen Blickdiagnosen zu treiben. Wenn ich an meine Lehrer denke, denen ja alle ausgezeichnet eingerichtete Kliniken zur Verfügung standen, so habe ich bei ihnen allen gesehen, daß sie, zum Teile vielleicht aus didaktischen Gründen, zum Teile aber sicherlich aus innerem Antriebe heraus, besonderen Wert auf die sofortige optische Erfassung eines Kranken legten. Wer einmal draußen im Leben gezwungen ist, in einer verhältnismäßig kurzen Zeit so genau als möglich eine große Zahl von Hilfesuchenden ärztlich zu versorgen, oder wer im klinischen Ambulanzbetriebe den nötigen Überblick nicht verlieren will, der wird unzweifelhaft dankbar jener gedenken, die ihm während seiner Ausbildung gelehrt haben, in der Erfassung der Gesamtpersönlichkeit und in Erkennung sonst nicht beachteter Einzelheiten, rasch und zielbewußt das möglichste zur Diagnose des Leidens zu tun. Es wäre anderseits selbstverständlich sträflicher Leichtsinn, sich im gegebenen Falle ausschließlich auf seinen klinischen Blick zu verlassen und die üblichen Laboratoriumsmethoden zu vernachlässigen. Oft und oft wird aber jeder erfahrene Arzt gesehen haben, daß es gerade der erste Eindruck war, welcher die richtigen Wege wies, und daß die weiteren klinischen Beobachtungen durch die Vielfalt der Untersuchungsmethoden eher eine Verwirrung als eine Klärung des Falles hervorriefen. Die Übung des ärztlichen Blickes wird aber dann ihre Triumphe feiern, wenn es sich um Ereignisse handelt, die ein sofortiges und folgerichtiges Handeln des Arztes verlangen. Immer wieder wird es Orte geben, an denen der Arzt gezwungen sein wird, ohne die ihm sonst unerlässlich erscheinenden Hilfsmittel zur richtigen Diagnose zu gelangen. Es muß also gerade in der Ausbildungszeit der Arzt bestrebt sein, seinen Blick an dem klinisch durchuntersuchten Krankenstande zu schulen und zu trachten, ihn gerade im Wettstreite mit den anderen Untersuchungen zu schärfen.

Wer sich die Mühe nimmt, unsere Ausführungen durchzublätern, dem wird es vielleicht auffallen, daß gerade dem

Sehen ein verhältnismäßig kleiner Abschnitt zugewendet wurde. Schon früher haben wir aber darauf hingewiesen, daß wir immer wieder in die Notwendigkeit versetzt werden, auf die optischen Sinneseindrücke zurückzukommen. Andererseits mag dies auch in der Unmöglichkeit liegen, das Gesehene in Worten wiederzugeben, und ich kann hier nur an die wiederholt geäußerte Meinung meines Lehrers Franz Chvostek denken, der immer wieder betonte, daß es zu den schwersten, aber auch dankbarsten Aufgaben eines klinischen Lehrers gehöre, seinen Schülern am Krankenbette unermüdlich das richtige ärztliche Sehen beizubringen und ihnen während der klinischen Lernzeit an tausend Einzelfällen einen optischen Schatz mitzugeben, der es ihnen dann, weitab von modern eingerichteten Krankenanstalten, ermöglicht, auch hier ihre Kranken richtig zu behandeln.

Der Arzt und sein Ohr.

Dieses Sinnesorgan ist wohl eines der häufigst angewendeten bei der ärztlichen Untersuchung. Es soll aber in diesen Zeilen nicht darauf eingegangen werden, was man bei der Auskultation der Lunge oder des Herzens hören kann, sondern darauf, was dieses Sinnesorgan schon bei der Allgemeinuntersuchung leistet. In dem Augenblicke, in dem der Arzt das Krankenzimmer betritt, müssen alle Sinnesorgane und insbesondere das Ohr auf das äußerste angespannt werden, um jeden verwertbaren Eindruck für die Diagnostik zu benützen. Diese vollständige Konzentrierung ist es oft, welche dazu führt, daß manche Ärzte zu Diagnosen gelangen, ohne daß unter Umständen sie sich selbst über den Weg, der zur Erkenntnis führt, klar sind.

Akustische und diagnostisch überaus wertvolle Eindrücke liefern vor allem die mit der Atmung verbundenen Geräusche. So wie die Mutter am Atem ihres Kindes dessen Schlaf und Gesundheit überwacht, so muß auch der Arzt nicht nur mit den Augen, sondern auch mit den Ohren die

Atmung seines Patienten beobachten. Oft zeigt sich bei längerer Unterhaltung eine vorhandene Kurzatmigkeit durch eine Beschleunigung der Atmung, durch ein leises inspiratorisches Geräusch, welches sich zwischen die einzelnen Sätze einschleibt und bei längerer Anstrengung immer stärker in Erscheinung tritt. Diese hörbaren Geräusche, die bei verstärkter inspiratorischer Dyspnoe auftreten, sind oft sicherere Anzeichen einer beginnenden kardialen Dekompensation, als sie die physikalische Untersuchung des Herzkreislaufsystems zu liefern imstande ist. Im gleichen Sinne können bei der Ausatmung auftretende Geräusche für ein vorhandenes Asthma bronchiale verwertet werden. Diese Geräusche sind oft so leise, daß sie nur bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit hörbar und vom Patienten selbst nicht empfunden werden. Dieser befindet sich oft in der Lage eines Müllers, der das Geräusch seiner Mühle nur dann zur Kenntnis nimmt, wenn es fehlt. Von diesen beginnenden Zuständen bis zu den ausgebildeten akustischen Phänomenen eines schweren Anfalles von Asthma kardiale oder bronchiale mit seinem inspiratorischen oder expiratorischen Stridor gibt es fließende Übergänge, wobei aber gerade wieder die Anfangsstadien in diagnostischer und therapeutischer Beziehung für den Arzt die wertvollsten sind.

Überaus eindrucksvoll für das Ohr sind die bei verschiedenen Erkrankungen auftretenden Atemtypen, die oft schon im Vorraume des Krankenzimmers die Diagnose gestatten. Wohl kaum wird ein Arzt die vertiefte Atmung eines diabetischen Komas vergessen. Unerhört eindrucksvoll ist die anschwellende und wieder abschwellende Atmung mit der kürzeren oder längeren Pause beim Cheyne-Stokesschen Atemtypus, von dem uns sehr häufig die Ehepartnerin zu berichten weiß, da dieser veränderte Atemtypus besonders in der Nacht, wenn alle anderen Geräusche zurücktreten, für den Laien ein auffallendes Ereignis darstellt. Akustisch unvergeßlich ist das Atmen eines langsam Sterbenden, bei dem Hand in Hand mit der Abschaltung einzelner Gehirn-

anteile die normale Atmung bis zu der für die Durchlüftung nicht mehr brauchbaren schnappenden Atmung übergeht. Diese, durch Veränderung der zerebralen Regulationen auftretenden akustischen Sinneseindrücke ergeben sich aber nicht nur beim Sterbenden, sondern auch bei tief Bewußtlosen und sind ein Gradmesser für die Notwendigkeit raschen therapeutischen Handelns.

Überhaupt gelingt es in vielen Fällen durch die Beobachtung der Atmung mit unserem Ohre, uns rasch und sicher einen Überblick darüber zu verschaffen, wo wir den Sitz der Störung anzunehmen haben. Erschwertes Einatmen, verbunden mit einem mehr oder minder deutlich hörbaren Stridor wird uns anzeigen, daß wir es hier mit einem Patienten zu tun haben, dessen Einatmung durch eine Kompression oder Verlegung der oberen Luftwege erschwert ist. Am eindringlichsten sind dabei diese akustischen Sinneseindrücke, wenn es durch entzündliche Veränderungen in den oberen Luftwegen wie beim Pseudokrapp oder durch einen Fremdkörper zu einer Verlegung des Kehlkopfeinganges kommt. Gerade dieser Atemtypus stellt wohl das imperativste Verlangen an den Arzt zum sofortigen Eingriffe. Wem einmal der schwere Stridor eines diphtherischen Kindes in den Ohren gelegen ist, der wird wohl sein ganzes Leben lang diesen Sinneseindruck nicht mehr los. Eigentümlicherweise haben wir die Erfahrung gemacht, daß leichteren Formen von Stridor, hervorgerufen durch eine Einengung des Luftröhrenquerschnittes durch einen raumbeschränkenden Prozeß am Halse, an den internen Kliniken in diagnostischer Beziehung relativ geringe Bedeutung geschenkt wird. Es ist dies nur dadurch erklärlich, daß in den meisten Fällen eine vergrößerte Schilddrüse die Ursache abgibt und solche Patienten häufig gleich eine chirurgische Klinik aufsuchen.

Es sollte eigentlich der Ausdruck Dyspnoe nur für alle diejenigen Fälle reserviert bleiben, bei denen es durch eine Erschwerung des Gasaustausches zu Veränderung der Atembewegung kommt. Auch diese sind oft mit dem Ohr besser

für den Arzt aufnehmbar als mit dem Auge. Hierher gehören die Formen der Atemveränderungen bei Lungenentzündungen, wobei neben einer Beschleunigung der Atmung oft wegen der begleitenden Rippenfellentzündung eine auffallende Flachheit derselben in Erscheinung tritt, die unter Umständen noch durch Schmerzäußerungen, durch Stöhnen auf der Höhe des Inspirierens, begleitet ist. Beschleunigung in der Atmung kann in vielen Fällen allein nicht zur richtigen Diagnose führen, wenn nicht sich gleichzeitig das Auge darüber unterrichtet, ob die Zeichen einer kardialen Dekompensation, insbesondere eine Zyanose des Gesichtes, vorhanden ist. Durch diesen Vergleich gelingt es oft unschwer, verschiedene Erkrankungsformen, die alle mit einer mehr oder minder beschleunigten Atmung einhergehen, zu unterscheiden. So zeigt die Pneumonie ein hochrot gefärbtes Gesicht, wobei oft die stärkere Beteiligung der einen Seite gleichzeitig die pulmonale Lokalisation des Entzündungsherd erkennen läßt. Eine ganz eigentümliche Zyanose, verbunden mit stark beschleunigter Atmung, zeigen schwere Grippe und miliare Tuberkulosen, während bei exsudativen Perikarditiden bei gleichem Atemtypus eine auffallende Blässe im Vordergrund steht.

Noch viel eindrucksvoller ist in vielen Fällen die Stimme des Kranken. Wir wollen hier davon absehen, daß beim Manne eine hohe, bei der Frau eine tiefe Stimme an eine Dysfunktion der Genitalorgane denken läßt. Wir wollen nur auf Veränderungen in der Stimmlage und -stärke aufmerksam machen, die bei manchen Menschen in gesunden und kranken Tagen ganz beträchtliche Veränderungen aufzuweisen pflegen. Gleich wie das durch die Liebe geschärfte Gehör der Mutter am Schreien des Säuglings oder der Hundeliebhaber am Bellen seines Liebings viel früher krankhafte Zustände erkennt, als sie durch eine noch so genaue Untersuchung nachzuweisen sind, so kann auch der Arzt in der Stimme seines Patienten oft einen guten Gradmesser für dessen Gesundheitszustand besitzen. Leicht erkennbar ist die schwache, kraftlose Stimme des Schwerkranken, der, immer

wieder unterbrochen durch Atemzüge, in vielen Fällen nicht einmal imstande ist, einen Satz zu Ende zu sprechen oder sich der Umgebung vernehmbar zu machen. Auffallende Rauheit der Stimme, wie sie uns beim Jüngling anzeigt, daß er seiner Reife entgegengeht, wird dazu Veranlassung geben, bei erwachsenen Menschen eine genauere Untersuchung des Kehlkopfes vorzunehmen. Diese Stimmveränderungen sind meist der Art, daß sie schon auffallen, auch wenn man die Stimme des Kranken früher nicht gekannt hat. Bei länger-dauernder Beobachtung gewinnt man aber auch die Übung, feinere Einzelheiten herauszubekommen und aus der Stimme allein schon feststellen zu können, wie die Lage am betreffenden Tage ist. Besonders ist mir dies eigentlich am dekompensierten Herzen aufgefallen. Hier wechselt die Stärke und die Klangfarbe der Stimme oft in ganz beträchtlichem Ausmaße und zeigt uns bei einer Verschlechterung dieser Eigenschaften schon sehr frühzeitig eine beginnende Herzschwäche an. Aber auch das Gegenteil, eine Verstärkung der Stimme und eine höhere Stimmlage, tritt bei manchen Menschen dann in Erscheinung, wenn sie sich am Beginne eines fieberhaften Zustandes befinden. Die Erkennung dieser Einzelheit erfordert ein vollkommenes Einfühlen in die Lage des Kranken, kann aber unschwer durch eine gewisse Übung erlernt werden. Es ist selbstverständlich, daß die Unfähigkeit des Kranken, laut zu sprechen, ebenfalls zu genauen Untersuchungen Anlaß geben muß. Ich habe nicht wenige Fälle gesehen, wo über den Umweg der Feststellung einer Stimmbandlähmung ein Aneurysma der Aorta oder eine beginnende Tabes dorsalis festgestellt wurde. Immer wieder muß ich betonen, daß es mir bei der Fülle des Stoffes nicht möglich ist und es auch nicht darauf ankommt, in Einzelheiten einzugehen. Es sollen diese Ausführungen nur dazu Veranlassung geben, dem einen oder dem anderen eine bisher nicht benützte diagnostische Möglichkeit gedanklich näher zu bringen.

So wie die Stimme selbst, ist auch die Sprache ein feiner Gradmesser für das Befinden des Patienten. Oft zeigen sich

in geringen Sprachstörungen die ersten Zeichen eines drohenden Gehirnschlages. Die holpernde Sprache der Paralytiker war in vielen Fällen der erste Anlaß, um sich überhaupt mit diesen Menschen zu beschäftigen. Die lallende Sprache eines Betrunknen oder eines Vergifteten wird uns im Augenblicke darüber unterrichten, daß wir es hier mit einem Kranken zu tun haben, dessen Hirnrinde infolge irgendeiner Betäubung die Kontrolle über den feineren Ablauf der Sprache verloren hat. Interessanterweise benützen Menschen in Zeiten der höchsten Not ihre Muttersprache, und bedrohliche Zustände, die den Menschen bis in's Innere aufwühlen, können sich dadurch erkennbar machen. Oft hat man auch bei Kindern Gelegenheit zu hören, daß diese bei beginnenden fieberhaften Zuständen entweder in einen ungewohnten Dialekt verfallen und andere wieder die reine Schriftsprache sprechen. Eine näselnde Sprache wird den erfahrenen Kinderarzt sofort daran denken lassen, ob nicht im vorliegenden Falle eine nichterkannte Diphtherie eine Gaumensegellähmung hervorgerufen hat. Überhaupt soll man es nie unterlassen, wenn es nur irgendwie angängig ist, vor der Untersuchung sich längere Zeit mit dem Patienten zu unterhalten, da uns die Sprache, die Stimme und die Art des Sprechens oft einen tieferen Einblick in die Gesamtpersönlichkeit geben, als tagelange Beobachtungen.

Schon die alten Ärzte, denen ja noch nicht die verfeinerten diagnostischen Möglichkeiten einer Lungenuntersuchung zur Verfügung gestanden sind, haben ihr Gehör scharf auf die Art des Hustens eingestellt. Auch heute noch erweist sich diese Beobachtung, die ja meist nebenbei verläuft, als eine überaus wichtige. Ein trockener, bellender Husten wird uns bei Kindern und bei jugendlichen Erwachsenen daran denken lassen, daß wir es hier mit einer Hilustuberkulose zu tun haben, während bei älteren Menschen der Arzt durch einen solchen Hustenstoß wie ein Schweißhund auf die Fährte eines Bronchuskarzinoms gesetzt wird. Ganz anders klingt das ununterbrochene Hüsteln der Tuberkulösen, das

manchmal Sekret heraufbefördert, manchmal aber stundenlang ohne die befreiende Expektoration anhält. Sehr häufig treffen wir aber auch bei nervösen Personen ein solches Hüsteln, das oft wegen seiner Dauer die Umgebung in Verzweiflung bringt und immer wieder dazu Veranlassung gibt, negative Untersuchungsbefunde zu erheben. Es handelt sich in diesen Fällen um eine Art von Tic, der meist prompt zum Verschwinden gebracht werden kann, wenn man die betreffenden Menschen auf diese Tatsache aufmerksam macht. In dünnwandigen Hotelzimmern kann man, aufgeweckt durch das morgendliche Husten und Räuspern, die Diagnose auf eine chronische Bronchitis, verbunden mit einem beginnenden Emphysem stellen. Charakteristisch ist der jähe Abbruch der Hustenstöße bei schmerzhaften Erkrankungen des Rippenfelles, bedingt durch die dadurch hervorgerufene beträchtliche gegenseitige Verschiebung der Pleurablätter. Damit wären wohl alle jene Geräusche gestreift, die irgendwie mit der Atmung im Zusammenhange stehen.

Die anderen Distanzgeräusche treten im Hinblick auf ihre Häufigkeit wesentlich gegenüber diesen Geräuschen in den Hintergrund, ohne aber im Einzelfalle ihre besondere Bedeutung zu verlieren. Sehr selten liefert das Herz Distanzgeräusche und meist nur dann, wenn schon der erste Blick uns anzeigt, daß wir es hier mit schweren Veränderungen der Herzklappen zu tun haben. In seltenen Fällen kann man solche Geräusche auch bei ausgedehnten aneurysmatischen Veränderungen der Brustschlagader hören. Verhältnismäßig viel wird im chirurgischen Schrifttum von dem Mühlengeräusch Erwähnung getan, das dann zu hören sein soll, wenn, besonders bei Verletzungen großer Halsvenen, Luft in das Herz gelangt. Die Eindringlichkeit, mit der von den älteren chirurgischen Lehrern immer wieder von diesem diagnostisch ja ziemlich belanglosen Geräusch gesprochen wird, wurde mir erst dann klar, als ich dieses Geräusch gelegentlich einer Kropfoperation, die im übrigen gut ausging, gehört habe. Auf weitere Entfernung zu hörende Geräusche

an den Gefäßen kommen fast nie vor und sind dann auch ohne Erkennung dieses Phänomens zu diagnostizieren. Ein wesentlich größerer Anteil muß der Besprechung der Distanzgeräusche gewidmet werden, die auf den Magen-Darmtrakt Bezug haben. Unschwer gelingt es oft, durch ein lautes Plätschern nach der Einnahme einer flüssigen Mahlzeit beim Weggenossen eine Magenatonie, ja sogar vielleicht eine Verengerung des Magenausganges zu vermuten. Dieses Plätschern ist oft so laut, daß es von dem Patienten selbst vernommen wird und ihn zum Arzt führt. Ebenso werden ja auch laute Darmgeräusche von den Trägern selber gehört, wie sie nicht allzuseiten bei Hungerzuständen oder auch bei einer beschleunigten Peristaltik vorkommen. Hochgradige und längerdauernde Darmverengerung führt verhältnismäßig häufig zu den bekannten, immer wieder erwähnten, aber selten erkannten, oft auf weite Entfernungen hörbaren Spritzgeräuschen. Wer von den Ärzten hat noch nicht die Freude mitgemacht, die nicht nur den Arzt sondern auch den Patienten und seine ganze Umgebung ergreift, wenn es gelingt, unblutig einen Bruch zurückzubringen und sich dieses Ereignis durch den lauten Abgang eines Flatus hörbar macht. Im allgemeinen müssen wir uns daran gewöhnen, bei hörbaren Darmgeräuschen, die ja meist durch den Reiz der Untersuchung an Stärke gewinnen, eine genaue Untersuchung des Magen-Darmtraktes vorzunehmen.

Hörbare Distanzgeräusche sind auch manchmal bei Gelenken und Knochen feststellbar. Bei genauerem Zuhören ist häufig bei arthritisch veränderten größeren Gelenkflächen ein feines und typisches Reibegeräusch vernehmbar. Ein Großteil dieser Geräusche gehört aber in das Gebiet der chirurgischen Diagnostik, so die Geräusche, die bei freien Gelenkkörpern oder bei Bewegungen der Bruchenden gegeneinander auftreten. Auch bei pathologischen Brüchen infolge Einlagerung eines Aftergewebes können unter Umständen die bei der Atmung erfolgenden Reibungen der gebrochenen Rippenenden ein deutlich hörbares Geräusch liefern. Wie wichtig die fort-

während Beobachtung des Kranken auch mit dem Ohre ist, zeigte mir vor kurzem sehr eindrucksvoll ein Fall bei einem Patienten, bei dem bisher nicht die Diagnose eines Karzinoms gestellt wurde und bei dem wir durch ein eigentümliches knackendes Geräusch bei der Atmung dazu veranlaßt wurden, das knöcherne Skelett des Thorax genauer zu untersuchen. Dabei konnte eine pathologische Fraktur festgestellt werden, die von einem kleinen, nicht tastbaren Prostatakarzinom seinen Ausgang genommen hatte.

Wenn es sich hierbei auch um besonders eindrucksvolle Einzelfälle handelt, so müssen doch wir unser Ohr an den häufigen Geräuschen üben, um so sicherer pathologische Geräusche erkennen und ihrer Bedeutung nachgehen zu können.

Der Arzt und sein Geruchssinn.

Der Geruchssinn ist eines der Sinnesorgane des Arztes, dessen diagnostische Bedeutung in jüngster Zeit immer mehr und, wie wir glauben, zu Unrecht in den Hintergrund gerückt wurde. Welch große Bedeutung gerade diesem Sinnesorgane in der Diagnostik mancher unklarer Krankheitsbilder zukommt, geht ja wohl unzweifelhaft daraus hervor, daß selbst der Volksmund einem Arzte keine bessere Nachrede geben kann, als wenn er von ihm erzählt, er rieche die Krankheiten. Daß die Benützung dieses diagnostischen Hilfsmittels eine unter der jüngeren Ärzteschaft so wenig geübte und geachtete ist, ist auf verschiedene Umstände zurückzuführen. In den meisten Kliniken, in denen die angehenden Ärzte ihre Ausbildung erfahren, wird wenig Gewicht auf die Ausnützung und, was noch viel wichtiger ist, auf die Übung des Geruchsorganes gelegt. Bei den vielen auf der Klinik zur Verfügung stehenden diagnostischen Hilfsmitteln erscheint gerade das in Rede stehende dem jungen Arzte im Gegensatz zu der verführerischen Genauigkeit der anderen viel zu wenig bedeutungsvoll. Erst dann, wenn er, fernab von seiner Ausbildungsstätte, gezwungen ist, auf sich selbst an-

gewiesen. zu einer raschen diagnostischen Erfassung eines Krankheitsbildes zu kommen, schätzt er dieses Hilfsmittel in viel höherem Maße ein als bisher. Es ist kein Zufall, daß ich immer wieder, wenn ich mit alten erfahrenen Praktikern über die Bedeutung des Geruchssinnes in der Diagnostik für innere Erkrankungen gesprochen habe, bei denen weitgehendes Verständnis gefunden habe, die, fern von der Großstadt oder einem Spital, gezwungen waren, ihren Kranken zu helfen. Immer wieder haben aber gerade diese Ärzte meine Meinung bestätigt, daß es gerade beim Geruchssinne auf eine fortgesetzte Übung ankomme, eine Übung, von der der Hundezüchter viel mehr weiß als der Arzt. Ein Umstand macht es noch schwer, an der Klinik selbst sein eigenes Geruchsorgan zu üben. Jede Neuaufnahme bekommt an einer inneren Klinik ein Arzt in nicht ganz lebensbedrohenden Fällen erst dann zu Gesicht, wenn der Patient seine eigenen Kleider abgelegt hat und durch ein Bad nicht nur seiner Unreinlichkeiten, sondern auch seines spezifischen Geruches beraubt wurde. Selbst in den Ambulanzen bekommt man die Patienten meistens zumindest ausgezogen zu Gesicht oder besser gesagt zur Nase, wobei man nicht vergessen darf, daß die Anhäufung von Menschen und die spezifischen Gerüche, die der Laiennase die Krankenhausluft oft unerträglich erscheinen lassen, eine geruchsmäßige Erfassung des einzelnen oft unmöglich machen.

Trotz dieser Widerstände findet man aber auch bei den klinischen Lehrern, wenn auch selten und meistens für ganz bestimmte Erkrankungen hochgezüchtet, eine Wertschätzung dieses diagnostischen Hilfsmittels. So war z. B. Franz Chvostek einer, der ein besonderes Empfinden für den Typhus hatte, während Hans Eppinger, durch seine Arbeitsrichtung in tausenden Fällen geübt, den Geruch der Leberkranken immer wieder hervorhebt und ihn in diagnostischer und prognostischer Hinsicht hoch einschätzt. Während es bei allen anderen Sinneseindrücken möglich ist, sprachlich dem Leser die Eindrücke zu schildern, die der Arzt am Kranken-

bette gewinnt, ist es unmöglich, die Geruchsempfindungen in entsprechender Weise zur Darstellung zu bringen. Einerseits fehlen hierzu die Worte und andererseits scheint es gerade beim Geruche große Variationsbreiten der Empfindung zu geben. Es sind dies Unterschiede, die ja schon beim Laien in Erscheinung treten, wenn der eine eine Gerucherscheinung als überaus angenehm, der andere als abstoßend bezeichnet. Auch bei meinen Mitarbeitern habe ich es immer wieder gesehen, daß es unmöglich ist, die verschiedenen Geruchsempfindungen auf einen, für einen Dritten verständlichen Nenner zu bringen. Es kommt vielmehr darauf an, einen Arzt, dessen Geruchsorgan überhaupt halbwegs auffassungsfähig ist, dazu zu bringen, mit einer bestimmten Erkrankung eine bestimmte Geruchsempfindung zu verbinden, um diese gedankliche Verbindung diagnostisch auszuwerten.

Wenn wir im folgenden darangehen, die Bedeutung eines spezifischen Geruches bei bestimmten Krankheitsbildern zu schildern, so wollen wir nur dazu Veranlassung geben, die Übung des Geruchssinnes wieder mehr in den Vordergrund zu rücken, ohne aber damit dem Arzte beschreibend die Möglichkeit zu geben, die einzelnen Geruchseindrücke voneinander zu trennen. Das ist und muß die Aufgabe jedes einzelnen sein. Wenn man einen alten erfahrenen Praktiker ein Krankenzimmer betreten sieht, so wird man in vielen Fällen beobachten können, wie dieser gleich bei seinem Eintritte, einem Jagdhunde ähnlich, der eine Wildfährte aufnimmt, einige Male prüfend die Luft im Krankenzimmer durch seine Nase streichen läßt. Er macht sich dabei einen Umstand zunutze, der, wie oben erwähnt, im klinischen Betriebe wegfällt, daß nämlich, besonders in schweren Fällen, die Luft des Krankenzimmers mit den geruchsbeladenen Ausdünstungen des Kranken erfüllt ist. Welch große Bedeutung manche praktische Ärzte am Lande diesem Umstande zuschreiben, geht aus einer mir bekannten Weisung eines Landarztes hervor, der strenge verbot, vor seinen Besuchen das Krankenzimmer zu lüften. Man darf beim Eintritt in das Krankenzimmer aber

nicht vergessen, daß unter Umständen die spezifische Ausdünstung eines Menschen durch den Geruch seiner Stoffwechselprodukte noch mehr unterstrichen, unter Umständen aber auch verdeckt werden kann. Dazu kommt noch, daß in manchen Gegenden Räucherprodukte, in vielen Fällen schlecht gebaute Öfen, das geruchsmäßige Bild verwischen. Daß man aber auf alle Sinneseindrücke geruchsmäßiger Natur achten muß, soll ein kleines Beispiel zeigen. Durch zwei Monate lang wurden mir befreundete Ärzte und auch ich von einem hochstehenden Manne geplagt, der immer wieder über Beschwerden klagte, die anscheinend neurasthenisch aufzufassen waren. Erst als ich einmal Gelegenheit hatte, den Patienten in seinen Arbeitsräumen aufzusuchen, fiel mir ein leichter Geruch nach Heizgasen auf, der mir selber bald leichte Kopfschmerzen verursachte. Eine dadurch hervorgerufene Untersuchung der Öfen klärte die Ursache des Krankheitsbildes auf und führte nach Reinigung der Abzugschächte zum vollkommenen Verschwinden der Beschwerden. Auch die Nachbarschaft von chemischen Fabriken, von Abfallstätten usw. kann in manchen Fällen zu schweren Krankheitsbildern Veranlassung geben, und eine Geruchswahrnehmung, insbesondere des das Haus zum erstenmal betretenden Arztes, kann zur Klärung führen. Nachdrücklich sei in diesem Zusammenhange daran erinnert, daß manche Geruchsempfindung bei einem Asthmatiker zur auslösenden Ursache eines schweren Anfalles oder überhaupt zum Asthmaleiden führen kann.

Gehen wir nun daran, den Geruch eines Menschen überhaupt zu erfassen, so ergibt sich, daß dieser sich schon beim Einzelindividuum aus den verschiedensten Teilen zusammensetzt. Er ist zum Teil ein Umweltfaktor, der durch die Kleidung gegeben, noch längere Zeit auch dem nackten Körper innewohnt. Schwierig macht es aber der Gebrauch von Puder und Parfum, den spezifischen Geruch eines Menschen zu erfassen, obwohl pathologische Gerüche auch durch den Gebrauch von Toiletteartikeln nicht ganz verdeckt werden kön-

nen, eine Tatsache, über die sich sehr oft die Damenwelt beklagt. Vornehmlich wird der Geruch eines Menschen durch die Schweißdrüsenproduktion in seiner Intensität bestimmt, so daß Erkrankungen, bei welchen diese Drüsen und die mit ihnen eng gekoppelten speziellen Duftdrüsen zu erhöhter Tätigkeit kommen, auch durch ihren besonderen Geruch auffällig werden. Andererseits versucht der Körper, wie z. B. bei der Harnvergiftung, durch Schweißdrüsen Abbauprodukte abzugeben. Dadurch wird dem Schweiß selbst eine spezifische Note gegeben. In vielen Fällen sind es aber die Ausatemungsluft und die Gase, die in der den Menschen umgebenden Atmosphäre wichtige diagnostische Veränderungen hervorrufen.

Eine Geruchsveränderung, die sehr oft auch von der Umgebung des Kranken bei Erhebung der Krankengeschichte oder bei besonders darauf gerichteter Fragestellung angegeben wird, ist die Veränderung des Schweißgeruches bei tuberkulösen Prozessen. Wenn man sich in einem Ambulanzbetriebe oder in einer Ordination mit Massenbetrieb auf diesen eigentümlichen scharfen, etwas reizenden Geruch einstellt, wird man häufig sehen, daß dieses diagnostische Hilfsmittel oft auch dann zu Recht besteht, wenn die klinische und röntgenologische Untersuchung eine Aktivierung des Prozesses nicht wahrscheinlich erscheinen läßt. Wir haben uns einige Zeit lang mit dieser Fragestellung beschäftigt und alle jene Patienten in Beobachtung gehalten, bei denen die Beriechung auf einen spezifischen Prozeß schließen ließ, während die ambulatorischen, klinischen Untersuchungen eine solche Möglichkeit auszuschließen schienen. In fast allen Fällen konnte die weitere Beobachtung die Richtigkeit unserer ersten, vornehmlich durch den Geruchssinn gemachten Annahme bestätigen. Nach unseren Erfahrungen kann dieser säuerliche Geruch nur mit dem verwechselt werden, den Leute aufweisen, die lange Zeit unter schlechten hygienischen Verhältnissen gelebt und insbesondere sich lange nicht gewaschen haben. So weiß ich aus den Mitteilungen

eines Militärarztes, der lange vorher schon den Geruch Tuberkulöser kannte, daß ihn dieser oft bei Soldaten irreführt hat, die nach langen anstrengenden Märschen ohne die Möglichkeit einer Körperpflege aus irgend welchen Gründen zur Untersuchung kamen. Da aber gerade bei Tuberkulösen insbesondere der Schweiß der Achselhöhlen ganz besonders eindringlich ist, kann man sich von seinem Vorhandensein auch dann immer wieder überzeugen, wenn die Patienten sich einer peinlichen Körperpflege befleißigen. Im Gegensatz zu anderen Geruchsarten kommt diesem, neben einer überragenden diagnostischen, keine prognostische Bedeutung zu. Wir wollen damit sagen, daß die Tatsache eines solchen Geruches nur für eine derzeitige Aktivität des spezifischen Prozesses spricht, ohne über die Art und Ausdehnung dieser Erkrankung irgendwelche Schlüsse zuzulassen. Wir haben vielmehr den Eindruck, daß besonders in den letzten Stadien das Sputum und die Ausatemluft den spezifischen Geruch sehr verdrängen. Am stärksten tritt er am Beginne eines rezenten Prozesses auf, verliert später an Intensität und kann daher als warnendes Signal nicht hoch genug eingeschätzt werden.

In diesem Zusammenhange erscheint uns eine Tatsache erwähnenswert. Bekanntlich kommt es bei der Lymphogranulomatose, einem Krankheitsbilde, das Carl Sternberg eigentlich bis in seine letzte Zeit zumindest in lose Verbindung mit der Tuberkulose gestellt hat, ebenfalls zu ganz profusen Schweißausbrüchen. Dieser Schweiß besitzt aber eine ganz geringe, durch den Geruch zu erfassende Tönung, erinnert mehr an den eines vielfach verdünnten eitrigen Sputums und unterscheidet sich ganz wesentlich von dem der Tuberkulösen. Gerade in jüngster Zeit konnten wir dieses Unterscheidungsmerkmal diagnostisch bei Fällen von Hilus-tuberkulose verwerten, bei welchen selbst die genaueste klinische Durchuntersuchung es nur schwer ermöglichte, sich für eines der beiden in Rede stehenden Leiden zu entschließen. Genau so wie beim Lymphogranulom verhalten sich geruchlich

die Schweißausbrüche bei kachektischen Karzinomkranken und der Schweiß im Kollaps. Es ist dies ein Verhalten, welches auch die Klinik begreiflich macht, die ja zeigt, daß sich als auslösende Ursache solcher Schweißausbrüche sehr oft ein kollapsähnliches Zustandsbild darstellt.

Von besonderer diagnostischer Bedeutung scheint der Geruch auch bei vielen Infektionskrankheiten zu sein. Hier müssen wir vor allem nicht die Erfahrungen der Kliniker, sondern die alter praktischer Ärzte heranziehen. Auch Infektionsabteilungen eignen sich nur wenig zur Erlernung spezifischer Geruchsarten, da hier die Vermischung vieler Ausdünstungen die Erfassung eines Einzelfalles schwierig macht. An erster Stelle wäre hier der Typhus abdominalis zu nennen, der in der Jetztzeit anfänglich oft nur schwierig von anderen Infektionskrankheiten zu trennen ist. Mit oft erstaunlicher Sicherheit führt manchen Arzt die Nase zu der richtigen Diagnose. Franz Chvostek war ein solcher Kliniker, der eine ganz spezielle Eignung zur geruchsmäßigen Erfassung des Typhus abdominalis aufwies. In meiner Erinnerung sind es keine Einzelfälle, bei denen die klinischen Ärzte oft nach dem negativen Ausfall der zu früh angestellten serologischen Proben innerlich über den alten Chef triumphierten und bei denen sich in der Folgezeit dann die Richtigkeit dieser ausschließlich auf den Geruch eingestellten Diagnostik ergab. In diesen Fällen scheint der Geruch auch für den Erfahrenen eine gewisse prognostische Bedeutung zu haben, da Chvostek bei manchen Fällen, „die besonders stark rochen“, eine ungünstige Prognose stellte. Bei meiner geringen Erfahrung möchte ich besonders jene Fälle ganz besonders unterstreichen, bei denen die Typhuskranken aus den östlichen Ländern stammen und meistens auf dem Umwege der Dampfschiffahrt in eine Wiener Klinik aufgenommen werden. In einer Beobachtung wurden drei Kinder eines Schlepptaxi-Fahrers eingeliefert, die alle drei einen penetranten Geruch aufwiesen. Zwei starben schon in der zweiten Krankheitswoche, das dritte und jüngste Kind erholte

sich erst nach einem monatelangen Krankheitslager. Wertvoll erscheint uns der Typhuseruch, wie schon erwähnt, insbesondere bei der Differentialdiagnose gegen die Infektionen mit Paratyphusgruppen. Nach meinen eigenen Erfahrungen tritt er aber für wenig geübte Nasen nur bei den schweren Fällen in Erscheinung.

Ein ähnliches Verhalten soll die Diphtherie und der Scharlach aufweisen. Es gibt nicht wenige Landärzte, die beteuern, daß sie schon beim Betreten einer Wohnung eine dieser beiden Infektionskrankheiten diagnostizieren und überdies schon in der Schwere des Geruches sich ein Bild über die Prognose des Leidens machen können. Derartig schwere Fälle kommen in den Großstädten nur selten gleich in die Beobachtung eines Klinikers und werden, besonders bei der Diphtherie, durch die Serumeinspritzungen, was anscheinend ihre geruchsmäßige Erfassung anlangt, wesentlich gemildert. Aber auch nach unseren Erfahrungen müssen wir ohne weiteres zugeben, daß die Ausatemluft eines Diphtheriekranken eine ganz eigentümliche Note aufweist, die bei den verschieden gewerteten bakteriologischen Untersuchungsmethoden unbedingt Veranlassung geben soll, Diphtherieserum zu verabreichen. Auch der Scharlachkranke soll einen eigentümlichen, den Raubtieren ähnlichen Geruch besitzen, während Masernkranke mehr einen Geruch nach verbrannten Federn verbreiten. Nach unseren Erfahrungen konnten wir eine solche nach den Angaben erfahrener Kinderärzte nicht anzuzweifelnde, aber von uns nicht empfundene Geruchswahrnehmung nicht feststellen, obwohl dieses insbesondere bei der Abgrenzung des Scharlachs von den Exanthemen bei septischen Erkrankungen von großer Wichtigkeit wäre. In diesen Fällen kommt eben immer wieder der beim Menschen geringe Wirkungsgrad des Geruchsorganes zutage, der es auf diesen Gebieten besonders begabten Ärzten eben ermöglicht, nach der Art des Geruches die Erkrankung festzustellen.

Eine besondere Bedeutung kommt der Geruchsempfindung

in der Leberpathologie zu. Schon während meiner Lernzeit an der Klinik Chvostek konnte ich mich in dem Geruch der Leberkranken üben. Aber erst das riesige Lebermaterial der Klinik Eppinger wies mich auf die große Bedeutung dieses spezifischen Geruches hin. Der Geruch bei Leberkranken scheint sich aus einer veränderten Schweißdrüsenproduktion, aus dem Mundgeruch und dem geänderten Geruch der Darmwinde zusammzusetzen. Bei leichteren Fällen erweist es sich, insbesondere bei der Demonstration derselben, als notwendig, den Kranken für einige Zeit zugedeckt zu halten und ihn auch anzuweisen, unter die Decke auszuatmen. Durch diese Vereinigung verschiedener Geruchseindrücke kommt es dann zu dem ganz spezifischen Geruch der Leberkranken. Franz Chvostek hat ihn als erdig bezeichnet. Eppinger vergleicht ihn mit dem Geruch von Indol und Scatol. Auch hier ersetzen Vergleiche aber nicht die einmal erfaßte und dann immer bleibende Geruchsempfindung. Seine diagnostische Bedeutung ist eine große und läßt sich etwa in folgenden Sätzen zusammenfassen. Leberkranke weisen nur dann einen solchen Geruch auf, wenn ein schwerer Parenchymschaden vorliegt, nie habe ich ihn bei auch noch so lange bestehenden Verschlüssen empfunden. Dagegen kommt er in den letzten Stadien einer Leberzirrhose vor, wenn der Zusammenbruch der Leber ein vollständiger geworden ist. Tritt er bei einer Leberzirrhose auf, so bedarf es keiner weiteren Laboratoriumsuntersuchungen, um die Prognose als eine überaus schlechte hinzustellen. Auch beim sogenannten Ikterus simplex zeigt das Auftreten des Geruches an, daß der Leberschaden als ein schwerer anzusprechen ist. In diesen Fällen kann man Hand in Hand mit dem Fortschreiten des Leberverfalles eine Verstärkung des Geruches nachweisen. Auf Grund persönlicher Erfahrungen möchte ich aber warnen, bei diesen Fällen aus dem Geruche heraus eine schlechte Prognose zu stellen, da wir erst in jüngster Zeit zwei Beobachtungen miterlebt haben, bei denen eine fast noch nie gerochene Stärke des in Rede stehenden Geruches

vorhanden war und die trotzdem zur Ausheilung gelangten. Bei Leberkranken ist aber die Geruchempfindung eine derart wichtige, daß ich sie nur ungern aus meinen diagnostischen Hilfsmitteln streichen möchte.

Eine besondere diagnostische Bedeutung erlangt die Geruchsempfindung bei komatösen Zuständen. Allgemein bekannt ist der spezifische, an frisches Obst erinnernde Geruch des Azetons bei einem Koma diabeticum. Wenn man nur einmal in die Lage gekommen ist, bar jeglicher Laboratoriumsbehelfe allein aus der Geruchsempfindung ein solches Zustandsbild zu diagnostizieren und damit auch den Kranken zu retten, wird man nie an diesem diagnostischen Hilfsmittel vorbeigehen und immer wieder bemüht sein, seine ihm zur Ausbildung anvertrauten Ärzte auf diesen Geruch einzustellen. In jüngerer Zeit erweist sich die Übung des Geruchssinnes auch bei den Differentialdiagnosen zwischen einem diabetischen und hypoglykämischen Koma als wichtig, obwohl uns gerade hier ja noch eine Reihe von anderen Sinneseindrücken zur Verfügung stehen.

Während beim Koma diabeticum die üblichen Prozeduren bei der Krankenhausaufnahme nur wenig den Geruch verändern, kann dies vielmehr beim urämischen Koma unangenehm in Erscheinung treten. Wenn man als Kliniker gewohnt ist, sein eigenes Geruchsorgan unter Krankenhausverhältnissen zu üben, so ist man erstaunt, wie oft beim Konsilium das ganze Zimmer, ja die ganze Wohnung von dem urinösen Geruch durchzogen sind. Mangels eines geeigneten Vergleichsfalles habe ich oft meinen Herren den Rat gegeben, einmal in einem Gasthause minderer Qualität sich ein Gericht der sogenannten „sauren Nierndeln“ geben zu lassen und diesen Geruch sich als spezifisch für ein Koma uraemicum einzuprägen. Von Wichtigkeit erscheint uns das Vorhandensein dieses Geruches bei der Differentialdiagnose zwischen der echten und falschen Urämie, wobei uns oft die Geruchsempfindung nicht nur den richtigen diagnostischen, sondern auch den richtigen therapeutischen Weg weist.

Einer besonderen Besprechung bedarf wohl auch der sogenannte üble Mundgeruch. Er kann seine auslösende Ursache in lokalen Veränderungen, wie ausgedehnter Zahnfäulnis oder chronischen Entzündungsprozessen an den Tonsillen besitzen, er ist aber oft auch der Ausdruck eines inneren Leidens. Sehr häufig findet er sich bei Erkrankungen des Magens und steht anscheinend in einem gewissen Zusammenhang mit den Säureverhältnissen. Nicht selten habe ich von den Kranken die Klage gehört, daß sie schon lange einen üblen Mundgeruch aufweisen, daß derselbe aber in letzter Zeit einen besonders fauligen Charakter annehme. In diesem Falle nehme ich schon nach diesen Angaben eine karzinomatöse Entartung eines vielleicht früher bestandenen Magengeschwürs an. Nach meinen Erfahrungen muß man sich bei den Mundgerüchen mehr auf die Angaben des Patienten als auf die eigenen Wahrnehmungen verlassen. Die schwersten, oft nicht auszuhaltenden Veränderungen des Mundgeruches findet man bei chirurgischen Fällen, wenn man in der Frühe nüchterne Patienten verschiedenster Erkrankungen narkotisieren muß. Hier kommen zwei Ursachen in Frage. Einerseits macht langes Nüchternsein an und für sich anscheinend durch Umstimmung der Bakterienflora im Munde einen üblen Geruch und andererseits ist es der seelische Angstzustand, der ohne Zweifel, wahrscheinlich über den Weg der vegetativen Beeinflussung, den Mundgeruch wesentlich beeinflussen kann. Überhaupt spielt die diagnostische Bedeutung dieses Kapitels in der Chirurgie eine viel größere Rolle als in der internen Medizin. Es wird wohl keinen Arzt geben, der, wenn er einmal den Mundgeruch eines an Koterbrechen leidenden Patienten wahrgenommen hat, an dieser Diagnose jemals zweifeln könnte. Die von manchen Autoren beschriebene differentialdiagnostische Bedeutung des Mundgeruches bei Magen- und Gallensteinleiden konnte ich nie feststellen. Wie schon oben erwähnt, ist hier die Schwankungsbreite eine zu große und sind die verschiedenen Eindrücke zu zahlreich, um

daraus sichere diagnostische Schlüsse ziehen zu können. Auf alle Fälle müssen die Klagen eines Kranken über einen üblen Mundgeruch oder die Feststellung eines solchen durch den Arzt, bei Ausschluß lokaler Möglichkeiten, Veranlassung dazu geben, eine genaue Untersuchung des Magen-Darmtraktes vorzunehmen. Anhangsweise sei nur erwähnt, daß sehr häufig Frauen während der Periode über einen üblen Mundgeruch klagen und daß Blumenzüchter es nicht dulden, daß menstruierende Frauen sich in die Nähe besonders empfindlicher Pflanzen begeben. Von forensischer Bedeutung, oft aber auch wichtig für unsere Einstellung zum Kranken, können die Alkoholdämpfe sein, die oft aus weiter Entfernung wahrzunehmen sind. Wichtig für den Arzt ist es ferner, einen Patienten darauf aufmerksam zu machen, daß bei Einstellen des Nikotingebrauches sehr häufig durch einige Zeit ein übler Mundgeruch auftreten kann, der aber bald wieder verschwindet.

Eine wichtige diagnostische Bedeutung hat der Geruch der Darmgase. Auch hier sind wir sehr oft ausschließlich auf die Angaben des Patienten angewiesen, wobei man seine Fragestellung besonders nach einer auffälligen Geruchsänderung richten soll. In den meisten dieser Fälle besteht ja ohne weiteres die Möglichkeit, sich durch den Geruch des Stuhles von den Angaben des Patienten zu überzeugen. Oft gelingt es aber schon durch Befragen der Patienten allein, die therapeutisch so wichtige Differentialdiagnose einer Gärungs- oder Fäulnisdyspepsie zu stellen. In diesem Zusammenhange möchte ich nicht unterlassen, einer Beobachtung meines chirurgischen Lehrers v. Hochenegg Erwähnung zu tun, der jedes Jahr in seiner Vorlesung folgende Erinnerung zum besten gab. Gelegentlich eines Jagdausfluges war er gezwungen, hinter einem, ihm schon seit Jahren bekannten Jäger, bergan zu steigen. Der eigentümliche widerliche Geruch der Darmgase des Voranschreitenden veranlaßte Hochenegg, in der Jagdhütte eine Untersuchung des Jägers vorzunehmen und durch diese seine Vermutung, daß der Jäger der Träger

eines tiefsitzenden Mastdarmkarzinoms sei, bestätigt zu finden. Auf Grund unserer Erfahrungen möchten wir diese Tatsache sehr unterstreichen. Bekanntlich ist die Diagnostik der Sigmakarzinome besonders dann schwierig, wenn es uns nicht gelingt, sie mit dem Rektoskope direkt einzustellen. In nicht zu wenigen Fällen sahen wir uns veranlaßt, bei einem eigentümlichen Geruch aus dem Mastdarm, der besonders dann in Erscheinung tritt, wenn man mit ungeschütztem Rektoskope arbeitet, auch bei negativen Röntgenbefunden eine Wiederholung dieser Untersuchungsmethoden zu veranlassen. In zwei Fällen entschlossen wir uns, bei sonst negativen Befunden, doch zur Laparatomie und fanden unsere Annahme bestätigt. Besonders wertvolle Dienste leistet hier das Geruchsvermögen bei der Unterscheidung zwischen einer Colitis gravis und einem Sigmakarzinom. Stellt man sich einmal auf diesen Geruch ein, so wird er in manchen Fällen unsere weiteren Handlungen entscheidend beeinflussen oder zumindest Veranlassung geben, den Kranken nicht aus dem Auge zu lassen. Die beste Lernmöglichkeit bieten in diesen Fällen chirurgische Krankensäle, auf denen exulzierende Darmkarzinome liegen. Die Tatsache, daß Karzinomkranke selbst einen eigentümlichen Geruch aufweisen, konnten wir bisher nicht erkennen, obwohl auch hier die Möglichkeit gegeben werden muß.

Es würde zu weit führen, auch die diagnostische Bedeutung des Geruchssinnes auf die verschiedenen Sekrete und Exkrete des Menschen auszudehnen. Es sei nur ganz kurz auf die differentialdiagnostische Bedeutung des Sputumgeruches hingewiesen, der sich oft auch der Ausatemungsluft mitteilt und damit den spezifischen Geruch des Patienten ergibt. Ohne weiteres kann man bei einiger Übung eine Lungengangrän oder einen Lungenabszeß diagnostizieren, wenn man nur seine Nase in das Krankenzimmer hineinsteckt. Daß auch diese schon seit uralten Zeiten von den Ärzten geübten diagnostischen Möglichkeiten heute noch eine entscheidende diagnostische Bedeutung haben können, zeigen uns in jüngster

Zeit Fälle, bei denen ausschließlich aus dieser Geruchsveränderung die von vielen Seiten geäußerte Annahme eines Lungenkarzinoms abgelehnt werden konnte.

Dieser kurze Überblick soll nur ein Anreiz dazu sein, auch das in der ärztlichen Diagnostik nur wenig herangezogene Sinnesorgan des Geruches mehr zu üben, und man wird sehr bald sehen, welche diagnostische Bedeutung dem Geruchsvermögen bei der Erkennung innerer Krankheiten zukommt. Wie wenig auch bei den Ärzten dieses Sinnesorgan gewertet wird, die sich seiner unbewußt fortgesetzt bedienen, zeigen Gespräche mit berühmten Diagnostikern. Wenn man sich bei diesen bemüht, rückläufig herauszubekommen, welche Wege zu der richtigen Diagnose geführt haben, gelingt es in vielen Fällen bei genauer Analyse der Einzelvorgänge darauf zu kommen, daß die Nase es war, die zur richtigen Erkenntnis geführt hat.

Der Arzt und sein Tastsinn.

Ähnlich wie beim Hören wollen wir auch beim Tasten nicht davon sprechen, welche Tastbefunde bei einzelnen Erkrankungen zu erheben sind, sondern wir wollen nur hervorheben, welche Bedeutung dem Tastsinne in der „Griffdiagnose“ zukommt. Nicht umsonst haben schon alte Meister den Vorwurf Arzt und Patient noch dadurch zu vertiefen gesucht, daß sie den Arzt in der Geste darstellen, bei welcher er die Hand des Kranken hält. Schon diesen alten Künstlern schien diese Brücke zwischen zwei Menschen eine bedeutungsvolle ärztliche Handlung, deren Sinn in manchen moderneren Bildern ganz falsch umgedeutet wird, wenn sie glauben machen wollen, daß dabei die Befühlung des Pulses die Hauptsache wäre.

Die große Bedeutung dieses eben in Rede stehenden Sinnesorganes kommt eben bei der Befühlung der Hand des Kranken voll zur Geltung. Die heiße Hand eines Fiebernden wird uns wohl auf den ersten Griff ganz andere Eindrücke ver-

mitteln als die kalte, mit Schweiß bedeckte eines Sterbenden oder im schweren Kollapse Befindlichen. Der kräftige Druck, mit dem unser Handschlag erwidert wird, wird ganz anders empfunden als die kraftlose Geste der Handreichung eines Schwerkranken. Im Abschnitte, der sich mit der Bedeutung der Hand für die Allgemeindiagnose beschäftigt, werden wir näher auf das eingehen, was sich uns bei der Befühlung der Hand eines Kranken in einem kurzen Augenblicke aufdrängen kann und muß. Nicht nur die Temperatur der Hand, sondern auch ihre Beschaffenheit, ihr Spannungszustand, ihre Elastizität, ihr Feuchtigkeitsgehalt und vieles mehr, wird uns zumeist unbewußt eine Reihe von Sinneseindrücken vermitteln, die uns dann, wenn wir nicht in der Lage sind, eine Allgemeinuntersuchung anzuschließen, oft unentbehrliche Wegweiser für die richtige Diagnose sein können. Oft wird uns durch die Tastempfindung der Zustand der Muskulatur, der Bau der ganzen Hand erst richtig zur Kenntnis gebracht, was den Blick wesentlich zu ergänzen vermag. Ganz anders liegt die derbe Faust eines Schwerarbeiters in der Hand des Arztes als die langfingrige eines Hyperthyreoidismus. Die genauere Betastung der Hand kann überdies Schwielen und andere Zeichen einer beruflichen Beschäftigung zutage fördern, die sich durch das Ansehen allein vielleicht nicht so sehr aufdrängen. Daß die Betastung der Hand in chirurgischen Fällen oft weitgehende Aufschlüsse über den Grad der Ausdehnung einer phlegmonösen Entzündung verschafft, gehört wohl nicht ganz in den Rahmen unserer Ausführungen, soll aber doch zeigen, daß gerade der in der Allgemeinmedizin tätige Arzt, fern von allen Hilfsmitteln, auch heute noch auf seine Sinnesorgane angewiesen ist und auch in der bestversorgtesten Klinik im Einzelfalle zumindest immer wieder auf sie zurückkommen muß.

Überhaupt verschafft die Betastung der Haut eine Fülle von Wahrnehmungen, die insbesondere in der Frühdiagnose unentbehrlich erscheinen. Auch hier soll und kann nicht auf

eine spezielle Diagnostik eingegangen werden, es soll aber an Hand von einzelnen Beispielen auf die Bedeutung dieser Untersuchungsmethoden hingewiesen werden. So z. B. erscheint uns der Tastsinn in der Lungendiagnose zu rascher Diagnostik besonders in einer lärmenden Ambulanz unentbehrlich. Von meinem Lehrer Chvostek habe ich gelernt, bei der Spitzenuntersuchung es nie zu unterlassen, auf die Temperatur der Haut dieser Gegend zu achten. Bei einiger Übung wird jeder zu der Erkenntnis kommen, daß sich die Haut über einer erkrankten Spitze wesentlich heißer anfühlt, als über der gesunden. Es ist dabei nicht sicher, ob es sich hier wirklich um Wärmeempfindungen handelt, da auch Messungen mit genauen Hautthermometern keine sicheren Differenzen ergeben haben. Tatsache aber ist, daß uns die Haut über einer erkrankten Lungenpartie wärmer erscheint. Voraussetzung ist dabei eine normale Körpertemperatur, da sich sonst die Empfindung einer fiebrigen Haut störend dazwischenschiebt. Dieser Sinneseindruck ist mit Sicherheit nur in den rückwärtigen Spitzenpartien zu erheben und zeigt sich viel undeutlicher in den Hautpartien des übrigen Brustkorbes. Bei diesen ist es aber wieder ein anderer Sinneseindruck, den wir besonders schätzen. Es ist eine bekannte Tatsache, daß sich, meist dem Segmente entsprechend, die Haut dann verändert, wenn das ihr zugehörige innere Organ erkrankt ist. Nun kann man in vielen Fällen feststellen, daß bei Erkrankungen der Brustorgane sich an den entsprechenden Hautstellen eine gewisse Glätte nachweisen läßt. Diese kommt dadurch zustande, daß die Haut durch ein nicht sichtbares, aber fühlbares Ödem gespannter ist und dadurch die natürlichen Rauigkeiten der Haut ausgeglichen werden. Nun findet sich nach unseren Erfahrungen dieses Ödem der Haut, welches einen ganz charakteristischen Tastbefund gibt, nicht bei Lungenentzündungen, nicht bei einfachen serösen Rippenfellentzündungen, sondern nur bei ihren Komplikationen, der eitrigen Rippenfellentzündung. Übt man diese Untersuchungsmethode, so kann man oft mit einem einzigen Heruntergleiten

der Hand zu einer Diagnose gelangen, die bei der Einfachheit immerhin überraschend für die Umgebung wirken muß. Dasselbe Empfinden hat man auch, nur in viel größerem Ausmaße, wenn man bei dem Verdachte einer eitrigen Erkrankung um die Nieren die seitlichen Hautpartien längs der Wirbelsäule herunterstreicht. Ein Ödem der Haut in dieser Gegend zeigt uns mit größter Wahrscheinlichkeit an, daß wir es hier mit einem eitrigen Prozeß um die Niere zu tun haben. Nachdem diese Tastbefunde ja eigentlich immer Veranlassung geben, einen chirurgischen Eingriff durchzuführen, so sind sie jederzeit kontrollierbar und gewinnen dadurch auch für den an Wert, der sich erst in ihnen übt.

Während wir es in diesen Fällen mit einem entzündlichen kollateralen Ödem zu tun haben, macht sich bekanntlich auch das nephritische und das kardiale Ödem meist in den Anfangsstadien oft nur durch den Tastbefund kenntlich. Während sich aber die nephritische ödematöse Haut warm anfühlt, kommt bei der Haut des Herzkranken noch das Gefühl der Kälte hinzu. Ohne Zweifel können auch andere Störungen des Wasserhaushaltes durch die Betastung der Haut zumindest vermutet werden. So gewinnt die ödematöse Haut des Myxödems durch die stärkere Hornbildung eine gewisse Rauheit, im Gegensatze zeigt die Haut des Morbus Basedow eine auffallende Glätte. Bekannt ist die dünne atrophische Haut bei der Simmonds'schen Kachexie und die stark verdickte bei der Sklerodermie. All dies kann nur in diesem Zusammenhange andeutungsweise gebracht werden mit dem Wunsche, daß die gute alte Sitte, den Kranken zu untersuchen, nicht ganz verschwinde.

Auch die unter der Haut gelegenen Gebilde lassen oft sehr rasch eine Diagnose stellen. Bleiben wir bei dem Beispiele der Sklerodermie, so zeigt eine kurze Betastung uns an, daß dieselben Veränderungen sich nicht nur in der Haut, sondern auch an der darunterliegenden Muskulatur abspielen. Überhaupt bietet diese, wie wir noch im Abschnitte „Die Muskeln“

ausführen werden, ein geeignetes Betätigungsfeld für dieses Sinnesorgan. Auch das knöcherne Skelett kann in vielen Fällen dazu beitragen, die Diagnose weitgehend zu fördern. Denken wir nur daran, daß oft die Betastung des Schädels oder anderer leicht erreichbarer Knochen große diagnostische Möglichkeiten bietet. Es sei hier nur daran erinnert, daß oft der Tastsinn es ist, welcher uns bei negativen Röntgenbildern schon das Vorhandensein von Metastasen anzeigt. Andererseits wieder können uns beim Herunterfahren über die vordere Tibiakante die charakteristischen Veränderungen am Perioste, die Diagnose einer vorhandenen Syphilis nahelegen oder sie sicherstellen.

Wie schon oben ausgeführt, sind dies alles nur weniger gekannte Einzelbeispiele, die die Bedeutung des Tastsinnes in eindringlicher Weise zeigen sollen. Es ist selbstverständlich, daß wir unter Tastsinn nicht nur das reine Tasten, sondern auch das Gefühl der Temperatur und letzten Endes auch des Schmerzes verstehen. Wer empfindet nicht bei der Perkussion einer massiven Dämpfung wegen der Unnachgiebigkeit der Unterlage einen Schmerz im Plesimeterfinger. Diese Empfindung, die ja nur im übertragenen Sinne als Schmerz anzusprechen ist, wird uns aber unter Umständen viel eher den Eindruck einer Schwarte vermitteln als der Sinneseindruck gedämpfter Schall. Aus diesen Gründen empfehlen die Kliniker ja immer wieder den Gebrauch der Finger bei der Beklopfung des Kranken, da der Untersuchende dadurch in den Stand gesetzt wird, seine akustischen Eindrücke durch die Tastempfindung zu kontrollieren. So ist auch der Tastsinn ein Sinnesorgan, welches der Arzt unermüdlich üben soll und das er zur Erreichung einer rascheren Diagnose auch durch eine entsprechende Pflege seiner Hände und durch Bewahrung vor Erfrierungen oder sonstigen gröberen Einflüssen viel mehr schützen sollte, als dies in der auf Sport eingestellten Zeit bei den jungen Ärzten der Fall zu sein pflegt.

Der Arzt und sein Geschmacksinn.

Der Geschmack ist wohl das Sinnesorgan, welches direkt die geringste Bedeutung für die Allgemeindiagnostik besitzt. Erfreulicherweise sind die Zeiten vorbei, in denen sich der Arzt durch Kosten des Harnes seines Patienten davon überzeugen mußte, ob es sich im vorliegenden Falle um einen Diabetes handelt. Andererseits ist gerade dies ein Beispiel, wie es durch die vollkommene Benützung eines Sinnesorganes gelingen kann, sofort zur entsprechenden Erkennung einer Krankheit zu gelangen. Trotzdem soll aber gerade der junge Mediziner über einen ausgebildeten Geschmacksinn verfügen, der ihn in den Stand setzt, seinen Kranken die entsprechende Kost richtig zusammenzustellen und im wahrsten Sinne des Wortes schmackhaft zu gestalten. Es ist ein unvergeßliches Erlebnis, wenn man sieht, wie bei der Besprechung der Diät durch die suggestive Kunst des Arztes nicht nur dem Kranken, sondern ihm selber das Wasser im Munde zusammenläuft.

In manchen Fällen ist es aber unbedingt notwendig, sich auch dieses Sinnesorganes zu bedienen, wenn es gilt, sich rasch bei Bewußtlosen darüber Klarheit zu verschaffen, ob im gegebenen Falle nicht eine Vergiftung vorliegen könne. Gerade solche Ereignisse sind es aber, die uns in eindringlicher Weise immer wieder vor Augen halten, daß nur derjenige richtig die Heilkunde auszuüben imstande ist, der Herr über seine sämtlichen Sinnesorgane ist und damit für sich den Anspruch auf einen vollwertigen Menschen mit Recht erheben kann.

II. Das Krankenzimmer.

Wohl jeder Arzt wird in seinen Lernjahren einmal mit aller Deutlichkeit den Unterschied zwischen Klinik und Heim empfunden haben. Wie ganz anders bietet sich der Patient in seiner gewohnten Umgebung und in seinen zivilen Kleidungen dar, als in der Kaserne einer großen Krankenanstalt und in der Spitalskleidung. Als überzeugtem Kliniker wird mir wohl daraus nicht der Vorwurf erwachsen, daß ich durch diese Gegenüberstellung den Wert einer Krankenanstalt in irgendeiner Weise herabsetzen wollte. Aber schließlich kann ich mich auch heute noch nicht des Empfindens erwehren, daß durch die Änderung des ganzen Äußeren manche wertvolle Anregungen zur Diagnose verlorengehen. Aus diesem Grunde habe ich mich entschlossen, auch kurz einige Gedankengänge über „Das Krankenzimmer“ zu entwickeln, wobei ich darunter die ganze Häuslichkeit des Patienten, einschließlich seiner Mitbewohner verstehen möchte.

In zahlreichen Gesprächen mit erfahrenen praktischen Ärzten möchte ich eine Schilderung voranstellen, die mir mein alter Freund, Medizinalrat Dr. Stromayr, anlässlich einer solchen Unterredung gegeben hat. Er wird in den Vormittagstunden dringend zu einem Knaben gerufen, der seit zwei Stunden bewußtlos zu Hause darniederliege, obwohl er unmittelbar vorher fröhlich am Spiele seiner Kameraden teilgenommen habe. In der Wohnungstüre wird er von einem aufgeregten Elternpaar empfangen, das sich durch seine besondere Körperfülle auszeichnet und bei welchem der Vater außerdem einen typisch apoplektischen Habitus aufweist. Die Türe des Krankenzimmers öffnet sich, und aus ihm schlägt ihm eine Duftwelle

entgegen, die irgendwie an die Geruchswahrnehmung erinnert, die man empfängt, wenn man an einem Obstande vorübergeht. Im Bette liegt ein kräftiger Knabe mit hochgerötetem Gesicht, schnarchender Atmung, und unter dem Bette steht ein vollgefülltes Nachtgeschirr. Wohl jeder Leser wird aus dieser Schilderung sehr leicht die richtige Diagnose eines Koma diabeticum ableiten. Es soll diese Wiedergabe aber nicht im Sinne einer Prüfungsfrage gewertet werden, sondern sie soll nur zeigen, wie die Vereinigung: fettleibiges Elternpaar, Azetongeruch und vollgefülltes Nachtgeschirr diagnostische Möglichkeiten ergeben haben, die sogar bei der Einlieferung dieses kleinen Patienten auf der Klinik durch den Wegfall der geschilderten Sinnesindrücke zur anfänglichen Ablehnung der Einweisungsdiagnose geführt haben. Es muß dabei ohne weiteres zugegeben werden, daß anderseits die häusliche Umgebung vieles oft durch die sorgende Hand seiner Familienmitglieder wegwischt, was für die Diagnose wertvoll wäre, und unter Umständen auch manchmal direkt störend wirken kann. Trotz alledem bleibt die Tatsache zu Recht bestehen, daß das Krankenzimmer Wertvolles zur Blickdiagnose bringen kann.

Schon die ganzen Verhältnisse, in denen uns der Kranke empfängt, lassen oft weitgehende Schlüsse auf die Art und vielleicht auch auf den zukünftigen Behandlungsplan zu. Was sagt nicht alles eine ärmliche Umgebung, eine lichtlose, feuchte, kalte Wohnung. Schon allein diese Erkenntnisse werden ein gewichtiges Wort zu reden haben bei der Annahme einer Tuberkulose, eines Rheumatismus, einer Unterernährung und vieler anderer Erkrankungen mehr. Unordnung im Krankenzimmer, ein schlecht gerichtetes Krankenbett, werden wohl zwangsläufig dazu Veranlassung geben, auf eine schlechte Pflege und Beobachtung des Kranken zu schließen. Lieblosigkeit im Krankenzimmer wird im vorhinein den Arzt dazu veranlassen, Angaben der Umgebung mit größter Zurückhaltung aufzunehmen.

Im Abschnitte, der von der Wichtigkeit des Geruchsinnens handelt, habe ich schon darauf verwiesen, welcher großen Wert zur Aufklärung vieler Erkrankungen Kenntnisse besitzen, die man nur dann gewinnen kann, wenn man den Kranken in seinem Heime oder in seiner Arbeitsstätte aufsucht. Es klingt überaus einfach, wenn man den Kranken nach Besichtigung seiner Wohnung auffordert, seinen Schreibtisch aus dem Zug zu stellen, und der Kranke dadurch ohne alle anderen Hilfsmittel von seinen schon jahrelang bestehenden Neuralgien befreit ist. Manche Fälle von Asthma werden nur dann zum Schwinden gebracht werden, wenn man sich durch persönlichen Augenschein von dem Vorhandensein asthmaauslösender Ursachen, wie Blumen, Haustieren usw. überzeugt. Gerade in jüngster Zeit konnten wir an der Klinik Eppinger eine Reihe von unklaren fieberhaften Erkrankungen beobachten, die anfänglich große Schwierigkeiten in der Diagnose machten. Das Betreten des Krankenzimmers und das Sehen des Vogelbauers mit einem anscheinend nicht recht gesunden Kanarienvogel klärte schlagartig die Erkrankung als Psitakosis auf.

Eindrucksvoll wird mir immer die Erzählung eines alten Landarztes bleiben, in dessen Dorfe eine hinsichtlich ihrer Ursache nicht zu klärende Typhusepidemie wütete. Bei einem Besuche in dem Hause, von dem der erste Krankheitsfall ausgegangen war, kommt dem Arzte blitzartig die Erkenntnis, daß eigentlich die Senkgrube, obwohl weit entfernt vom Hausbrunnen, oberhalb desselben gelegen war. Diese Blickdiagnose und der weitere zwangsläufige Weg waren die Ursache, daß von nun an das Dorf vom Typhus verschont blieb. Immer soll man es sich zur zweiten Gewohnheit machen, sich wenigstens vom Patienten seine Wohn- und Arbeitsstätten in großen Zügen schildern zu lassen, man wird daraus in vielen Fällen wichtige Schlüsse ziehen können.

Es würde viel zu weit führen, diesen interessanten Fragestellungen näher nachzugehen. Man soll sich nur davor hüten, in falscher Einstellung das zu mißachten, was einem oft der

Volksmund auf dem Lande sagen kann. Ich kenne alte erfahrene Ärzte, die in ihrem Bereiche Häuser kennen, in denen manche Erkrankungen endemisch sind. Ich sehe ganz ab von dem oben angeführten Beispiele einer Wasserinfektion, aber es gibt Wohnstätten, in denen Lungenentzündungen, Anginen, Rheumatismen zu Hause sind, während sie in anderen zu den Seltenheiten gehören. Ich will hier nicht auf die diagnostische Wertigkeit von Kropf- oder Krebshäusern eingehen. Ich glaube aber andererseits, daß es sicherlich der Hausarzt eines Dorfes leichter hat, zu diagnostizieren, als der mit der ganzen Umgebung nicht verwachsene Fremdling. Es kann kein Zweifel sein, daß irgendwelche Umstände in manchen Behausungen das ständige Weiterwachsen pathogener Bakterien ermöglichen. Nur so ist es zu erklären, wenn z. B. von Hoehenegg selbst auf einer modernen Klinik durch Jahrzehnte lang die Erfahrung machte, daß trotz unzähliger Reinigungsmaßnahmen manche Säle im alten Krankenhaus direkt als Erysipelsäle bezeichnet wurden. Ich selbst kenne eine Klinik, wo man schon auf dem Wege zu einem bestimmten Krankensaale bei fieberhaften Erkrankungen mit größter Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer Angina stellen kann. Ich wäre in keinerlei Weise einverstanden, wenn man aus diesen Worten einen Hang zur Mystik und eine Abkehr von der exakten klinischen Wissenschaft sehen würde. Die Beachtung des Volksmundes führt aber, verbunden mit einer ernsten wissenschaftlichen Untersuchung, oft zur Aufklärung und damit zur Bekämpfung mancher anscheinend an die Örtlichkeiten gebundenen Infektionen. So zeigte z. B. ein geschichtlicher Rückblick auf die Räumlichkeiten der oben angeführten Kliniken, daß in ihnen vor Jahrzehnten die armen, an Wochenbettfieber leidenden Frauen gelegen waren.

So sollen alle diese Gedankengänge nur dazu Veranlassung geben, sich bewußt dieser Tatsachen zur Diagnose zu bedienen, die unbewußt sicherlich die meisten Ärzte in Rechnung stellen. Das gleiche, was wir hier eben von dem Wohn-

orte unserer Kranken geschrieben haben, gilt auch von seiner Kleidung. Wie ganz anders wirkt ein Hungerödem auf den Arzt, wenn er den Patienten in seiner zerlumpten Kleidung vor sich hat. Jeder Kliniker wird mir ohne weiteres zugeben, daß diese Diagnose beim angezogenen Patienten auf keine Schwierigkeiten stößt, während sie im Krankensaale oft erst auf großen Umwegen erreicht wird. Es ist ohne Zweifel, daß auch bei begüterten Patienten die Art seiner Kleidung weitgehende Rückschlüsse auf die Art seiner Erkrankung ziehen läßt. Immer wieder wird es auffallen, daß der Begriff eines Schwerverkranken eigentlich nicht zu trennen ist von einer guten, aber immerhin vernachlässigten Kleidung. Es ist dies begreiflich, wenn man bedenkt, daß durch die Erkrankung der Mensch viel mehr auf das Innere als auf das Äußere hingelenkt wird. Es ist dabei selbstverständlich, daß unter Umständen auch das Gegenteil eintreten kann. So legen z. B. mißgestaltete Patienten besonderen Wert auf ihr Äußeres, und oft zeigt uns eine besondere Pflege der Kleidung an, daß wir es hier mit dem Bestreben zu tun haben, innere Mängel durch äußere Vorzüge zu verheimlichen. Es ist hier nicht der Ort, darauf einzugehen, daß sehr häufig Spuren an der äußeren Kleidung mit einem Blick die Sachlage klären können. Hier beginnt ja das Gebiet des Gerichtsmediziners, dessen Spürsinn oft an der Kleidung mehr Kenntnisse schöpfen kann als am ausgezogenen Patienten. Nie lasse ich bei der Einlieferung einer schweren Hämoptoe die Gelegenheit vorübergehen, die jungen Ärzte an den im Anfange erschreckenden Anblick zu gewöhnen, den eine blutbefleckte Kleidung auf jeden Menschen ausübt. Das Gegenteil, nämlich die Ablenkung von der Diagnostik durch eine solche Verunstaltung des Äußeren, wird wohl jeder in seinen Jugendjahren an sich selber erlebt haben, wenn an den chirurgischen Abteilungen Straßenumfälle eingeliefert wurden. Herr der Situation ist der junge Arzt erst dann, wenn der Patient entkleidet auf dem Operationstische liegt. Es ist kein Zweifel, daß mit der Kleidung ein Teil des Begriffes der Persönlichkeit wegfällt.

Die Kleidung gibt uns bei ihrem Vorhandensein eine Reihe wertvoller diagnostischer Anhaltspunkte, ermöglicht bei ihrem Wegfall aber unter Umständen ein viel objektiveres Handeln.

Schon in dem erstangeführten Beispiele haben wir zu zeigen versucht, wie wertvoll auch die Bekanntschaft mit der näheren Umgebung des Patienten sein kann. Handelt es sich um seine Eltern oder um seine Geschwister, so haben wir in ihnen eine lebendige Ahnentafel vor uns, die dem, der darin zu lesen versteht, wertvolle Rückschlüsse auf die Krankheit unseres Patienten zu geben imstande ist. Der ärztliche Blick, der nicht nur den Patienten, sondern auch seine Umgebung erfaßt, erspart manche, unter Umständen unangenehme Fragestellung. Die Konstitution des Elternpaares oder der anwesenden Geschwister gibt recht wertvolle Hinweise nicht nur in bezug auf die Diagnose, sondern auch auf die Prognose. Nicht zu missen sind diese Kenntnisse bei akuten oder chronischen Infektionskrankheiten. Eine schlecht aussehende Mutter mit halonierten Augen und ständigem, trockenem Husteln wird wohl mit Recht bei unklarem fieberhaften Zustand auch beim Kinde die Diagnose einer Tuberkulose nahelegen. Ebenso wertvoll können Krankheitszeichen sein, die die Lues am Menschen erzeugt. Eindrucksvoll ist mir in dieser Beziehung ein Fall, bei dem die angebliche traumatische Sattelnase des Vaters schlagartig die Situation seines kranken Kindes klärte. Nicht zu missen werden für den Hausarzt vorhergegangene akute Infektionskrankheiten sein. Wer die Schwierigkeit dieser Differentialdiagnose kennt, der wird als Arzt dankbar sein, wenn er z. B. durch die schuppige Haut eines angeblich gesunden Kindes mit Sicherheit das unklare Exanthem seines Bruders diagnostizieren kann. Ein anderes Beispiel, das recht eindrucksvoll ist, pflegt Eppinger in seinen Vorlesungen zu erzählen. Um den Infektionsweg der Tuberkulose aufzuzeigen, entwirft er das Bild eines kachektischen Greises, der auf seinem Schoße sein Enkelkind hält, dem er die womöglich noch vorge-

kostete Speise liebevoll in den Mund schiebt. Mit Recht spricht Eppinger in diesem Falle von einer „Großvater-tuberkulose“. Auch nicht nur die Blutsverwandten, sondern auch die übrigen Mitbewohner sollen dem Blickkreis des behandelnden Arztes nicht entzogen werden. So ist das Gegenstück gegen die oben geschilderte Ansteckungsmöglichkeit für eine Tuberkulose, besonders in Wien, die Dienstmädchentuberkulose. Bei uns kommen kräftige, nicht durchseuchte Mädchen vom Lande in die Stadt und akquirieren hier ihre Tuberkulose. Nicht allzuselten hat man nun leider Gelegenheit zu sehen, wie die frische Infektion in einer städtischen Familie sich unheilvoll auswirken kann. Wie richtig diese Überlegungen sind, das zeigt mir ein Ausspruch eines alten erfahrenen Praktikers, der sich, um seine Worte zu gebrauchen, schon beim Öffnen der Wohnungstüre sozusagen in den Dienst stellt und schon beim Ablegen des Mantels das Dienstmädchen unter die ärztliche Lupe nimmt. Durch Beobachtung der menschlichen und tierischen Umwelt des Patienten bereitet sich bei vielen Ärzten, vielleicht unbewußt, all das vor, was letzten Endes zur richtigen Diagnose führt.

III. Der Kranke.

Der Kranke und sein Gemüt.

Die seelische Verfassung, in der sich ein Patient befindet, ist wohl ein wichtiges Glied in einer langen Kette, welches der Arzt, ohne daran zu denken, in seine Diagnosestellung hineinnimmt. Spiegeln sich doch seelische Vorgänge unbewußt in einer Unzahl von Einzelheiten ab, die wir ebenso unbewußt mit unserem Ohre oder Auge in uns aufnehmen. Sie beeinflussen zwangsläufig unsere ganze Einstellung zu dem vorliegenden Krankheitsbilde. Je mehr sich ein Arzt mit seinem Patienten beschäftigt, desto mehr wird er diese Eindrücke auf sich wirken lassen und Veränderungen erkennen.

Wie hoch alte klinische Ärzte von großer Erfahrung Gemütsveränderungen eingeschätzt haben, geht aus einem Beispiele hervor, welches von Hochenegg bei der Besprechung der Krebsfragen immer wieder erzählte. In plastischer Weise schilderte er einen Mann der Wiener Gesellschaft, der immer wieder dann mit einem Rezidiv seines Karzinoms zu Hochenegg kam, wenn er aus äußeren oder inneren Ursachen an einer schwereren Depression litt. Vielleicht darf ich zu diesen Fragen eine ebenso instruktive Tatsache bringen. In meiner Studentenzeit hatte ich Gelegenheit, eine Unzahl von Mensuren ärztlich zu beendigen. Wer weiß, wie es mit der Asepsis hierbei bestellt ist, der wird die eigentlich seltenen Eiterungen nur dann verstehen, wenn er bedenkt, daß es sich meist um kräftige junge Menschen handelt. Kommen aber Eiterungen vor, dann treffen sie in den meisten Fällen den Unterlegenen, der, in seinem Mannesstolze verletzt, vielleicht weniger Abwehrkräfte gegen die Unreinlichkeiten

des Mensurbodens aufzubringen vermag als der Sieger. Ich habe über diese Fragen mit vielen alten praktischen Ärzten gesprochen und habe bei jedem von ihnen eine Bestätigung der eben angeführten Zusammenhänge gefunden. Nichts ist so wichtig wie ein sorgenfreies Gemüt, und die erste Sorge des Arztes muß es sein, diese Stimmung herbeizuführen.

Nun sind manche sofort bemerkbare Stimmungslagen ganz charakteristisch für manche Erkrankungen. Ich erinnere an die Angst, welche das Äußere eines schwer Herzkranken beherrscht, an die Fahrigkeit eines beginnenden Delirium tremens. Es zeigt der Hyperthyreoidismus fast immer manische Züge und läßt durch seinen Rededrang und seinen Tätigkeitstrieb den Arzt nicht zu Worte kommen. Besonders deutlich tritt dies in den ersten Tagen nach der Operation in Erscheinung, wo anscheinend durch die durch die Operation bedingte Ausschwemmung von Schilddrüsenstoffen diese Stimmungslage zu ungeahnten Höhen gebracht wird. Wer einmal einen Basedow sterben sah, dem wird dieses lichterlohe Verbrennen in seinen eigenen Lebensvorgängen unauslöschlich im Gedächtnisse festhaften. Wer eine Heilstätte besucht und da sich um den seelischen Zustand der schwer an Tuberkulose Erkrankten kümmert, dem wird oft als ein schmerzlicher Gegensatz die Heiterkeit des Gemütes gegenüber dem anatomischen Befunde auffallen. Diese Kranken ähneln den Fällen von multipler Sklerose, bei welchen schwerste nervöse Ausfallserscheinungen und ewig lächelndes Gesicht eigentlich zum typischen Bilde gehören. Im Gegensatze dazu zeigen, entsprechend der Volksmeinung, Leber- und Magenranke eine oft auffallend schlechte Stimmungslage, die durch eine besondere Gereiztheit übermalt ist. Oft ist dem Patienten die eigentliche Ursache keineswegs klar und erst die auf Drängen seiner leidenden Umgebung vorgenommene Untersuchung deckt die wahren Ursachen dieses Leidens auf. Wohl jeder wird an sich selbst schon die Tatsache festgestellt haben, welch schwerwiegende Veränderungen im Gemütszustande bei einem an sich harmlosen

Magenübel auftreten, und die Resorption toxischer Produkte durch die geschädigte Darmwand ist ja nur die wissenschaftliche Bestätigung einer schon von den ältesten Ärzten bekannten, und zur Diagnose benützten empirischen Tatsache. In diese Gruppe gehört ja auch das ganz typische Verhalten, welches Patienten zeigen, die an einer schweren Bauchfellentzündung leiden. Trotz ihrer Schmerzen, die eigentlich jede Bewegung hemmen sollten, sind sie nicht im Bette zu halten und versuchen, ihrem Bewegungstrieb wenigstens durch ziellose Handbewegungen oder durch einen Redeschwall nachzukommen.

Es ist selbstverständlich, daß Erkrankungen, die direkt am Gehirne und seinen Häuten angreifen, sich am ehesten in Änderungen der Stimmungslage äußern. Ihre Kenntnis ist aber auch für den internen Arzt von größter Wichtigkeit, weil diese Patienten meist in Unkenntnis der neurologischen Grundlagen ihres Leidens mit allen möglichen Klagen zum Arzte kommen. Hier eine richtige Trennung zwischen Wahr und Falsch vorzunehmen, gehört zu den schwersten und die größte Menschenkenntnis voraussetzenden Aufgaben des Arztes. Besonders eindrucksvoll erschien mir in diesem Zusammenhange eine Äußerung des Wiener Herzforschers Wenckebach. Dieser gab seinen Studenten die Faustregel bei Herzerkrankungen mit: Wenn ein Patient immer wieder über Herzbeschwerden klagt, dann kann man versichert sein, daß es sich um rein nervöse Störungen handelt, da der Herzranke fast nie über sein Herz, sondern über alle möglichen durch die Erkrankung ausgelösten, in andere Organe verlagerte Beschwerden klagt.

Es ist vielleicht hier am Platz, auch über den Begriff der Hysterie zu sprechen. Es gibt Ärzte, die stolz darauf sind, wenn es ihnen angeblich gelungen ist, einen solchen Hysterischen zu entlarven. Man gewinnt aber andererseits beim Studium alter und neuer Lehrbücher der Neurologie mit Bestimmtheit den Eindruck, daß das Kapitel der Hysterie einen immer kleineren Umfang annimmt und in den großen

Handbüchern der Neuzeit fast nicht mehr aufscheint. Es mag zugegeben werden, daß die heutige Zeit nicht mehr dazu angetan ist, bei unseren freien und sportgewohnten Frauen solche Bilder zu erzeugen, wie sie besonders von den ausgezeichneten französischen Autoren der alten Schule mit besonderer Liebe beschrieben wurden. Durch die verfeinerte Untersuchung unserer Zeit ist sicherlich der alten Blickdiagnose „Hysterie“ der Boden entzogen worden.

Zu diesen Fragestellungen könnte man noch eine unübersehbare Reihe von Gedankengängen entwickeln, doch würde dies in keinerlei Weise unserem Zwecke entsprechen. Wir wollten nur uns und unseren Lesern neuerlich vor Augen führen, wie auch die Erfassung des Seelenzustandes eines Menschen ausschlaggebend für die Erkennung und die Prognose manches Leidens sein kann. Wir glauben, daß diese Möglichkeit einer Einfühlung in das Seelenleben eines Kranken zum großen Teil das ausmacht, was wir Intuition am Krankenbette nennen und welche Eigenschaft wir nur unseren ganz großen Ärzten zusprechen, obwohl manchmal kleine, aber in ihrem Volke verwurzelte Landärzte in dieser Richtung Erstaunliches zu leisten vermögen.

Der Kranke und seine Lage.

Schon in manchen Abschnitten haben wir Gelegenheit gehabt, darauf hinzuweisen, welche Bedeutung für die rasche Erfassung eines Krankheitsbildes die Lage des Kranken besitzt. Da gerade hier oft ein Blick den richtigen Weg aufzeigen kann, erscheint es uns angezeigt, in einem eigenen Abschnitte etwas näher auf ihre Bedeutung einzugehen.

Stellt man die Lage des Kranken im Bette hinsichtlich der Diagnose in Rechnung, so darf man einen Umstand nicht vergessen, der auch für die Allgemeinbeurteilung des Patienten von größter Wichtigkeit ist. Fast jeder Kranke ist teils aus gesellschaftlichen Rücksichten, teils unter dem Zwange seiner Vitalität unbewußt bestrebt, den Arzt über

die Schwere seines Leidens hinwegzutäuschen. Dazu kommt noch, daß auch heute noch in vielen Familien der Besuch des Arztes als ein einschneidendes Ereignis gewertet wird und damit auch meistens die Situation eine wesentliche Veränderung erfährt. Immer ist der Kranke und seine Umgebung bestrebt, durch neue Lagerung und Richten der Liegestatt einen würdigen Empfang vorzubereiten. Dieses Bestreben ist es, welches die Wertigkeit, die sonst die Lage eines Kranken für die Diagnostik besitzt, wesentlich einschränkt. Da es sich aber in den meisten Fällen hierbei um eine willkürliche Beeinflussung handelt, nimmt der Kranke sehr bald bei Nachlassen seiner Spannkräfte seine durch die Art der Krankheit bedingte Lage ein und ermöglicht so doch dem Arzt, wenigstens später, seine Eindrücke zu sammeln.

Allgemein bekannt ist die Tatsache, daß Herzkranke am liebsten mit hochaufgerichtetem Oberkörper im Bette liegen oder den dadurch hervorgerufenen Zwerchfelltiefstand überhaupt durch ein Sitzen im Bette mit herunterhängenden Beinen herbeizuführen trachten. Nicht allzu selten empfangen also schwer herzkrankte Patienten den Arzt gar nicht im Bette, sondern im Lehnstuhl, der ihnen auch in der Nacht das Bett ersetzt. Es würde zu weit führen, auf die diagnostischen Bedeutungen dieses Verhaltens im einzelnen einzugehen. Es sei hier nur daran erinnert, daß Kranke mit Mitralstenose und Plusdekompensationen vornehmlich diese Lagerung bevorzugen. Während es bei der ersten Krankheitsgruppe eine Verschlimmerung bedeutet, wenn wir den Kranken bei einem unserer nächsten Besuche flach im Bette liegend vorfinden, so bedeutet dies im anderen Falle ein Ansprechen auf unsere Therapie. Im ersten Falle hat sich gleichsam als Ventil die Schlußunfähigkeit der dreizipfeligen Klappe hinzugesellt, während im zweiten die Besserung der Herzkraft es jetzt nicht mehr nötig macht, die zirkulierende Blutmenge zu verkleinern.

Im Gegensatz dazu bevorzugen Kranke, die eine Kollapsneigung aufweisen, eine flache Lagerung, um auf diese Weise

die Blutversorgung der lebenswichtigen Zentren im Gehirne zu gewährleisten. Dieser Unterschied in der von dem Patienten instinktmäßig gewählten Lage beleuchtet so schlagartig die Probleme der zentralen und peripheren Kreislaufschwäche und gibt damit dem Arzte augenblicklich ein Bild über die Art der Krankheit und damit auch über den einzuschlagenden therapeutischen Weg.

Wichtig ist dabei die Unterscheidung, ob die Lage von dem Patienten aktiv oder passiv eingenommen wird, weil ja nur dadurch die Ursprünglichkeit und damit die Bedeutung für unser ärztliches Überlegen gegeben ist. Schwerkranke, die eigentlich instinktgemäß eine aufrechte Körperhaltung bevorzugen würden, können diese wegen der muskulären Schwäche nicht mehr ständig einhalten, werden sich aber im Laufe der Untersuchung immer wieder, wenn auch vielfach vergeblich, bemühen, die ihnen genehme Lage einzunehmen.

Ähnlich wie die Herzkranken bevorzugen auch die Patienten mit akuten Einschränkungen der Atmungsfläche eine aufrechte Körperhaltung und lassen diese erst dann auf, wenn sie wegen zunehmender peripherer Gefäßlähmung eine solche Haltung nicht mehr einnehmen können. Mit anderen Worten bedeutet also z. B. bei Pneumonien der Wunsch nach einer horizontalen Lage das Eintreten einer Kreislaufschwäche. Ebenso finden wir unsere schweren Phthisiker meist waagrecht gelagert, da auch hier die für die Atmung günstigere aufrechte Körperhaltung zugunsten der die Gefäßversorgung des Gehirnes besser gewährleistenden horizontalen Lage aufgegeben wird.

Im allgemeinen müssen wir uns aber vor Augen halten, daß eine aufrechte Körperhaltung uns immer anzeigen muß, daß der Patient, so wie er durch diese Lage mit dem Kopfe besser den Raum beherrscht, auch noch zumindestens bestrebt ist, über der Krankheit zu stehen. Im Gegensatz hierzu spricht die horizontale Lage mehr im Sinne eines Aufgebens des Kampfes gegen die Krankheit, also eines körperlichen und seelischen Versagens der Abwehrkräfte des Körpers.

Nicht besser kann diese Situation beleuchtet werden, wenn man von diesem Gesichtspunkte aus das Bestreben seiner Umgebung betrachtet, dem Kranken durch fremde Kraft die aufrechte Haltung des Oberkörpers wiederzugeben.

Dem Kenner wird es auch nicht schwerfallen, die waagrechte Lage eines Schwerkranken von der gleichen auseinanderzuhalten, die in mehr oder minder großem Umfange durch neurotischen Einschlag bedingt ist. In dem einen Falle wird der Kopf kraftlos das Kissen eindrücken, während im anderen Falle man sich des Eindruckes nicht erwehren kann, daß der Polster eigentlich nur einen selbstgewählten Rahmen für den Kopf darstellt, der bei Ablenkung der Aufmerksamkeit auch ohne weiteres und kräftig gesprengt wird. Während beim Schwerkranken der Kopf das Kissen nur so weit eindrückt, als es die Schwere des Kopfes bedingt, wird die Kopfhaltung eines Meningitiskranken eine viel aktivere Pose annehmen. Dadurch, daß der Kranke ängstlich bemüht ist, jede Lageänderung seines Schädels zu vermeiden, preßt er diesen aktiv gegen seine Unterlage an und versinkt manchmal direkt in einem weichen Polster. Sehr häufig bevorzugen aber solche Kranke die Seitenlage. Sie gewährt dem Kopfe eine bessere Unterlage und erreicht bei diesen meist für Geräusche sehr empfindlichen Kranken wenigstens den Verschuß eines Gehörganges, während der des anderen unter Umständen durch Umschlagen des Polsters erreicht zu werden versucht wird. Dazu kommt noch, daß in der Seitenlage das Anziehen der Knie an den Bauch bei diesen Kranken viel leichter und mit weniger Muskelanstrengung erreicht werden kann als bei der Rückenlage.

Bekanntlich bietet auch die Frage nach der Seite, auf welcher der Kranke liegt, eine Reihe von diagnostischen Möglichkeiten. So liegen Pneumonien fast immer auf der gesunden Seite, weil die bettwärts gelegenen Lungenanteile immer eine stärkere Beanspruchung aufweisen und daher diese Lage von den Patienten als die erträglichere angesehen wird. Aus den gleichen Gründen liegt auch die beginnende

Rippenfellentzündung so, daß ihre gesunde Seite der Unterlage aufliegt, da die stärkere Beanspruchung dieser auch mit stärkeren Atembewegungen und daher mit stärkeren Schmerzen verbunden ist. Erst dann, wenn sich ein Erguß dazugesellt, dreht sich der Kranke um, um auf diese Weise dem Drucke des Ergusses auf das Mediastinum auszuweichen. Eine gleiche Bevorzugung der Seite findet sich auch bei Herzkranken, die meistens die Rechtslage bevorzugen. Eine besondere Betonung dieses Umstandes ist aber eher ein Grund dafür, die Klagen des Kranken nicht allzu ernst zu nehmen, da meist bei nervösen Herzen die Linkslage als quälend empfunden wird.

Sehr häufig wird man schon beim Eintreten den Eindruck gewinnen, daß der Patient ängstlich bemüht ist, jede Änderung seiner Körperlage zu vermeiden. Bevorzugt er dabei in allen Gelenken eine Mittelstellung, liegt er also mit leicht gebeugtem Kopfe, gebeugten Ellenbogen und Kniegelenken, so wird unschwer auf eine Erkrankung der Gelenke geschlossen werden können. In typischer Weise findet sich diese Lagerung beim Gelenkrheumatismus, während bei einer Polyneuritis der Kranke zwar ebenfalls bemüht ist, seine Körperlage nicht zu verändern, aber die Mittelstellung der Gelenke zumindestens nicht in diesem Maße eingehalten wird. Ein ähnliches Verhalten zeigt uns auch die allgemeine Bauchfellentzündung. Hier wird sich aber bald herausstellen, daß das Bestreben der Ruhigstellung sich vornehmlich auf die unteren Anteile des Rumpfes beschränkt, während der Kopf und insbesondere die Hände beim Gespräche mitgehen. Ohne Zweifel wird es für den Kenner auf den ersten Blick möglich sein, von dieser Stellung die starre Lage vieler Gehirnkranker zu trennen, die einerseits unter dem Zwange der Psychose eingenommen wird oder andererseits, wie beim Parkinsonismus, durch die Erkrankung der vegetativen Zentren bedingt ist.

Sehr oft sind es aber nicht der Schmerz oder die Angst vor den Schmerzen, die durch die Bewegung ausgelöst werden

könnten, die die Kranken veranlaßt, die unbewegliche Körperhaltung einzunehmen, sondern die Angst vor kommenden Ereignissen. Diese vegetative Angst ist es, welche den Kranken, der einmal eine nicht zum Tode führende Pulmonal-embolie mitgemacht hat, zwingt, jede Bewegung zu vermeiden. Dieselbe Angst gibt den Kranken mit einem akuten Koronarverschluß das charakteristische starre Aussehen. In beiden Fällen kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, daß der Kranke instinktgemäß jede Änderung seiner Körperlage als eine schwere Bedrohung seines Lebens auffaßt oder, mit anderen Worten, dadurch das Wiederauftreten einer Embolie vermeiden will, oder auch ein vollkommenes Versagen seines Herzens durch die geringste Überanstrengung hintanzuhalten trachtet.

Auch in den Grenzgebieten der Chirurgie und internen Medizin kann uns in vielen Fällen die Lage, in der wir den Kranken antreffen, einen wichtigen diagnostischen Hinweis geben. Hier in den akuten Fällen ist es wieder meist der Schmerz, welcher diktatorisch die Lage des Kranken bedingt. Nach vorne gebeugter Oberkörper mit der Hand am rechten Rippenbogen wird wohl auf den ersten Blick die Annahme einer Gallensteinkolik zulassen. Durchgebogener Körper, die Hände in der entsprechenden Flanke, bietet das Bild einer Nierenkolik. Horizontale Lage bei großen Schmerzen und ängstliche Verhinderung jeder Bewegung des Bauches wird wohl unschwer den Verdacht auf eine, durch eine Perforation bedingte beginnende Peritonitis hinlenken. Ist der Schmerz so groß, daß er rücksichtslos immer wieder zu Veränderungen der Lage führt, so wird er in vielen Fällen daran denken lassen, daß wir es hier mit einer akuten Pankreatitis zu tun haben. Jeder erfahrene Chirurg wird bestätigen, daß die Differentialdiagnose einer Gallensteinkolik und der einen sofortigen chirurgischen Eingriff erfordernden Pankreasnekrose eine überaus schwierige ist. Immer wieder hat uns die schmerzvolle Unruhe des Kranken, der in keinerlei Weise auf seinen Bauch Rücksicht nimmt, dazu veranlaßt, eine so-

fortige Operation zu befürworten. Anhangsweise sei hier daran erinnert, daß eine solche Unruhe, die nicht durch Schmerzen bedingt ist, auch bei Kranken mit schweren Insuffizienzerscheinungen von seiten der Leber oder bei fortgeschrittenen Bauchfellentzündungen zu beobachten ist. Sie stehen aber in krassem Gegensatze zu den oben beschriebenen Bildern. In dem einen Falle handelt es sich um ein aus voller Gesundheit erkranktes, meist sehr muskelkräftiges Individuum, das seinen Bewegungsimpulsen freien Lauf läßt, während es sich im anderen Falle meist nur um Versuche handelt, die immer wieder wegen der vorhandenen Muskelschwäche aufgegeben werden.

So spricht auch die Lage eines Kranken eine Sprache, die unter Umständen viel eindringlicher von den Beschwerden des Kranken erzählt, als es je seine Zunge wiedergeben kann.

Der Kranke und sein Geschlecht.

Bekanntlich sind eine Reihe von Erkrankungen an das eine oder das andere Geschlecht gebunden, so daß diese Tatsache unter Umständen augenblicklich gegen oder für eine Diagnose sprechen kann. Diese Unterschiede sind sicherlich auch schon für den Kinderarzt bei seinen Überlegungen wichtig, spielen aber bei der Untersuchung voll ausgereifter Menschen eine noch bedeutendere Rolle. Dazu kommt noch, daß, wenigstens in unseren Ländern, die Verschiedenheiten des Geschlechtes auch eine verschiedene Lebensführung bedingen und dadurch ein gegensätzliches Verhalten der beiden Geschlechter noch deutlicher in Erscheinung tritt.

Besonders schwer fällt das Geschlecht bei akuten Erkrankungen des Bauches in die Waagschale. Wir wollen hier ganz davon absehen, wie schwierig im Augenblicke die Differentialdiagnose eines Schmerzes im rechten Unterbauche wird, wenn wir dieses Symptom an einer Frau feststellen können. Ganz abgesehen von den Veränderungen, die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane direkt oder

indirekt hervorrufen können, gibt die Frage des Geschlechtes noch in vielen anderen abdominellen Erkrankungen Aufklärung. Ohne Zweifel überwiegen Erkrankungen der Gallenblase bei weitem bei den Frauen, und wir werden bei unklaren Symptomen in dem Wetterwinkel des rechten Oberbauches bei der Frau uns primär mehr für eine Erkrankung der Gallenblase, beim Manne für eine Erkrankung des Zwölffingerdarmes entschließen. Dazu kommt noch die Tatsache, daß Frauen mit Kindern viel häufiger an einem Gallensteinleiden erkranken als solche ohne Kinder. Es kann so die Tatsache: weibliche Kranke, Bauchdeckenspannung im rechten Oberbauch mit ausgebildeten Schwangerschaftsnarben zu dem klassischen Bilde einer Blickdiagnose einer Steinerkrankung der Gallenblase führen. Das gleiche Bild beim Manne, an dessen Fingern man außerdem vielleicht Spuren eines schweren Nikotinabusus sehen kann, wird wohl viel eher unsere diagnostischen Überlegungen auf ein *Ulcus duodeni* hinlenken.

Aber nicht nur bei diagnostischen Erwägungen über Baucherkrankungen spielt das Geschlecht eine Rolle, sondern, wie wir noch ausführlicher im Abschnitt über das Alter ausführen werden, vielleicht noch viel mehr bei Gefäß-erkrankungen. Klagen über drückende Schmerzen unter dem Brustbeine werden bei einer Frau insbesondere in den Zeiten der hormonalen Umstellung hinsichtlich ihrer Bedeutung ganz anders einzuschätzen sein als beim Manne. Neben dem endokrin bedingten Geschlechtsunterschied spielen hier auch Unterschiede in den Lebensgewohnheiten und der Expositionsgefahr für manche Infektionskrankheiten eine große Rolle. Die Tatsache, daß der Mann in den meisten Fällen in der heutigen Zeit einen schweren Lebenskampf zu führen hat und diesen sehr häufig durch einen übermäßigen Nikotingenuß zu erleichtern trachtet, trägt sicherlich zu dem Ansteigen der Gefäßerkrankungen bei, die wir jetzt in den Ambulanzen und Stationen der inneren Klinik immer wieder zu beobachten Gelegenheit haben.

Diese geschlechtsgebundenen, aber durch die veränderte

Lebensweise gegebenen Unterschiede spielen auch bei vielen anderen Erkrankungen eine große Rolle. Man mag über den Zusammenhang von Cirrhosen und Alkoholgenuß denken, wie man will. Das eine ist doch, zumindestens nach unseren Wiener Erfahrungen, sicher, daß das männliche Geschlecht viel häufiger an einer Lebercirrhose erkrankt als das weibliche. Die Tatsache des Geschlechtes wird also bei unklaren Beschwerden, wie Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Gewichtsabnahme, vorübergehendes Gelbwerden der Augen beim Manne, sofort unsere diagnostischen Überlegungen in die eben besprochenen Bahnen leiten. Ganz im Gegensatze dazu werden die Frauen wieder mehr von chronischen Darmleiden, insbesondere von Stuhlunregelmäßigkeiten, geplagt, und auch hier wird der Geschlechtsunterschied uns bei der Frau mehr an eine chronische Obstipation, beim Manne mehr an eine bösartige, zur Stuhlverstopfung führende Krankheit denken lassen. Obstipierte Männer stellen meist eine besondere Konstitutionsform dar, die in ihrem Gehaben und in vielen Fällen auch in ihrer Kleidung an das weibliche Geschlecht erinnern.

Die angeführten Beispiele sind nicht willkürlich aus einer Unzahl noch zu erwähnender herausgegriffen, sondern stellen diagnostische Möglichkeiten dar, die sich im täglichen ärztlichen Leben immer wieder ergeben. Sie sollen zeigen, wie wertvolle Dienste unter Umständen die Einbeziehung des Geschlechtsunterschiedes in die zur Diagnosestellung nötigen Überlegungen leisten können.

Darüber hinaus dürfen wir aber nicht vergessen, daß neben den körperlichen Unterschieden auch die psychischen Verschiedenheiten mit ihrer anderen Einstellung gegen die Umwelt und in unserem Falle gegen den Arzt, eine große Bedeutung besitzen können. So beherrscht Freude und Leid die Frau viel mehr als den Mann, und die Gemütslage kann unter Umständen Bilder vortäuschen, die nur mit Berücksichtigung des körperlichen Befundes dem Arzt oft als ein Täuschungsversuch erscheinen.

Eine besondere Stellung in der Diagnostik unklarer febriler Erkrankungen nimmt die geschlechtsgebundene Phase des Beginnes der Menstruation ein. Immer wieder kann man sich davon überzeugen, daß Infektionskrankheiten bei Frauen mit dem Beginne der monatlichen Blutungen zusammenfallen und durch das Vorhandensein des letztgenannten Ereignisses die infektiöse Art der Erkrankung sichergestellt erscheint. Von den früheren Ärzten wurde im übrigen viel mehr als heute auf die größere Anfälligkeit der Frauen in diesem Zeitabschnitte Gewicht gelegt. Mit den bei der Menstruation sich abspielenden biologischen Vorgängen scheint auch die Tatsache zusammenzuhängen, daß Frauen mehr zu Herpesbläschen neigen als die Männer. Diese Neigung verringert den diagnostischen Wert eines Herpes bei verschiedenen Infektionskrankheiten akuter Natur beim weiblichen Geschlechte und erhöht ihn beim männlichen.

Es würde den uns gesetzten Rahmen weit überschreiten, wollten wir im einzelnen auf diese wichtigen Fragestellungen eingehen, die unser ärztliches Denken beeinflussen, wenn wir einer Frau oder einem Manne gegenüberstehen. Hier zeigen sich auch überdies oft recht große Unterschiede zwischen den Erfahrungen eines einzelnen Arztes und denen großer Versicherungsgesellschaften. Des öfteren hatte ich Gelegenheit, mich davon zu überzeugen, daß rein statistisch wohl bei Erfassung großer Menschenmengen eine Anfälligkeit des einen oder des anderen Geschlechtes für eine bestimmte Erkrankung stimmen mag, daß aber andererseits örtliche Verhältnisse diese Erfahrungen auf den Kopf stellen können. Hier entscheidet sehr häufig das Wissen und die Erfahrung des mit den örtlichen Verhältnissen und seinen Lebensgewohnheiten vertrauten Arztes und weist uns manchmal mit unangenehmer Deutlichkeit darauf hin, wie besondere Verhältnisse altgewohnte Erfahrungen zu ändern vermögen.

Der Kranke und sein Alter.

Nicht das Alter soll in diesen Zeilen besprochen werden, das uns der Patient zahlenmäßig angibt, sondern der Eindruck, den der Patient hinsichtlich seines Alters auf uns macht. Nicht das soll wiedergegeben werden, was große Statistiken hinsichtlich des Verhältnisses einzelner Krankheiten zum Alter uns lehren, sondern das, was die allgemeine Erfahrung am Krankenbette immer wieder zeigt. Auch das Alter des Menschen kann eine beredte Sprache sprechen im Hinblick auf die Art und den Verlauf der Erkrankung. Schon im Laienmunde wird es immer als ein schlechtes Zeichen angesehen, wenn ein Mensch rasch altert, und nicht kennzeichnender kann die Bedeutung dieses Zustandes wiedergegeben werden, als wenn die Umgebung von einem Kranken sagt, daß er rasch zum alten Manne geworden ist.

Das Alter eines Menschen gibt uns so eine Reihe von diagnostischen Möglichkeiten und läßt uns insbesondere im negativen Sinne sofort und unbewußt eine Auslese unter den verschiedenen Möglichkeiten treffen. Exantheme im Kindesalter werden uns diagnostisch keine besonderen Mühen machen. Dagegen stellen uns die gleichen Erkrankungen im reifen Alter vor die größten Schwierigkeiten. Jugendliches Alter wird uns bei einem kachektischen Patienten eher an die Möglichkeiten einer chronisch verlaufenden Infektionskrankheit, wie der Tuberkulose, denken lassen, während höheres Alter und Auszehrung wohl zwangsläufig mit der Annahme eines malignen Tumors gekoppelt sind. Es ist selbstverständlich, daß sich jeder Arzt davor hüten wird, das Alter des Patienten diagnostisch hinsichtlich seiner Bedeutung zu überschätzen, trotzdem wird es uns, für den Anfang wenigstens, wertvolle Richtlinien geben.

Insbesondere bei der Frau, bei der ja die Vorgänge am Genitale einschneidende Zeitmarken abgeben, wird die Berücksichtigung auch des in Rede stehenden Umstandes uns vor Fehlgriffen bewahren. Denken wir nur an die Unzahl

von Beschwerden, die den Beginn des Eintretens der monatlichen Blutungen begleiten können und an die noch viel größeren, die die Diagnostik in den Wechseljahren unter Umständen zu den schwierigsten Problemen machen können. Ganz charakteristisch und vielleicht für unsere Überlegungen recht eindrucksvoll sind die Erfahrungen, die man an sich und seinen Kollegen in dieser Beziehung bei chirurgischen und internen Kliniken machen kann. Jeder junge, eifrige, auf seine Erfolge stolze Chirurg wird die Frauenstation der Männerabteilung vorziehen, weil und darauf sind wir ja bei der Besprechung des Geschlechtes schon eingegangen, die Frauen gegen chirurgische Eingriffe eine viel größere Widerstandskraft aufweisen als die Männer. Unangenehm wird hier eigentlich nur die Wartezeit empfunden, die unter Umständen das Eintreten der Menstruation vom Chirurgen verlangt. Ganz anders ist die Einstellung auf internen Kliniken. Nicht allzu selten habe ich von Kollegen, die lange Zeit ausschließlich bei Frauen tätig waren, den Wunsch gehört, einmal wieder auf einen Männersaal zurückzukommen, um endlich wieder reine, von den Vorgängen in der weiblichen Genitalsphäre unberührte Krankheitsbilder vor sich zu haben. Wer lange Zeit abwechselnd Männer und Frauen ärztlich zu betreuen gehabt hat, wird diesen Wunsch verstehen. Damit ist aber auch die Bedeutung des Alters bei der Frau aufgezeigt und angedeutet, wie ganz anders Beschwerden und Symptome bei der geschlechtsreifen Frau und der Greisin einzuschätzen sind.

So wie bei der Frau physiologischerweise, können aber beim Menschen ohne Unterschied des Geschlechtes Erkrankungen von Drüsen mit innerer Sekretion das Alter eines Menschen wesentlich beeinflussen. Denken wir daran, wie „alt“ uns jugendliche Zwerge erscheinen können, dann werden wir verstehen, daß es in vielen Fällen nicht die Zahlen sind, welche das ärztliche Denken beeinflussen, sondern der Eindruck, den insbesondere das Gesicht im Verhältnis zum übrigen Körper macht. Gerade bei dem Beispiele der hypo-

physären Zwerge zeigt sich dieses gegensätzliche Verhalten eines Greisengesichtes bei einem jugendlichen Körper in ganz besonders krasser Weise. Auch beim vollentwickelten Menschen führen aber sehr häufig insbesondere Erkrankungen der Hypophyse zu diesem umschriebenen Altern des Gesichtes. Dies ist wohl damit zu erklären, daß die Hypophyse in inniger Beziehung zu den Zentralstellen des Gehirns steht und diese es sind, welche unter Umständen das Zeichen eines frühzeitigen Alterns im Gesicht besonders in Erscheinung treten lassen. Überhaupt bietet das Antlitz durch seinen Formenreichtum und durch das Sinnesorgan des Auges die beste Möglichkeit, ein solches frühzeitiges Altern zu erkennen. Ganz im Gegensatze dazu bieten Erkrankungen der Schilddrüse im Sinne des Hyperthyreoidismus oft den Anblick der ewigen Jugend dar. Besonders eindrucksvoll ist mir dieser Umstand bei der Nachuntersuchung des Basedowmaterials der Klinik Chvostek zum Bewußtsein gekommen. Hier boten geheilte oder gebesserte Fälle ein derartiges jugendliches Aussehen im Vergleich zu ihren Altersgenossen dar, daß man sich des Eindruckes nicht erwehren konnte, daß für solche Menschen eigentlich die vorhandene oder abgelaufene Schilddrüsenerkrankung im späteren Alter von Nutzen war. Es hat sich in diesen Fällen selbstverständlich nur um leichtere Formen gehandelt, da gerade bei schweren Basedowkranken das Anzünden der Lebenskerze von beiden Seiten zu ganz extremen Formen des raschen Alterns führen kann. Hat man Gelegenheit, einen solchen Menschen in der Blüte seiner Jahre früher gesehen zu haben, so ist es ein tragisches Erlebnis, wenn man sieht, wie oft in ganz kurzer Zeit uns ein Greis gegenübersteht. Im großen und ganzen soll man sich aber bei älteren Leuten, die sich eine erstaunliche Jugendfrische bewahrt haben, überzeugen, ob nicht dieser Gegensatz in einer Überfunktion der Schilddrüse gelegen sein könne.

Schon eingangs haben wir auf die Bedeutung des Alters hinsichtlich der Krebsdiagnose hingewiesen. Gerade im An-

schlusse an die eben besprochenen jugendlich aussehenden älteren Menschen mit hyperthyreotischem Einschlag ist es vielleicht der Erwähnung wert, daß viele Karzinomträger im Anfange der Krankheit eigentlich sich als recht gut erhalten zeigen. Bei den Haaren werden wir noch erwähnen, daß nach den Erfahrungen mancher Autoren, denen wir natürlich mit der bei diesen Beobachtungen im Einzelfalle immer notwendigen Zurückhaltung beipflichten möchten, ein dunkles, nicht ergrautes Kopfhaar eher für als gegen die Diagnose eines Karzinoms spricht.

Überhaupt möchten wir glauben, daß das Altern als physiologischer Vorgang den ganzen Körper gleichmäßig ergreifen muß und daher die Tatsache, daß ein Teil desselben vom Alter auffallenderweise verschont geblieben ist oder wieder beträchtliche Alterszeichen aufweist, zur Vorsicht im Hinblick auf die Diagnosestellung und insbesondere auf die Prognose mahnen sollte. So wie auch sonst die Harmonie des Äußeren, bis zu einem gewissen Grade wenigstens, auf das gute Funktionieren der inneren Organe schließen läßt, so ist es auch beim Älterwerden des Menschen. In keinerlei Weise entspricht der jugendliche Greis oder der überalterte Jüngling den physiologischen Geschehnissen, und dementsprechend wird auch beim ersten Anblick das ärztliche Auge durch diese Unstimmigkeiten gewarnt.

Der Kranke und seine Größe.

In den meisten genauer geführten klinischen Krankengeschichten werden, von untergeordneten Hilfskräften durchgeführt, rein mechanisch die Größen des Patienten zahlenmäßig angegeben. Es mag diese Art der Durchführung vielleicht für große statistische Arbeiten einen gewissen Zweck verfolgen, in Gesprächen mit jungen Medizinern habe ich mich aber immer davon überzeugen können, daß diese fast kein Verständnis für die Bedeutung der Größe im Rahmen der Konstitution eines Einzelmenschen oder für den ge-

gebenen Krankheitsfall aufbringen. Es kann in diesen Ausführungen nicht auf die Pathologie der Riesen und Zwerge eingegangen werden. Bei ihnen sind die Größenunterschiede so ins Auge springend, daß sie schon allein zu diagnostischen Überlegungen zwangsläufig Veranlassung geben. Aber auch Größenverhältnisse, die zwischen die eben genannten Gegenpole fallen, können uns unter Umständen wichtige diagnostische und prognostische Hinweise geben.

Es soll zunächst von den Menschen die Rede sein, die entweder zu groß oder zu klein geraten sind, die aber in ihren Körpermaßen die richtigen gegenseitigen Verhältnisse aufweisen. Es sind dies Menschen, die zwar aus dem Rahmen der Allgemeinheit herausfallen, die sich aber, wenn man von ihrem abwegigen Längenwachstum absieht, ganz normal verhalten. Ehe man aber die Größe oder die Kleinheit als etwas Pathologisches wertet, muß man immer daran denken, daß es sich bei ihnen um erbliche und nicht um krankhafte Merkmale handeln könne. Als bekanntestes Beispiel sei hier an die Schicksale von Kindern erinnert, die aus dem Norden Deutschlands nach dem Süden oder umgekehrt verschlagen werden und die dann in ihrer Klasse, also unter gleichartigen Mitschülern, wegen ihrer Größe oder Kleinheit oft sehr unter dieser Tatsache zu leiden haben. In diesem Zusammenhange darf vielleicht darauf aufmerksam gemacht werden, daß sich die Psyche dieser Leute öfter etwas abwegig verhält. Dadurch, daß sie ununterbrochen von ihrer Umgebung entweder im positiven oder negativen Sinne abstecken, kommen diese Menschen zwangsläufig in eine isolierte Stellung und führen öfters ein Eigenbrötlerdasein. Dies von vornherein zu erkennen, ist unter Umständen für den wirklichen Arzt von großer Wichtigkeit und oft der Schlüssel für zahlreiche, sonst nicht verständliche Handlungen. Sehr treffend schildert diese Lage eine Frage meines früheren Lehrers Chvostek beim Anblicke eines jungen, sehr kleinen, in seinen Handlungen etwas abwegig veranlagten Kollegen. Wieviel Jahre seines Lebens würde der Kollege dafür geben,

wenn er 10 cm größer werden könnte? Es ist hier nicht der Raum, um auf die psychiatrische Bedeutung dieser Dinge einzugehen. Es ist aber ohne Zweifel, daß diese Menschen sehr häufig auch bei Erkrankungen einen abwegigen Verlauf zeigen und daß man bei ihnen viel eher auf Überraschungen gefaßt sein muß als bei ihren normal großen Mitmenschen. Ganz besonders tritt dies dann in Erscheinung, wenn unter zahlreichen Kindern eines derselben sich hinsichtlich seiner Größe von seinen Geschwistern auf Grund eines atavistischen Einschlages abhebt. Ohne daß dieses Kind, welches in einer anderen Familie in keinerlei Weise auffallen würde, irgendwelche pathologische Kennzeichen an sich trägt, verlaufen bei ihm häufig die Infektionskrankheiten des Kindesalters in ganz anderer, meist viel schwererer Weise. Ich weiß, daß es sich hier um Behauptungen handelt, die nicht exakt nachzuweisen sind und besonders von denen abgelehnt werden müssen, die einen Einfluß der Psyche auf den Verlauf von Erkrankungen ablehnen. Wer aber mit offenen und liebevollen Augen seine Patienten betreut, der wird nicht an der Tatsache vorübergehen können, daß in vielen Krankheitstagen die Gemütsstimmung einen nicht zu unterschätzenden Heilfaktor darstellt. Gerade bei diesen Menschen aber, die gewohnheitsgemäß eine mehr ablehnende Stellung gegenüber ihren Mitmenschen einnehmen, hat es der Arzt am Krankenbette schwer, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen. Oft wird hier ein Blick, der die Größenverhältnisse des ihm anvertrauten Kranken und seiner das Krankenbett umstehenden Familienmitglieder erfaßt, die Lage schlagartig beleuchten und dazu Veranlassung geben, mit einem Scherzwort das volle Vertrauen des Patienten zu gewinnen und die suggestive Heilkraft des Arztes zu unterstützen.

Auch die Größe, bzw. die Kleinheit allein, ohne daß diese, zunächst wenigstens, auf eine Erkrankung irgendeiner innersekretorischen Drüse bezogen werden kann, ist für den Einzelfall von gewisser Bedeutung. Eppinger spricht in

seinen Vorlesungen sehr eindrucksvoll von der „Chargierten-Krankheit“. Er schildert bei der Besprechung der Kreislaufverhältnisse immer das von uns allen sicher schon wiederholt gesehene Bild, wie in einem geschlossenen Raume bei längerer Habtachtstellung gerade diejenigen jungen Studenten am ersten zusammenfallen, die beim Einzuge durch ihre Größe der Stolz ihrer Vereinigungen waren. Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, auf die Probleme der Kreislaufdynamik einzugehen. Eines ist aber sicher, eine abnorme Größe bei einem jugendlichen, noch nicht voll entwickelten Herzen gefährdet die Ernährung des dynamisch am schwersten zu erreichenden Gehirnes. Hand in Hand damit geht ja auch die uns allen geläufige Beobachtung, daß große Leute meist mit zu Boden gesenktem Kopfe zu gehen pflegen. Laienhaft wird dies damit erklärt, daß diese Menschen gewohnheitsgemäß gezwungen sind, beim Verkehr mit ihren Mitmenschen nach abwärts zu sehen. Es stellt diese Haltung aber nichts anderes dar als eine unbewußte, die Blutzirkulation des Gehirnes erleichternde Körperhaltung. Nach dem Gesagten wird es uns begreiflich erscheinen, daß wir bei diesen großen Leuten gerade bei Erkrankungen, die das Kreislaufsystem besonders beanspruchen, eine viel größere Sorgfalt bei der therapeutischen Stützung des Herz-Gefäßsystems anwenden müssen als bei anderen. Besonders bei manchen Pneumonieepidemien tritt dieses Verhalten sehr in den Vordergrund. Schon in den ersten Tagen neigt die in Rede stehende Gruppe zu Kollapsen. Während später normal Große anstandslos das Krankenbett verlassen, kommt es bei ihnen beim Versuche aus der wagrechten in die senkrechte Lage zu kommen, zu schweren Blutleeren des Gehirnes, die oft nicht nur bedrohlich aussehen, sondern auch tragisch enden. Vor diesen Zwischenfällen wird der Arzt den Patienten und seine Umgebung bewahren, wenn er sich den richtigen klinischen Blick für die Bedeutung der Größe des Einzelmenschen angewöhnt hat. Die Kleinheit dagegen besitzt unseres Wissens keine solche klinische Bedeutung, mit

Ausnahme der Tatsache, daß sie meist mit einer gewissen Zartheit und größeren Anfälligkeit verbunden ist.

Hier sei ganz kurz eine Frage gestreift, die immer wieder von besorgten Eltern in der Zeit der Pubertät gestellt wird, wenn das Kind in seinem Wachstum gegenüber seinen Altersgenossen im Rückstand geblieben ist. In der Zeit der Hormonforschung, die ja besonders in Laienkreisen einer gewissen mystischen Bedeutung nicht entbehrt, wird verlangt, durch diese Stoffe Einfluß auf das Wachstum des Kindes zu nehmen. Hier ist es die Aufgabe des Arztes, wenn nicht andere Krankheitszeichen vorliegen, die Eltern und Patienten mit der Erfahrung zu vertrösten, daß der eine früher und der andere später normale Größenverhältnisse erreicht. Überhaupt soll man sich angewöhnen, die Größenverhältnisse erst dann in die klinische Gesamtbeurteilung einzureihen, wenn das Wachstum durch den Verschuß der Knochen-Knorpelgrenzen abgeschlossen erscheint.

Bisher war nur die Rede von solchen Menschen, bei denen die Größenverhältnisse nur im Hinblick auf ihre Umgebung als Krankheitszeichen im weitesten Sinne des Wortes zu werten sind. Viel häufiger gibt es aber Menschen, bei denen abwegige Größenverhältnisse dadurch zustande kommen, daß sich zwar der Stamm normal entwickelt, die Extremitäten aber die Größe, bzw. Kleinheit des Patienten bedingen. Diese bieten im Gegensatze zu der früheren Gruppe ein schon an und für sich abwegiges Äußeres, indem in einem Falle an dem voll entwickelten Rumpfe die kurzen Extremitäten hängen oder im anderen Falle der Körper dadurch, daß vom kleinen Stamme lange Hände und Füße abgehen, an eine Spinne erinnert. Auch hier soll nicht an die Fälle von Chondrodystrophie und Eunuchoidismus sowie andere innersekretorische Erkrankungen gedacht werden, die durch ihre Auffälligkeit gleich den Arzt in gewisse diagnostische Bahnen leiten. Es sei nur der Grenzfälle Erwähnung getan, bei denen, ohne gerade für den Laien auffallend zu sein, ein deutliches Mißverhältnis zwischen Rumpf und Ex-

tremitäten besteht. Handelt es sich bei ihnen um auffallende Größe, so hat Chvostek diese Gruppe als degenerativen Hochwuchs bezeichnet. Er findet sich in gehäufter Weise bei alten Familien, die durch Tradition und Sitte gezwungen waren, eine gewisse Inzucht zu betreiben. Durch Chvostek aufmerksam gemacht, haben wir zu wiederholten Malen Gelegenheit gehabt, zu sehen, wie bei solchen Menschen viele Krankheiten abwegig verlaufen. Wir haben es uns zur Gewohnheit gemacht, bei ihnen auch bei anscheinend harmlos beginnenden Zwischenfällen größere Vorsicht walten zu lassen, und wurden in dieser Meinung durch den weiteren, bei Nichtbeobachtung dieser Einzelheiten unverständlichen Krankheitsverlauf bestärkt. Bei diesen Menschen kommt meist noch als erschwerend der Umstand hinzu, daß sie sich selbst wegen ihrer Größe eine besondere Leistungsfähigkeit zutrauen und diese auch von ihnen von ihrer Umgebung verlangt wird. Dadurch ergibt sich meist ein Mißverhältnis zwischen den an den Körper gestellten Forderungen und seiner Leistungsfähigkeit, das im Einzelfalle zu chronischen Schädigungen, insbesondere am Kreislaufsystem führt, die dann im gegebenen Erkrankungsfall unerwartete Zwischenfälle zeitigen. Diese Menschen stellen auch eine Gruppe dar, die, meist von Haus aus schon sehr nervös veranlagt, zum Hyperthyreoidismus bzw. Morbus Basedowi neigen. Hier sind es nicht nur die Mißverhältnisse zwischen der Ausbildung des Stammes und der Extremitäten, sondern an diesen selbst wieder die langen schlanken, oft überstreckbaren Finger- und Zehengelenke. Bekanntlich spielen diese sogenannten Madonnen- oder Spinnenfinger in der Konstitutionspathologie eine gewisse Rolle. Um die Bedeutung dieser Einzelheiten an einem Beispiele festzulegen, sei an einen selbsterlebten Fall erinnert. Eine Frau aus einer angesehenen Familie, die in besonders eindrucksvoller Weise diesen degenerativen Hochwuchs aufwies, wurde aus diesen Gründen von mir zu wiederholten Malen gewarnt, Jod in irgendeiner Form zu sich zu nehmen. Anlässlich eines Ein-

griffes wurde bei ihr ein ausgedehnter Jodanstrich der Bauchhaut durchgeführt, der sehr rasch zu einem tödlich verlaufenden Fall von Morbus Basedowi führte. Es muß selbstverständlich zugegeben werden, daß ohne weiteres auch der an sich nicht notwendige Eingriff als psychische Belastung zum Morbus Basedowi geführt haben kann. Es zeigt dieses Beispiel aber nur, wie wertvoll solche Gedankengänge für den Hausarzt sein können, obwohl ihre Beachtung von seiten des Arztes von dem Patienten selbst als eine meist lästig empfundene Befürsorgung angesehen wird.

Ebenso wie die eben besprochenen Mißverhältnisse müssen auch äußerlich sichtbare Größenunterschiede einzelner Körperteile als Zeichen dafür angesehen werden, daß wir es hier mit einem Menschen zu tun haben, der auf irgendwelche Reize in einem unerwarteten Sinne antworten kann. Hier sei auch daran erinnert, daß ein besonderes Wachstum der Akren des Körpers mit Sicherheit auf eine Erkrankung der Hypophyse schließen läßt.

Ähnliche Verhältnisse, nur in einem wesentlich geringeren Ausmaße, finden wir auch bei schwangeren Frauen und letzten Endes im Klimakterium. Auch bei jugendlichen Individuen kommt es nicht allzu selten vor, daß bei noch nicht abgeschlossenem Wachstum merkbare Unterschiede zwischen der Größenentwicklung des Stammes und der Extremitäten bestehen, die sich später wieder ausgleichen. Nach unseren Erfahrungen ist dies eine Zeit, in der die Menschen eine besondere Anfälligkeit gegenüber Infektionskrankheiten aufweisen und in der insbesondere die Tuberkulose rasche Fortschritte machen kann. Im übrigen wissen Hundezüchter über ähnliche Erfahrungen zu berichten.

Die Größe des Einzelmenschen und die Größenbeziehungen zwischen dem Stamm und den Extremitäten gewährt mithin in manchen Fällen einen recht guten Einblick in die Konstitution und die vorhandenen Abwehrkräfte. Ihre Beachtung wird insbesondere im Hinblick auf das Herzkreislaufsystem dazu führen, bei solchen Menschen dem Krank-

heitsablauf ein besonderes Augenmerk zuzuwenden und den Kranken so vor unangenehmen Zwischenfällen zu bewahren.

Der Kranke und sein Gewicht.

Im allgemeinen wird schon von den Laien dem Gewichte ein erhöhteres Augenmerk zugewendet als der Größe. Während die letztere Eigenschaft von den meisten Menschen, wenn sie nicht allzu übertrieben ausgefallen ist, als eine gute angesehen wird, ist in der Zeit des Sportes das Übergewicht immer ein Gegenstand größerer Beachtung. Auf den ersten Blick ist es oft schwer, sich darüber ein Urteil zu bilden, ob wir es mit einem normalgewichtigen Menschen zu tun haben. Selbst die Einigung, was als Normalgewicht anzusehen ist, ist noch nicht durchgedrungen. Wir haben uns angewöhnt, einen Menschen dann als normalgewichtig anzusehen, wenn er in Kilogramm seine über Hundert gelegene Zentimeterzahl erreicht, wobei Fehlergrenzen von 10% über oder unter dieser angenommenen Zahl als normal zu gelten haben. Noch schwerer als die Schätzung des Gewichtes ist die Entscheidung der Frage, aus welchen Ursachen ein Über- oder Untergewicht des Körpers zustande gekommen ist. Spielt doch die Entwicklung der Fettdepots, der Muskulatur, des Skelettsystems schon im normalen Zustande eine große Rolle. Bei der Beurteilung des Gewichtes sollen wir uns mehr darauf verlassen, ob die einzelnen Körperformen entsprechende gegenseitige Verhältnisse aufweisen. Es ist sicher, daß ein besonders kräftig entwickeltes Skelettsystem noch ein normales Gewicht zahlenmäßig vortäuschen kann, während schon der erste Blick zeigt, daß wir es hier mit einem unterernährten Menschen zu tun haben.

Abgesehen von diesen meist leicht zu erkennenden Zuständen, ist es eine altbekannte Tatsache, daß übergewichtige Menschen weniger leistungsfähig sind als normalgewichtige. Die im Übermaße entwickelten Fettdepots stellen eine beträchtlich größere Belastung des Kreislaufes dar und

verringern so die Leistungsfähigkeit ihres Trägers. Es werden daher solche Menschen Erkrankungen einen geringeren Widerstand entgegensetzen und erweisen sich auch meist als leichter anfällig. Insbesondere werden wir diese Umstände dann zu berücksichtigen haben, wenn es sich um die Indikationsstellung zu nicht unbedingt notwendigen chirurgischen Eingriffen handelt. Diese Vorsicht ist auch deshalb am Platze, weil eine durch Fettleibigkeit entstandene Übergewichtigkeit sehr oft verbunden ist mit einer Neigung zu Venenerkrankungen, deren oft unglückliche Folgen zu den bis heute noch nicht entsprechend bekämpfbaren Geiseln der Chirurgie gehören.

Schon auf den ersten Blick gelingt es unter Umständen leicht, die einzelnen Formen von Fettsucht zu unterscheiden. Die Mastfettsucht zeigt meist eine allgemeine Vergrößerung der Fettdepots und schafft so Körper, die im großen und ganzen verhältnismäßig regelmäßig geformt erscheinen. Im Gegensatz dazu zeigen die Formen von Fettsucht, die durch endokrine Erkrankungen ausgelöst sind, sofort durch die Unregelmäßigkeit der Entwicklung der Fettdepots ihre im Innern des Körpers gelegene krankmachende Ursache. Eindrucksvoll ist hier wohl die *Dystrophia adiposo-genitalis* mit ihren vornehmlich in der Hüftregion lokalisierten Fettansammlungen, während die auf das Genitale zu beziehenden Störungen meist den ganzen Stamm betreffen und die Extremitäten freilassen. Warnen möchte ich davor, nach der Fettverteilung allein irgendwelche Schlüsse auf die Erkrankung einer bestimmten Drüse mit innerer Sekretion zu beziehen, da die Wechselbeziehungen dieser Drüsen untereinander und ihre zerebrale Steuerung meist zu Mischformen führen.

Die Tatsache, daß wir es mit einer fettleibigen Person zu tun haben, kann aber unter Umständen doch dazu führen, manche Erkrankungen abzulehnen und andererseits ihre Verlaufsart vorauszusagen. So gibt es fast keinen fetten Morbus Basedowi, da ja durch die bei dieser Erkrankung vorhan-

denen gesteigerten Stoffwechselstörungen sehr bald die Fettdepots aufgebraucht werden. Aber auch ganz im allgemeinen kann man sagen, daß fette Leute in verschwindendem Maße zu der genannten Erkrankung neigen. Bekannt ist dagegen das häufige Zusammentreffen von Fettsucht und Diabetes — so häufig —, daß man es nie unterlassen sollte, bei älteren, fettleibigen Personen genau Harn und Blut zu untersuchen. Vielbesprochen sind die Zusammenhänge zwischen Fettsucht und Tuberkulose. Im allgemeinen werden wir uns angewöhnen müssen, gerade bei der Tuberkulose bei fettleibigen Personen auf einen ernsteren Verlauf gefaßt zu sein.

Gleich wie die Fettleibigkeit, führt ja oft eine stärkere Abmagerung den Patienten zum Arzt. Es darf wohl als allgemein bekannt vorausgesetzt werden, daß eine stärkere Abmagerung in den meisten Fällen das Zeichen einer schwereren Erkrankung darstellt. Immer wieder kann man aber in der Ambulanz bei jüngeren Ärzten sehen, daß sie das Vorhandensein einer Untergewichtigkeit in manchen Fällen insoferne überschätzen, als sie sich angewöhnen, bei solchen Menschen sofort mit dem ganzen Rüstzeug einer Klinik nach der auslösenden Ursache zu suchen. Leider klärt in vielen Fällen die Frage nach den Ernährungsbedingungen den Zustand als einen durch äußere Umstände bedingten auf. Nicht allzu selten gehen auch solche magere Patienten von Arzt zu Arzt, bei denen es sich um nichts anderes als um eine in der Erbmasse gelegene Konstitutionsform handelt. Es ist selbstverständlich, daß bei solchen Menschen die Versuche einer Mästung meist vergeblich sind, ja sogar unter Umständen als nicht ganz ungefährlich erscheinen. Stärkere, durch eine ernstere Erkrankung bedingte Abmagerung zeigt sich ja nicht allein in einer Verminderung des Körpergewichtes, sondern auch vor allem in Veränderungen der Haut und des Tonus der Muskulatur, Dinge, auf die wir dann später in den entsprechenden Abschnitten zurückkommen werden. Zu ganz exzessiven Abmagerungen führen bekanntlich nicht nur chronische Infektionskrankheiten und maligne Geschwülste, son-

dem auch Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Gerade bei letzteren ist es aber oft auffallend, daß solche Patienten ihren Zustand als etwas Gegebenes hinnehmen, während sie bei den früher genannten Ursachen meist von selbst den Arzt aufsuchen.

Bei der Besprechung des Gewichtes darf nicht daran vorübergegangen werden, daß eigentlich in der Klinik viel mehr als die bisher gestreiften Ursachen Störungen des Wasserhaushaltes eine große Rolle spielen. Solche Wasserretentionen sind oft auf den ersten Blick nicht zu erkennen, da es ja Menschen gibt, bei denen sich solche Zustände mehr in den inneren Organen, insbesondere der Leber, als in der Haut abspielen. Man ist oft erstaunt, welche Gewichtsverluste ein dekompensierter Kreislaufkranker nach seiner klinischen Besserung ohne besondere Änderung seiner äußeren Körperformen erlitten hat. Es soll auf diese Zustände, die sich im Bereiche der Haut abspielen, erst in dem entsprechenden Kapitel eingegangen werden.

Wir haben absichtlich diese Besprechung kürzer gehalten, da es sich bei den durch das Gewicht sich aufdrängenden Fragestellungen um Zustände handelt, die Allgemeingut der Ärzteschaft sind.

Der Kranke und seine Haut.

Die Haut, das Kleid des Menschen, bietet für unsere Betrachtungen wohl eine Hauptquelle dar, da sie ja in bestimmtem Maße das Äußere kennzeichnet. Wohl kein Organ des menschlichen Körpers ist so geeignet, sinnfällig einerseits akute Veränderungen anzuzeigen und andererseits noch durch Narbenbildungen auf jahrelang zurückliegende Vorgänge aufmerksam zu machen. Wenn auch das Auge hier seine größten diagnostischen Triumphe feiert, so kann auch der Tast- und Geruchsinn manches zutage fördern, was dem Gesichtsinne entgangen ist. Wenn wir von der Haut sprechen, so müssen wir meist scharf die freigetragenen von den nicht

freigetragenen Teilen trennen. Erstere unterliegen durch die Einflüsse der Umgebung weitgehenden Veränderungen und zeigen oft feinere Vorgänge in geringerem Maße an. Dagegen zeigen die freigetragenen Teile, da sie an ausgesetzten Stellen des menschlichen Körpers, am Kopf und an den Händen, zutage treten, oft Spuren, die nur durch jahrelange Beeinflussung zustande gekommen sind.

Vor allem ist es die Farbe, die die Aufmerksamkeit des Beobachters auf sich zieht. Wir müssen es uns dabei versagen, näher auf rassenmäßige Unterschiede einzugehen, möchten aber doch darauf aufmerksam machen, daß auch diese Überlegung in den rein weißen Ländern unter Umständen von Bedeutung sein kann. In der Umgebung von Wien ist es anscheinend verhältnismäßig häufig zu einer Mischung mancher Bevölkerungsschichten mit Zigeunern gekommen. Die Kenntnis dieses Umstandes wird uns bei der Verwertung einer dunkleren Hautfarbe und insbesondere bei stärkeren Pigmentationen zur Vorsicht mahnen. Nicht allzu selten haben wir Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, bei denen die Hautfarbe und ihre Pigmentbereitschaft zur Diagnose eines Morbus Addisoni geführt hat, obwohl es sich schon nach dem Namen der Vorfahren als unzweifelhaft herausstellt, daß wir es hier mit einem Zigeunermischling zu tun haben. In gleicher Weise werden solche Mischungen sicherlich auch in anderen Grenzländern vorkommen. Letzten Endes dürfen wir auch nicht vergessen, daß ein jüdischer Einschlag unter Umständen zu Veränderungen der Hautfarbe Veranlassung geben kann, die zu Fehlschlüssen führen können. Auch die in unserem Grenzlande, dem Burgenlande, vorkommende Vermischung mit magyarischem, also asiatischem Blute, führt zu einer Hautfarbe, die durch ihre gelbliche Blässe oft eine Blut- bzw. Nierenerkrankung annehmen ließ.

Abgesehen von diesen, meist lokalen Eigentümlichkeiten, bietet die Hautfarbe große Möglichkeiten, rasch der Hauptursache des Leidens näherzukommen. Vornehmlich wird die

Hautfarbe, wie wir dies schon in unserer Besprechung der Arterien ausgeführt haben, vom Blutgehalte und von der Beschaffenheit des Blutes bestimmt. Dazu kommt aber noch der Umstand, daß die dickere Haut des Erwachsenen im Gegensatze zum Kinde diese Verhältnisse etwas deckt und auch die zartere Haut der Frau über den Blutgehalt bessere Auskunft gibt als die des Mannes. Blässe der Haut kann also einerseits durch eine Blutarmut oder durch eine schlechte Blutversorgung bedingt sein. Meist läßt sich dies aber durch einen Blick auf die Schleimhaut des Auges entscheiden, da diese bei der Blutarmut vollkommen der Haut gleicht und bei der durch Spasmen bedingten Blässe meist geringer an dieser Farbveränderung beteiligt ist. Auch der Tastsinn kann manchmal leicht zur Entscheidung führen, da die Haut der blutarmen Menschen sich meist wärmer anfühlt als die mit gesperrter peripherer Zirkulation. Sehr häufig läßt auch auf den ersten Blick eine leicht gelbliche Beimischung zur Verfärbung der Haut die Diagnose zugunsten einer mit Blutzerfall einhergehenden Anämie stellen. Leicht gelingt es so, bei vorgeschrittenen Fällen die *Anaemia perniciosa* an ihrer strohgelben Verfärbung zu erkennen und von der Hautfarbe der *Endocarditis lenta*, die mehr an einen ganz dünnen Milchkaffee erinnert, zu trennen. Unter Umständen zeigen auch vorgeschrittene Karzinome, insbesondere des Magens, eine der *Anaemia perniciosa* gleichende Verfärbung, wobei aber im Gegensatze zu dem erstaunlich lebhaften Verhalten der *Perniciosakranken* die Kachexie für die Annahme eines Karzinoms sprechen wird.

Im Gegensatze zu der Blässe steht die rote Farbe der Menschen mit einer Blutfülle, sei diese jetzt nur durch eine Vermehrung der roten Blutkörperchen oder durch eine Vermehrung der gesamten Blutmenge gegeben. Vom gleichfalls roten Hochdrucke sind auch diese Zustände meist durch einen Blick auf die Augenbindehaut zu trennen, da diese, in den meisten Fällen wenigstens, nur dann die Veränderungen der Haut mitmacht, wenn es sich um die beiden erstgenannten

Erkrankungsformen handelt. Es ist selbstverständlich, daß wir von diesen pathologischen Zuständen Reaktionen der Haut bei Leuten, die sich berufsmäßig im Freien aufhalten, trennen müssen und auch können. Bei diesen Menschen wird die Hautveränderung nicht durch eine diffuse Färbung erzeugt, sondern durch die Ausbildung zahlreicher, eben mit dem Auge noch erkennbarer Gefäßchen vorgetäuscht.

Bei Nierenkranken kann unter Umständen die Hautfarbe gleichfalls zu einem führenden Symptom werden, wobei die dabei entstehende Blässe einerseits durch das Ödem der Haut und andererseits durch die Spasmen in der Peripherie bedingt sein kann. Im Gegensatz zu anderen Formen wird die Haut bei Nierenkranken sich verhältnismäßig warm anfühlen, während das starke Ödem bei Herzkranken, das ebenfalls zu einer beträchtlichen Blässe führen kann, den Eindruck einer kalten Haut hervorrufen wird. Bei Urämiekranken kommt dazu noch eine leicht schilfernde Beschaffenheit, bedingt durch den Versuch der Haut, sich der Giftstoffe auf diesem Wege zu entledigen.

Eine große Bedeutung hat die Hautfarbe bei allen Formen der Leberkrankheit. Bekanntlich wird von vielen eine mehr rötliche Beimengung für den Ausdruck einer Parenchymschädigung der Leber gehalten, während eine grünlich-schmutzige Beimischung für einen Verschuß der großen Gallenwege sprechen soll. An der Klinik Eppinger habe ich Gelegenheit, ein Lebermaterial zu sehen, welches in seiner Fülle und Vielfältigkeit wohl nicht so bald übertroffen werden kann. An diesem konnte ich mich eigentlich nicht von dieser diagnostischen Möglichkeit überzeugen, zumindestens darf die Hautfarbe nicht dazu Veranlassung geben, sich bestimmt auf eine der beiden großen, zur Entstehung einer Gelbsucht führenden Ursachen festzulegen. Auch die Leberzirrhosen zeigen ganz charakteristische Hautveränderungen, die nur dann weniger in Erscheinung treten, wenn der Untergang der Leber zur Gelbsucht geführt hat. Die Haut der Zirrhosen ist meist glatt und bietet so, wenigstens in Wien,

mit seinem Behaarungstypus ein feminines Aussehen dar. Durch die Störung der entgiftenden Funktion der Leber lagern sich in der Haut Abfallprodukte ab und geben ihr eine schmutzige Beifärbung. In manchen Fällen kommt es auch zu einer stärkeren Pigmentierung, die in ausgesprochenem Maße beim sogenannten Broncediabetes und beim Morbus Banti in Erscheinung treten kann. Besonders eindrucksvoll demonstriert Eppinger die Ablagerungen von Hämosiderin dadurch, daß er die Anweisung gibt, die vom Kopfe abgezogenen Ohren gegen ein durchfallendes Licht zu halten. In vorgeschrittenen Fällen sieht man hier deutlich die fleckförmigen Ablagerungen des eisenhaltigen Blutpigments. Bei der Besprechung der Zirrhosen darf auch nicht darauf vergessen werden, worauf wir später noch zurückkommen, daß Zeichen von Kratzwunden und Hautblutungen sehr häufig zu dem optischen Hautbilde dieser Krankheit meist in Zeiten einer Verschlechterung gehören. Von Fritz Faltitschek wurden an der Klinik Eppinger in der letzten Zeit eigentümliche sternförmig verästelte Venektasien beschrieben, die meist in den oberen Brustpartien sich vorfinden und in vielen Fällen bei unklaren Krankheitsbildern zumindestens den Verdacht auf eine bestehende Zirrhose lenken sollten.

Wie schon erwähnt, bieten die Pigmentationen der Haut ein großes Feld für die Blickdiagnose, wobei aber nochmals gewarnt werden muß, sich durch sie allein auf eine Diagnose festzulegen. Von großer diagnostischer Bedeutung können hier die schon im Beginne einer Schwangerschaft auftretenden Pigmentationen sein. Beim Morbus Addison bräunen sich die Stellen stärker, die entweder schon normalerweise einen stärkeren Pigmentreichtum aufweisen oder die durch Licht und andere äußere Einflüsse stärkeren Reizen ausgesetzt sind. Dabei finden sich gleichbeschaffene Veränderungen an den Innenflächen der Wangen und fehlen an der Augenbindehaut und dem Nagelbette. Der erstere Umstand läßt sofort eine Differentialdiagnose gegen etwaige, durch Medikamente, wie Arsen oder Silber hervorgerufene

Pigmente zu, während das Fehlen von Pigment im Nagelfalze vor Verwechslungen mit rassenmäßiger Pigmentierung schützt. Es muß aber betont werden, daß gleichbeschaffene Veränderungen auch bei der Anaemia perniciosa, beim Broncediabetes und bei den seltenen Formen von Hämochromatosen vorkommen können. Anklänge an solche Pigmentveränderungen finden sich auch beim Morbus Basedowi, bei den verschiedenen Formen von Sklerodermien und bei der in unseren Breiten manchmal recht große differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereitenden Pellagra. Hautpigmentationen müssen also immer dazu Veranlassung geben, wenn man rassenmäßige Einflüsse ausschalten kann, nach einem schwereren inneren Leiden zu fahnden, setzen uns aber nur in seltenen Fällen in den Stand, auf den ersten Blick die richtige Diagnose zu stellen.

Neben diesen, meist mehr diffusen Farbenveränderungen der Haut sind es aber vor allem die Blutungen, die als ein alarmierendes Zeichen zu werten sind. Sie zeigen uns an, daß wir es hier mit einer schweren Erkrankung des Blutes selber oder der Blutgefäße zu tun haben und geben, besonders wenn sie im Verlaufe einer Infektionskrankheit auftreten, augenblicklich dazu Veranlassung, an eine schwere Komplikation zu denken. Diese septischen Blutungen, die ja meist aus einer Verbindung einer Schädigung des Blutes und der Blutgefäße entstehen, sind oft von den rheumatisch bedingten nur durch Gelenkschwellungen zu trennen. Die bei Leukämie auftretenden Hautblutungen sind meist größer und lassen oft durch den Tastsinn auch die Einlagerungen leukämischer Infiltrate erkennen. Darauf hingewiesen haben wir schon, daß es zu den gleichen Hauterscheinungen kommen kann, wenn im Körper entgiftende Organe, wie Niere und Leber, in ihrer Arbeitsleistung eingeschränkt sind. Der Skorbut und die Hämophilie zeichnen sich meist dadurch aus, daß die Hautblutungen auch in den tiefergelegenen Organen auftreten, wobei beim Skorbut das Zahnfleisch, bei der Hämophilie die Gelenke im Vordergrund stehen. Der Vollstän-

digkeit halber sei nur noch erwähnt, daß Erkrankungen des Thrombozytenapparates und der Eiweißkörper des Blutes zu den gleichen Erscheinungen führen können. Die Hautblutungen, die sehr oft bei alten Leuten an den Unterschenkeln oder an Stellen einer größeren mechanischen Beanspruchung auftreten, sind an sich wohl harmlos, zeigen uns aber an, daß wir es hier mit einem Patienten zu tun haben, dessen Gefäßbrüchigkeit letzten Endes auch an anderen, für das Leben wichtigen Organen, z. B. im Gehirne, zu den gleichen Erscheinungen führen kann. Unter Umständen kann dieses Zeichen, wie dies mein ehemaliger Mitarbeiter Beiglböck in mehreren Fällen zeigen konnte, auch als Vorläufer eines bisher unbemerkt gebliebenen Karzinoms auftreten. Die Hautblutungen teilen somit in ihrer diagnostischen Bedeutung das Schicksal der Pigmentierungen. Auch sie müssen eindringlich den Arzt veranlassen, nach der auslösenden Ursache zu forschen und geben nur nach Ausschluß aller anderen Möglichkeiten die Berechtigung zur Blickdiagnose.

Oft hilft der Tastsinn weiter, wenn das Auge versagt. Feinere Veränderungen der Haut sind auf diesem Wege viel sinnfälliger zu erkennen als durch das Auge. Obwohl man bei der Betastung der Haut vieler Menschen bald zur Überzeugung gelangt, daß sich hier eine Unzahl von Verschiedenheiten ergibt, so kann andererseits wieder durch diese Methode manche Erkenntnis für den vorliegenden Krankheitsfall gewonnen werden. Schon die Haut von Frauen und Männern unterscheidet sich in den meisten Fällen durch die beim weiblichen Geschlechte viel größere Glätte, die in manchem an die Haut der Kinder erinnert. Können wir diesen Tastbefund bei einem Manne erheben, so wird uns dieser zumindestens die Veranlassung geben, uns durch einen Blick auf die Haar- oder Fettverteilung von dem Verhalten seiner endokrinen Drüsen zu überzeugen. Es ist bekannt, daß diese Glätte zunimmt, und auch bei Männern in Erscheinung tritt, wenn es sich um einen Hyperthyreoidismus, einen Morbus Basedowi oder vielleicht nur um einen vegetativ Stigmati-

sierten handelt. Auch bei vielen unserer Karzinomkranken haben wir diese eigentümliche Glätte beobachtet, die erst dann verschwindet, wenn eine fortschreitende Kachexie dieses Symptom zum Schwinden bringen läßt. Diese Beobachtung deckt sich ja mit der landläufigen, daß Krebskranke im Beginne unter Umständen einen direkt blühenden Eindruck machen. Findet sich diese Glätte lokal, so werden wir immer daran denken müssen, ob nicht eine abnorme Durchfeuchtung des subkutanen Zellgewebes die Ursache sein kann. Die gleichzeitige Prüfung des Wärmeempfindens wird uns rasch die Entscheidung ermöglichen, ob dieses Hautödem entzündlichen oder nichtentzündlichen Vorgängen seine Entstehung verdankt. Wir haben auf diese differentialdiagnostischen Möglichkeiten auch bei der Besprechung des Tastsinnes im allgemeinen hingewiesen.

Im Gegensatz dazu steht die durch eine Wasserarmut hervorgerufene Trockenheit der Haut, die, wenn sie mit einer stärkeren Verhornung gepaart ist, unter Umständen beim Darüberfahren sogar eine Schmerzempfindung auslösen kann. Wir wissen, daß diese Trockenheit der Haut, verbunden mit einer teigigen Konsistenz, oft das führende Zeichen eines Myxödems sein kann. Von den konstitutionellen Hautveränderungen gleicher Art ist sie durch das Fehlen der eigentümlichen Sukkulenz zu trennen. Auch bei schweren Erkrankungen mit einer Störung des Wasserhaushaltes, bedingt durch eine verminderte Wasseraufnahme oder vermehrte Abgabe, finden sich die gleichen Tastbefunde.

Die Besprechung dieser Veränderungen gibt uns aber Gelegenheit, auf einen neuen Tastbefund, die Abhebbarkeit der Haut, einzugehen. Wir können durch diese einfache Prüfung, die vergleichsweise spielerisch an der Hand des Patienten beim Gespräche vorgenommen werden kann, eine Reihe von neuen Erkenntnissen gewinnen. Wir erkennen dabei die Dicke der Haut, ihren Turgor, ihre Elastizität und vieles mehr. Bei konsumierenden Erkrankungen verringert sich durch den gestörten Wasserstoffwechsel die Dichte der Haut, und der Ver-

lust des Turgors sowie der Elastizität bedingen ein Stehenbleiben der Falten. Wir dürfen uns aber bei diesem Symptom nicht damit begnügen, diese Prüfung ausschließlich an der Hand vorzunehmen, da hier die Haut durch äußere Einflüsse manchmal nur örtlich diese Veränderungen aufweist und damit ihre Ursachen auch nur in lokalen Einwirkungen zu suchen sind. Überaus eindrucksvoll findet man das Bild der steil aufragenden, nur schwer sich verglättenden dünnen Hautfalten bei Stenosen des Magenausganges. Hier ist dieses Kennzeichen so charakteristisch, daß wir es uns angewöhnt haben, zumindestens vermutungsweise aus ihm die oben angeführte Diagnose zu stellen. Es ist selbstverständlich, daß die eben beschriebenen Kennzeichen auch bei anderen schweren Erkrankungen vorkommen, doch meist nicht so deutlich. So zeigen Karzinome und Phthisen in ihren Endstadien ein ähnliches Verhalten, doch bleiben die Falten wegen des weniger gestörten Wasserhaushaltes nicht so lange bestehen. Auch bei schweren Abmagerungen gelingt es, die Haut, ähnlich wie die Kleidungsstücke des Betroffenen, weit von der Unterlage abzuheben. Doch unterscheidet sich der Tastbefund dieser Haut durch ihre sonstige normale Beschaffenheit wesentlich von dem der anderen. Auch diese Erscheinungen können lokal auftreten. Sie finden dann immer auch durch die örtlichen Ursachen ihre Erklärung. So können ihnen chronische Hautentzündungen und insbesondere auch nervöse Störungen im Gefolge einer Neuritis zugrunde liegen. Hierher gehören die Fälle von Lipodystrophie und anderen Erkrankungen. Vergessen dürfen wir nicht, daß im Zeitalter der Insulintherapie auch fortgesetzte Injektionen an der gleichen Stelle zu der eben beschriebenen Beschaffenheit der Haut führen.

Daß auch die Haut und ihre Anhangsgebilde für den Geruchssinn manches diagnostische Hilfsmittel darzubieten haben, geht ja schon aus der Bedeutung hervor, welche vom Laienpublikum der Ausdünstung eines Menschen zugeschrieben wird. Daß auch der Geschmackssinn eine Rolle spielen kann,

habe ich bei einem alten praktischen Arzte gesehen, der seinen Finger, der die Haut abtastete, oft zur Zunge führte und behauptete, daß er auf diese Weise sehr rasch zur Diagnose einer Urämie bzw. eines Diabetes gelangen könne.

Während wir bisher die mehr oder minder diffus in der Haut gelegenen Veränderungen besprochen haben, erscheint es uns jetzt an der Zeit, auch der Vorgänge zu gedenken, die rein umschrieben, doch unter Umständen zur raschen Diagnose führen können. Wer denkt da nicht an den Herpes der Lippe, welcher bei den verschiedensten Erkrankungen ein wichtiges differentialdiagnostisches Moment darstellt. Wie leicht lassen solche kleine Bläschen die Unterscheidung zwischen einer Pneumonie, einem Paratyphus, einer Polyarthrititis gegenüber einem Typhus zu. Wie ausschlaggebend ist der Herpes bei einem zerebralen Krankheitsbilde zugunsten einer epidemischen Meningitis gegen eine solche tuberkulöser Ätiologie. So wichtig in den ärztlichen Kreisen der Herpes labialis und nasalis gewertet wird, so wenig diagnostische Bedeutung wird dem am übrigen Körper auftretenden Herpes zoster entgegengebracht. Man begnügt sich zu meist mit der leichten Diagnose und einer symptomatischen Therapie. Wie ganz anders ist aber seine Einschätzung, wenn man bedenkt, daß die ihm zugrunde liegende Reizung der Spinalganglien oft das erste Symptom einer beginnenden schweren Erkrankung darstellt. Kariöse oder blastomatöse Prozesse der Wirbelsäule können sich hinter diesem bescheidenen Symptome verbergen. Schwere Erkrankungen des Rückenmarkendes führen zu dem gleichen Bläschenausschlag am Genitale und der Analregion. Für jeden jungen Mediziner werden die Demonstrationen solcher Kranker immer in Erinnerung bleiben, bei welchen gezeigt wird, welche wichtige Schlüsse sich aus so kleinen und meist unterwerteten Hautveränderungen ziehen lassen.

Auch der interne Arzt wird nicht so selten in die Lage kommen, unscheinbaren eitrigen Pusteln, die der Patient als belanglose Wimmerln abtut, sein größtes Augenmerk zuzu-

wenden. Weiß man doch, daß schwerste, zum Tode führende Sepsisfälle sich aus einer anscheinend so harmlosen Hautveränderung ableiten lassen und daß die Ursache vieler chronischer Nephritiden nicht zuletzt in diesen belanglosen Hautveränderungen zu suchen ist.

Auch Geschwülste der Haut können wichtige Hinweise für unsere ersten Überlegungen darbieten. Eindrucksvoller kann dies wohl nicht geschildert werden als an der Hand eines Unglücklichen, der an einem Melanosarkom leidet: der kachektische Körper durchsetzt von Metastasen, die große, fast das ganze Abdomen ausfüllende Leber, die mächtigen Lymphdrüsenvergrößerungen und oft nur eine ganz kleine stark pigmentierte Warze. Überhaupt sollten diese kleinen epithelialen Geschwülste mehr Beachtung von seiten der Ärzte finden. Sie unterliegen in vielen Fällen, wie dies ja auch ihre Entfernung rein durch suggestive Maßnahmen zeigt, weitgehend dem Zentralnervensystem. Hierher gehören sicherlich die Warzenbildungen an den Händen, die junge Mädchen oft zur Verzweiflung bringen und die bei erreichter Reife vollkommen verschwinden. Mit Recht führt Leschke das Auftreten flächenhafter Warzen am Stamme im höheren Alter auf vegetative Störungen zurück. Uns hat dieses Symptom fast nie im Stiche gelassen, und die Obduktion zeigte uns immer die angenommenen schweren arteriosklerotischen Veränderungen in den entsprechenden Hirnanteilen. Das Aufschießen blutroter Kavernome soll uns immer zur Vorsicht mahnen, den Patienten gründlichst auf ein vorhandenes Gewächs zu untersuchen. Die Haut, die auch sonst einen überaus feinen Gradmesser für die Geschehnisse im Inneren des Körpers darstellt, zeigt uns auch in diesen Fällen die vorhandene Geschwulstdisposition an. Sehr häufig machen auftretende Hautmetastasen den Patienten und Arzt erst auf das Vorhandensein eines Karzinoms aufmerksam.

Auch die chronischen Infektionskrankheiten, wie die Tuberkulose, die Syphilis, der Rotz, die Aktynomikose, die

Lepra und viele andere lassen auf der Haut typische Effloreszenzen aufschießen, und ihre Kenntnis ist unter Umständen, ohne in das Fachgebiet des Hautarztes einzugreifen, von größter Wichtigkeit. Wie häufig klärt eine tuberkulöse Aussaat in der Haut ein unklares Fieber auf. Und gerade weil in den wenig ins Auge springenden Fällen der Kranke den internen Arzt aufsucht, ist auch die Inspektion der Haut für ihn von größter Wichtigkeit und läßt manchen Krankheitsfall schlagartig erkennen.

Schon im Anfange unserer Besprechung haben wir darauf hingewiesen, daß die Haut uns auch als ein wertvoller Bewahrer mancher Spuren erscheint und uns Gelegenheit gibt, auch weit zurückliegende Geheimnisse des Körpers zu lüften. Schon an anderer Stelle haben wir der charakteristischen Narbenbildung nach tuberkulösen oder syphilitischen Geschwüren Erwähnung getan. Auch sonst lassen verschiedene Prozesse, wie Hautblutungen, Entzündungen und Eiterungen Narben zurück, die oft nach Jahren zur Aufklärung eines Falles dienen können. Erinnern möchte ich in diesem Zusammenhange an die trichterförmigen, an Narben erinnernden Hautveränderungen, die man leider auch in unserer Zeit noch zu sehen Gelegenheit hat, wenn ein darunterliegendes Karzinom mit der Haut zu verwachsen beginnt.

Auch die Narben, die durch äußere Einflüsse entstehen, können uns unter Umständen unentbehrliche Hilfsmittel auf dem Wege zur Diagnose abgeben. Es sei nur daran erinnert, daß pigmentierte Narben nach Kratzeffekten bei unklaren und fieberhaften Zuständen die berechtigte Annahme eines Lymphogranuloms nahelegen oder bei Bestehen der Gelbsucht an zirrhotische Prozesse der Leber denken lassen. Dabei muß man sich freilich davor hüten, Parasiten der Haut oder starke Unreinlichkeiten, die zu demselben Bilde führen und ihr Extrem in der Vagabundenhaut besitzen, zu übersehen.

Auch sonst sollte der interne Arzt sich mehr mit der Narbenkunde beschäftigen, deren Grundlage das Handeln seines

chirurgischen Kollegen abgibt. Welche Umwege der diagnostischen Überlegungen ersparen nicht die Kenntnisse der typischen Bauchschnitte. Eine Narbe, die die Zeichen einer operativ gesetzten an sich trägt, im rechten Unterbauch wird uns bei Schmerzen in dieser Gegend manche differentialdiagnostischen Mühseligkeiten im Hinblick auf das Vorhandensein oder Fehlen einer Blinddarmentzündung ersparen. Man könnte diese selbsterlebten Beispiele ins Uferlose vermehren, in denen die Schnittführung und die dadurch bedingte Narbe in klarer Weise operative Eingriffe am Magen, an der Gallenblase und anderer mehr zeigt.

So sollen auch diese Zeilen nur die Anregung dazu geben, unter allen Umständen der Haut und ihrer Anhangsgebilde das größte Augenmerk zuzuwenden und daran zu denken, daß man das bekannte Sprichwort: „Mens sana in corpore sano“ in „Ein gesunder Körper in einer gesunden Haut“ wohl mit größter Berechtigung abändern könnte.

Der Kranke und seine Haare.

Das Haarkleid des Menschen kann unter Umständen bei richtiger Einschätzung seiner Bedeutung einen tiefen Einblick in die Beschaffenheit des Einzelindividuums geben und läßt manchmal sogar differentialdiagnostische Erwägungen zu. Die Behaarung des menschlichen Körpers ist aber andererseits so weitgehend von der Rasse, ja von einzelnen Gegenden abhängig, daß in vielen Fällen typische Symptome an einem Orte, am anderen nicht mehr zu verwerten sind. Am besten hat sich mir dies eingepreßt durch zwei ganz verschiedene Erfahrungen meiner beiden Lehrer. Bekanntlich hat Franz Chvostek am Wiener Boden die richtige und sich immer wieder bestätigende Beobachtung gemacht, daß ausgebildete Leberzirrhosen einen glatten haarlosen Stamm besitzen. Hans Eppinger, der diese Beobachtung von Wien her kannte und sie am Freiburger und Kölner Materiale nachgeprüft hat, konnte ein derartiges Zusammenfallen in diesen

Gegenden nicht beobachten. Man sieht also aus diesem Beispiele, wie gerade die Krankheitszeichen, die uns die verschiedene Beschaffenheit des menschlichen Haarkleides bietet, nicht nur rassenmäßige, sondern auch örtliche Unterschiede aufweisen.

Bekanntlich setzt sich das menschliche Haarkleid aus der kräftigen Terminalbehaarung und der flaumigen Lanugobehaarung zusammen. Bleiben wir bei letzterer, so ist diese bei den meisten Menschen nur bei schief auffallender Beleuchtung als ein zarter Flaum sichtbar. Ist dieser schon bei gewöhnlicher Beleuchtung zu sehen, so sprechen wir von einer persistierenden Lanugobehaarung und sind gewohnt, dies als ein degeneratives Kennzeichen zu werten. Es ist hier vielleicht Gelegenheit, auf die Bedeutung des eben erwähnten Ausdruckes etwas näher einzugehen. Bei Vorhandensein solcher degenerativer Kennzeichen, die uns zu wiederholten Malen begegnen werden, haben wir uns angewöhnt, die Widerstandskraft ihres Trägers geringer einzuschätzen und damit auch die Prognose einer vorliegenden Krankheit ernster zu gestalten. Besonders gilt dies in unserem Falle von dem Zusammentreffen einer Tuberkulose und der erwähnten Lanugobehaarung. Jedem, der gewohnt ist, einen Kranken genau zu untersuchen, wird hier dieses Bild vor Augen schweben, welches wir sehr häufig bei tuberkulösen Menschen zu sehen Gelegenheit haben. Bei der Perkussion der Spitzfelder von rückwärts prägen sich wohl unvergeßlich die herabhängenden Schultern, die versteifte Wirbelsäule in der Hilusgegend, der spezifische Geruch und die von ziemlich starken Härchen bedeckte Rückenheit ein. Eine stärkere Ausbildung der Lanugobehaarung kommt auch an Stellen zustande, die während der Entwicklung des menschlichen Körpers beträchtliche Umbildungsprozesse durchgemacht haben. So sehen wir sehr häufig in der Gegend der regio sacroiliaca eine stärker ausgebildete Lanugobehaarung, eine Tatsache, die uns immer wieder dazu Veranlassung gibt, sie als ein Zeichen einer persistierenden Spaltbildung in der

Wirbelsäule — einer spina bifida occulta anzusehen. Wir haben in vielen Fällen durch einen Blick Gelegenheit gehabt, vorhandene Störungen aufzuklären, seien diese jetzt in einer enuresis nocturna oder in bisher nicht geklärten Schmerzen in dieser Gegend gelegen. Besonders eindrucksvoll gestaltet sich diese Blickdiagnose dann, wenn sie uns instand setzt, durch sie nicht nur auf anatomische Veränderungen der Wirbelsäule, sondern auch des Rückenmarkes und seiner Häute zu schließen. Wir werden im Kapitel der Wirbelsäule noch eingehender auf die Bedeutung von Krankheitszeichen der Haut und ihrer Anhangsgebilde in dieser Gegend hinweisen. Auch in der Gegend der Milchleiste kommen als Ausdruck einer rudimentären Brustwarze solche, auf die Lanugobehaarung zu beziehende Haarbüschel vor. Sie wurden irrtümlicherweise von anderer Seite, insbesondere, wenn sie sich in der Gegend des rechten Rippenbogens vorfinden, als der segmentale Ausdruck einer erkrankten Gallenblase, bzw. eines Zwölffingerdarmes angenommen. Sie stellen aber in dieser Gegend nichts anderes dar als das kleinste Zeichen einer vorhandenen Mißbildung.

Viel größere Bedeutung hat die Art der Verteilung der Terminalbehaarung. Von Wichtigkeit ist hierbei die Kenntnis, daß sich die Kopfbehaarung anders verhält als die Bart-, Achsel- und Genitalbehaarung. Dies kann man in vielen Fällen schon daraus schließen, daß meistens die Farbe dieser beiden Gruppen eine verschiedene ist. Während sich die letztere mehr der Entwicklung der Keimdrüsen unterordnet, unterliegt die Kopfbehaarung mehr allgemeinen Impulsen. Wohlbekannt ist die Tatsache, daß sich sehr häufig schwere innersekretorische Erkrankungen zuerst in Veränderungen dieses Haarkleides äußern. Dabei können die verschiedensten Drüsen mit innerer Sekretion Einfluß darauf nehmen. Bekannt ist der Haarausfall bei Überfunktion der Schilddrüse, aber auch bei Erkrankungen der Hypophyse. Selbst Erkrankungen des Zwischenhirnes, die ja in weiterer Folge zu schweren, früher als rein drüsenmäßig bedingt aufgefaß-

ten Krankheitsbildern führen können, beginnen oft mit Haar-
ausfall bzw. mit dem Schütterwerden der Terminalbehaarung.
Im Gegensatz dazu steht die Hypertrichose beim Morbus
Cushing und bei anderen innersekretorischen Erkrankungen.
Auch die Augenbrauen können unter Umständen unsere dia-
gnostischen Überlegungen auf endokrine Erkrankungen leiten,
wenn sie, wie dies Neuda bei hypophysären Erkrankungen
gezeigt hat, besonders in den lateralen Anteilen schütterer
sind, bzw. ganz fehlen. Dieses Zeichen kommt nach unseren
Erfahrungen aber auch bei chronischen Infektionskrankheiten
und langsam verlaufenden Vergiftungen vor. Auch die Art
des Behaarungstypus kann unter Umständen differential-
diagnostische Möglichkeiten zulassen. Frauen mit auffallend
starker büschelförmiger Genital- und Achselbehaarung ge-
hören meist Personen an, die zu schweren neurasthenischen
Zuständen neigen und bei denen in späterer Zeit Schwächen
einer oder der anderen Drüsen mit innerer Sekretion heraus-
kommen. Oft ist dieser Behaarungstypus vergesellschaftet
mit einer bei Frauen ungewöhnlichen, starken Behaarung der
unteren Extremitäten. Bedeutungsvoll ist nach unseren Er-
fahrungen dieser Behaarungstypus aber nur bei Frauen, die
nicht der jüdischen Rasse angehören. Eine Zeitlang wurde
bei Männern dem weiblichen, bzw. männlichen Behaarungs-
typus des Genitales eine besondere Bedeutung beigemessen
und Männer mit weiblichem Behaarungstypus als weniger
widerstandsfähig und nicht vollwertig erklärt. Nach unseren
Erfahrungen aber auch bei chronischen Infektionskrankheiten
sich der weibliche Behaarungstypus des Genitales beim
Manne in unseren Gegenden relativ sehr häufig vorfindet.
Von dem Wiener Tuberkuloseforscher Wilhelm Neumann
wurde der Farbendysharmonie am Genitale eine besondere
Bedeutung hinsichtlich der Prognose dieses Leidens zuge-
messen. Er versteht darunter eine Verschiedenheit in der Art
und der Farbe des Haares am mons veneris und dem be-
haarten Streifen, der sich von dieser Gegend gegen den
Nabel zu zieht. Nach unseren Erfahrungen möchten wir

dieses Zeichen ebenfalls für ein degeneratives Kennzeichen ansehen, welches aber nicht nur bei der Tuberkulose, sondern auch bei jeder beliebigen Erkrankung als prognostisch ungünstig anzusehen ist. Bedeutung hat es aber sicherlich mehr bei den chronisch verlaufenden Infektionskrankheiten und wird vor allem dazu Veranlassung geben, dem Verlaufe der tuberkulösen Infektion ein größeres Augenmerk zuzuwenden. Die gleiche Bedeutung hat nach unseren Erfahrungen auch eine Verschiedenheit der Haarfarbe am Genitale und in den Achselhöhlen. Die Wiener Schule hat es sich zur Gewohnheit gemacht, bei Männern besonders gut entwickelte Schnurrbärte, die gegen die Spitzen zu buschig auslaufen, als ein Zeichen dafür anzusehen, daß die Träger derselben an einer Lues leiden. Diese empirisch gefundene Tatsache, die sich uns zu wiederholtem Male immer wieder bestätigt hat und die ja durch einen Blick auf die Pupillen weiter gesichert werden kann, ist wohl nur damit zu erklären, daß gerade Männer, die diese Schnurrbartart zu tragen pflegen, Ständen angehören, die in ihrer Jugend einen regen Geschlechtsverkehr gepflogen haben. In der heutigen Zeit, in der es bei den Männern Gepflogenheit ist, Schnurr- und Backenbart zu rasieren, zeigt im übrigen der Träger eines Bartes meist an, daß er irgendwelche körperliche oder seelische Deformitäten zu verbergen trachtet. Sehr häufig versteckt sich unter dieser Barttracht ein beträchtliches Minderwertigkeitsgefühl.

Neben dem Verteilungstypus kommt auch der Haarfarbe, auf deren Bedeutung wir schon oben vorübergehend eingegangen sind, eine gewisse diagnostische Wichtigkeit zu. Bekanntlich neigen blonde und insbesondere rotblonde Menschen mit einem verringerten Pigmentgehalt der Haut leichter zu Infektionskrankheiten und geben diesen einen im allgemeinen schwereren Verlauf als bei andersfarbigen. Dunkelhaarige Menschen weisen gegenüber Infektionskrankheiten eine beträchtlich höhere Widerstandskraft auf, lassen diese Leute aber disponiert erscheinen für das Entstehen maligner Geschwülste jeder Art. In diesem Zusammenhange

muß auch an die Beobachtungen Schriddes erinnert werden, der bei Krebsträgern, besonders in der Schläfengegend, das Vorhandensein bzw. das Wiederauftreten von schwarzen, steifen Haaren gesehen haben will. Wir haben an der Klinik Chvostek und Eppinger sehr genau auf dieses Zusammentreffen geachtet und möchten dazu nur folgendes sagen: Tatsächlich findet man manchmal bei Krebskranken in der Schläfengegend diese Haare, die besonders dann stark hervortreten, wenn der übrige Kopf ergraut ist. Nach unseren Erfahrungen ist dieses Zusammentreffen aber ein so seltenes, daß es nicht Veranlassung dazu geben darf, bei negativen Organbefunden an der Vermutung des Vorhandenseins eines Karzinoms festzuhalten.

Sehr häufig treten an Hautbezirken, die zum Versorgungsgebiet eines früher erkrankten Nerven gehören, Haare auf, die sich in der Farbe und auch in der Beschaffenheit gegensätzlich zu der sonst vorhandenen Terminalbehaarung verhalten. Auch unter dem Einflusse äußerer Reize, besonders an den Stellen, welche häufig kleinen stumpfen Traumen ausgesetzt sind, kann das Haarkleid sich in Farbe und Beschaffenheit ändern. Sehr deutlich ist dies bei Studenten zu sehen, die das Fechten mit dem Schläger betreiben. Hier wandelt sich am rechten Arme an der Außenfläche der Ulna unter der Einwirkung der häufigen, durch die Bandagen stumpf auffallenden Schlägerhiebe das Haarkleid in der angeführten Weise um. Bei stark behaarten Männern, die berufsmäßig einseitig Lasten zu tragen haben, sieht man immer wieder an der benützten Schulter eine Änderung der Haarfarbe und -beschaffenheit. Bei genauerer Betrachtung der Haut kann man unter Umständen gleich einem Detektiv unserer in der Jugendzeit gelesenen Kriminalromane weitgehende Schlüsse auf die die Haut treffenden Berufsschädigungen ziehen. Hier sei auch noch eine Beobachtung angeführt, die ich den Vorlesungen meines Lehrers Eppinger verdanke. Eppinger leugnet das Vorhandensein eines Morbus Addisoni bei dunkelhaarigen Menschen. Wir hatten in der

letzten Zeit eine größere Anzahl solcher Kranker zu beobachten Gelegenheit und können diese Beobachtung weitgehend bestätigen. Dieses Zusammenfallen fällt natürlich dann aus, wenn die bei Dunkelhaarigen stärker vorhandene Neigung zur Karzinomentstehung zu Metastasen in der Nebenniere geführt hat.

Neben der Haarfarbe haben sich schon die alten Ärzte mit dem Zusammenhang von Krankheit und Ergrauen beschäftigt. Versucht man, die Bedeutung dieser Depigmentierung der Haare in die klinische Beobachtung einzufügen, so muß man sich immer vor Augen halten, daß ein frühzeitiges Ergrauen in manchen Familien zur Erbmasse gehört. Aus eigener Beobachtung müssen wir die Erfahrung bestätigen, daß insbesondere bei schweren Kriegstraumen im Sinne von Verschüttungen ein plötzliches, meist büschelförmiges Ergrauen der Haare zustande kommen kann. Anscheinend gibt es ein solches Ereignis auch nach schweren seelischen Erschütterungen. Auch Fälle von Morbus Basedowi klagen relativ häufig über das plötzliche Ergrauen des Kopfhaares, während Schnurr- und Backenbart von diesem Ereignisse meist nicht mitbetroffen werden. Überhaupt findet man bei innersekretorischen Erkrankungen, die mit einer besonderen Kachexie einhergehen, das Ergrauen und das Ausfallen der Haare relativ häufig, wobei hier wieder die Genitalbehaarung mehr in Mitleidenschaft gezogen wird. Für unsere Überlegungen heißt also starkes und plötzliches Ergrauen, daß der Träger schwere seelische oder körperliche Veränderungen seines Gleichgewichtes mitgemacht hat. Auch bei chronischen Infektionskrankheiten tritt diese Haarfarbenänderung Hand in Hand mit dem zunehmenden Verfall des Allgemeinzustandes verhältnismäßig häufig auf, während Krebskranke in vielen Fällen meist sogar im Gegensatz zu ihrem Alter über ein noch gut pigmentiertes Haar verfügen.

Gleich wie bei der Haarfarbe hängt auch das Ergrauen innig mit dem Zustande des zentralen und peripheren Nervensystems zusammen. So deuten sehr häufig bei stärker be-

haarten Menschen ergraute Haarbezirke, die sich meist ziemlich genau an das Innervationsgebiet der Nervenstämme halten, auf eine abgelaufene Nervenentzündung hin. Besonders eindrucksvoll konnten wir dies bei halbseitigem Ergrauen der Geschlechtsbehaarung im Rahmen eines abgelaufenen Herpes zoster genitalis sehen.

Neben dem Ergrauen spielt auch das Ausfallen der Haare bei der diagnostischen Betrachtung eine besondere Rolle. Auch hier ist es nicht so sehr das Kopfhaar, sondern die übrige Terminalbehaarung. Wie schon erwähnt, werden sich unsere diagnostischen Überlegungen bei einem langsameren Ausfall auf chronische Infektionskrankheiten oder endokrine Störungen richten, während ein rascher Haarausfall in vielen Fällen eine stattgehabte Vergiftung vermuten läßt. In letzter Zeit konnte man dies bei Thalliumvergiftungen relativ häufig beobachten, da dieses Gift als Rattenvergiftungsmittel im Handel verhältnismäßig leicht zu beziehen ist.

Neben den schon geschilderten Haarveränderungen spielt die Beschaffenheit des Haares selbst eine relativ geringe Rolle, da sie einerseits weitgehende individuelle Unterschiede aufweist und andererseits die früher genannten Veränderungen viel stärker in Erscheinung treten. Es ist aber kein Zweifel, daß im Verlaufe von schweren Erkrankungen, insbesondere bei Infektionskrankheiten, sich die Haarbeschaffenheit ändert und die Haare wahrscheinlich wegen der schlechten Ernährungsbedingungen weniger gelockt und dünner als früher nachzuwachsen pflegen. Auf alle Fälle bedeutet ein dünnes, leicht brüchiges und leicht ausreißbares Haar immer ein schlechtes Zeichen und wird uns Veranlassung geben, das vorliegende Grundleiden von einem wesentlich geänderten Gesichtspunkte anzusehen.

Am Schlusse sei es gestattet, einige allgemeine Bemerkungen über die Bedeutung des Haarkleides für die Erkennung mancher Konstitutionseigentümlichkeiten zu machen. Wie schon eingangs erwähnt, muß nochmals betont werden, daß

gerade der Behaarungstypus eine meistens nur lokale diagnostische Bedeutung hat. Mein früherer Lehrer Franz Chvostek, der ja unter Meynert an der psychiatrischen Klinik tätig war, hat mich aufmerksam gemacht, daß man das Studium der menschlichen Behaarung am erfolgreichsten an Geisteskranken durchführen könne. Tatsächlich hat sich uns diese Erfahrungstatsache immer wieder für die Wiener Verhältnisse als richtig erwiesen. Ganz allgemein kann man hier sogar sagen, daß eine starke Körperbehaarung meistens mit einer gewissen neuropathischen Veranlagung vergesellschaftet ist. Überhaupt eignet sich die Wiener Bevölkerung, die sich rassenmäßig früher aus den jetzigen Nachfolgestaaten ergänzte, sehr dazu, um einen tieferen Einblick in diese rassenmäßig bedingten und andererseits doch wieder unter Umständen rasch zur Diagnose führenden Eigentümlichkeiten zu gewinnen. Auch in diesem Abschnitte soll keineswegs eine ergänzende Übersicht über die im Schrifttum niedergelegten Erfahrungen gegeben, sondern es soll nur an Hand einzelner Beispiele darauf verwiesen werden, wie es unter Umständen gelingen kann, durch die Eigentümlichkeit des Verteilungstypus, der Farbe und der Beschaffenheit des Haarkleides überhaupt, rasch einen Einblick in die Konstitution des Erkrankten und unter Umständen in die Erkrankung selbst zu gewinnen.

Der Kranke und sein Fett.

Das Fettgewebe gibt durch seine bekannte Anordnung dem Äußeren des Menschen ein charakteristisches Gepräge und zeigt schon normalerweise beträchtliche Unterschiede im Hinblick auf das Alter und das Geschlecht auf. Oft kommt uns durch eine dem Alter oder dem Geschlecht nicht entsprechende Fettverteilung augenblicklich die Erkenntnis, daß wir es hier mit einer allgemeinen Störung in der Fettablagerung zu tun haben. Letzten Endes handelt es sich z. B. bei der *Dystrophia adiposo genitalis* um nichts anderes als

um eine ins Pathologische verzerrte Nachbildung der Fettablagerung eines jugendlichen Körpers bei einem Erwachsenen. Weibliche Fettverteilung bei einem Manne kann unter Umständen nur ein degeneratives Zeichen bedeuten und andererseits uns die sofortige Kenntnis von einem mehr oder minder beträchtlichen Funktionsausfall der Keimdrüsen vermitteln. Wer aufmerksam die Veränderungen verfolgt, die die Ausbildung der Fettdepots am weiblichen Körper auf dem Wege vom Mädchen bis zur Greisin durchmacht, dem wird es unschwer gelingen, die Phase zu erkennen, in der sich im gegebenen Augenblicke die Patientin befindet. Gerade der weibliche Körper bietet hierfür die beste Grundlage zur Beurteilung, da ja die meisten Erkrankungen diese Typen in das Pathologische gesteigert darbieten. So erinnert die klimakterische Fettsucht an die Anfänge einer hypophysären Form und letzten Endes liegen ihre Ursachen — Veränderungen in der Hypophyse — nicht allzu weit auseinander. Trotzdem kann es, wie wir dies schon im Abschnitte über das Gewicht ausgeführt haben, oft große Schwierigkeiten bereiten, die einzelnen Formen der Fettsucht voneinander zu trennen. Sehr einleuchtend sind hier Unterscheidungen, wie sie das Volk gebraucht, indem es den Fettreichtum einteilt in eine beneidete, belächelte und bedauerte Form. Eine gleichmäßige starke Entwicklung der Fettdepots, die sich im übrigen im großen und ganzen an die durch das Geschlecht gegebenen Richtlinien hält, spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für eine Fettsucht aus äußeren Ursachen. Sehr oft wird aber solchen Kranken damit unrecht getan, da die gleiche Fettverteilung auch bei einer ererbten Fettsucht zustande kommen kann. Verhältnismäßig häufig wird bei dieser Form ein Myxödem übersehen. Hier schützen die Hautveränderungen und ihre Anhanggebilde vor einer Verwechslung.

Eine Fettverteilung, die mehr der eines Knaben entspricht, zeigen Kranke, bei denen es sehr frühzeitig zum Erlöschen der Tätigkeit ihrer Geschlechtsdrüsen gekommen ist. Bei

einem späteren Aufhören finden sich Fettsuchtformen, die mehr an die klimakterischen erinnern.

Eine besondere Form der Fettverteilung kann man überaus eindrucksvoll dadurch zur Anschauung bringen, daß man bei solchen Menschen abwechselnd einmal den Rumpf und einmal die Extremitäten freiläßt. Durch dieses Abdecken erscheinen einmal die Kranken infolge ihres fettreichen Rumpfes direkt monströs und einmal durch ihre schlanken Extremitäten fast mager. Die Kenntnis dieser Form ist deshalb wichtig, weil sie jedem therapeutischen Eingriffe trotz und diese Kranken bei dem Versuche der Abmagerung dem Hungertode nahekommen können, ohne daß ihr Äußeres sich merklich verändert. Fließende Übergänge von diesen Formen bieten die Patienten dar, deren Körper durch größere und kleinere, meist noch überdies sehr druckschmerzhaftige Fettgeschwülste verunstaltet ist. Auch bei dieser Erkrankung, der *Adipositas dolorosa*, bleibt zumindestens, was den Bestand der Fettdepots anlangt, das ärztliche Handeln vergeblich. Im Gegensatze dazu finden sich Unterschiede in der Ausbildung des Fettgewebes zwischen der oberen und unteren Körperhälfte, wie schon erwähnt, bei der *Dystrophia adiposo genitalis* und im extremen Maße bei manchen *Lipodystrophien*, bei denen durch den Fettschwund das Gesicht fast einem Totenkopf ähnlich ist, während die unteren Anteile vor Fett strotzen.

Auch die Betastung des Fettgewebes gibt uns gute Kenntnisse von dem Allgemeinzustand des Trägers. Schon unser Volk schätzt eine pralle Konsistenz und schließt daraus auf eine gute Gesundheit. Bei beginnenden Abmagerungen ändert sich dieser Tastbefund, und in den einzelnen Fettkörpern sind die einzelnen Fettläppchen deutlich durchzutasten. Besonders gut ist dieser Zustand an den Bauchdecken zu erheben und wird hier als chagriniertes Fett bezeichnet. Im Gegensatze dazu nimmt das Fett bei einem gleichzeitigen Ödem eine eigentümliche sulzige Beschaffenheit an. Besonders ins Auge springend ist der Fettgehalt der weiblichen

Brust, der ja neben dem spezifischen Parenchym einen wesentlichen Anteil an ihrer Formung besitzt. Eigentümlicherweise scheinen diese Fettdepots anderen Gesetzen unterworfen zu sein als die übrigen. Besonders bei der allgemeinen Fettleibigkeit beteiligt sich das Fettgewebe der Brüste nicht in gleichem Maße an der Vermehrung. Ihr gleichsinniges Verhalten mit dem übrigen Körperfette spricht mit einer gewissen Reserve für eine endokrine Ursache des Leidens und gegen eine Mastfettsucht. Stärkere Ablagerungen von Fett in der männlichen Brust lassen an eine endokrine Erkrankung denken, finden sich aber verhältnismäßig häufig auch bei Personen, die zumindestens in der Gefahr schweben, an einer Leberzirrhose zu erkranken. Diese Trias einer Ausbildung einer fast weiblichen Brust, zusammen mit den fettreichen Bauchdecken und dem weiblichen Behaarungstypus charakterisiert ja das klinische Bild der genannten Erkrankung.

Schließlich darf nicht vergessen werden, daß auch Fettgewebsgeschwülste zu schwierigen differentialdiagnostischen Überlegungen Veranlassung geben können. Denken wir nur an die Lipome der Bauchdecken, die oft zur Annahme von Bauchwandbrüchen Veranlassung geben können und andererseits an die Schwierigkeiten, solche Neubildungen von kalten Abszessen zu trennen. In jüngster Zeit hat man sich ja wieder eingehender mit den Stoffwechselfvorgängen in diesen Lipomen beschäftigt. Dazu gehört auch die klinische Beobachtung, nach welcher die Lipome sich bei einem durch allgemeine Ursachen bedingten Schwund des Fettgewebes nicht in gleichem Maße an der Rückbildung beteiligen. Es können dadurch bei solchen Lipomträgern ganz groteske Bilder zustande kommen.

Dadurch, daß das Fettgewebe einerseits als Speicher dient und andererseits in beträchtlichem Maße endokrinen und nervösen Einflüssen unterliegt, bieten sich dem betrachtenden Auge meistens Mischformen dar, so daß hier eher vor einer allzu großen Überwertung des Fettgewebes in diagnostischer Hinsicht gewarnt werden muß.

Der Kranke und seine Venen.

Die Betrachtung der Venen und die Deutung der Beschaffenheit ihrer Wand und ihres Füllungszustandes ist eine Kunst, die den alten Ärzten geläufiger war als den jungen. Erst die neuere Zeit, insbesondere angeregt durch die Untersuchungen meines Lehrers Eppinger über die verschiedenen Arten des Kollapses, zeigt wieder die diagnostische Bedeutung, die oft durch einen Blick auf das Verhalten der Venen gewonnen werden kann. Meistens beschränkt sich aber die Beobachtung des Venensystems nur auf die am Hals gelegenen Venen, und ihre Beobachtung geht nicht über die Erkennung eines abnormen Pulses oder Füllungszustandes hinaus. Im folgenden soll gezeigt werden, wie eine in keinerlei Weise zeitraubende Betrachtung der Venen oft schlagartig das Zustandsbild zu klären vermag.

Zunächst sei einmal daran erinnert, daß eine verschiedene Beschaffenheit der Haut eine verschiedene Sichtbarkeit des subkutanen Venennetzes ermöglichen muß. Die dickere Haut des Mannes verdeckt die darunterliegenden Venen mehr als die dünnere der Frau. Eine besonders dünne Haut läßt das Venennetz bis in seine feinsten Einzelheiten verfolgen und wird dem Arzte in vielen Fällen ein beredtes Zeugnis über den Gesundheitszustand des ganzen Individuums geben. Es gibt Familien, bei denen eine dünne Hautbeschaffenheit zu den konstitutionellen Eigenschaften gehört und die in diesen Fällen höchstens als eine gewisse Minderwertigkeit, nicht aber als der Ausdruck einer abwegigen Disposition zu werten sein wird. Ganz anders werden wir die Sichtbarkeit zarter dünnwandiger Venen an der Haut des Unterarmes und an der Schläfengegend, besonders bei jungen Mädchen, bewerten, die mit unklaren Beschwerden in die Sprechstunde kommen und bei denen dieses Zeichen schon auf den ersten Blick den Verdacht auf eine vorhandene tuberkulöse Infektion nahelegt. Es ist selbstverständlich, daß eine abnorme Verdickung der Haut, wie z. B. ein

Ödem, das subkutane Venennetz zum Verschwinden bringen wird. Findet sich dieses Zeichen lokal, so ermöglicht es oft den Nachweis einer solchen örtlichen Hautveränderung.

Aber nicht nur eine geänderte Hautbeschaffenheit, sondern auch Änderungen der Venenwand selbst tragen zu der Sichtbarkeit des subkutanen Venennetzes bei. Bekannt ist die Tatsache, daß bei älteren Leuten, und hier wieder bei Schwerarbeitern, insbesondere die Venen der Arme als dicke Stränge vorspringen können, ohne daß dies auf einen für den allgemeinen Zustand bedeutungsvollen Zustand der Venen hinweisen würde. Es sind dies fibröse sklerotische Veränderungen der Wand, die nur dann, wenn sie in jugendlichem Alter auftreten, den Verdacht auf eine allgemeine Gefäß-erkrankung lenken müssen. An dieser Stelle sei vielleicht daran erinnert, daß es nicht gerade die sichtbarsten Venen sind, welche sich zu intravenösen Injektionen und zur Blutentnahme am besten eignen. Gerade die als harte Stränge unter der Haut verschiebbaren Venen weichen oft lange Zeit aus und führen durch schlechte Kontraktion der Wand nach einem Einstich oft zu großen, von manchen Patienten als überaus lästig empfundenen Blutergüssen. In diesem Zusammenhange sei auch darauf verwiesen, daß die Venen auch Seitenverschiedenheiten aufweisen, indem, anscheinend durch den stärkeren Gebrauch beim Rechtshänder, die Venen auf dieser Seite stärker entwickelt sind. Oft gelingt es durch einen Blick auf die Hände, sich von der Richtigkeit der Angaben einer Rechts-, bzw. Linkshändigkeit eines Patienten zu überzeugen.

Seit den oben erwähnten Untersuchungen Eppingers über den Kollaps wird dem Füllungszustand der Venen im allgemeinen ein besonderes Augenmerk zugewendet. Bietet doch in vielen Fällen die Betrachtung dieses Zustandes ein ebenso wichtiges wie einfaches differentialdiagnostisches Kriterium zwischen einer kardialen und peripheren Kreislaufschwäche. Wenn man bedenkt, daß es sich hier meist um lebensbedrohende Zustände handelt, bei denen ein sofortiges

und therapeutisch richtiges Vorgehen über Leben und Tod zu entscheiden hat, der wird an diesem leicht zu erkennenden Zeichen nicht mehr vorübergehen. Prall gespannte, schlecht austreichbare und sich sofort füllende Venen zeigen einen hohen Venendruck an und lassen den Schluß auf eine Herzschwäche zu, während leere, sich nach dem Ausstreichen nicht füllende Venen auf einen niedrigen Venendruck, also auf eine Schädigung des peripheren Kreislaufes hinweisen. In diesem Zusammenhange weist Eppinger mit Recht darauf hin, daß dem praktischen Arzte Methoden, welche ein sicheres Urteil über die Blutmenge und damit die Diagnose eines Kollapses gestatten, nicht zur Verfügung stehen, daß diese aber ohne weiteres durch die Prüfung der Venenfüllung ersetzt werden können: „Ein Leerlaufen der Venen ist das untrügliche Zeichen eines typischen Kollapses“. Hand in Hand mit diesen Erscheinungen findet sich eine Blässe der Haut und der Schleimhäute. Die Extremitäten sind kalt und mit klebrigem Schweiß bedeckt. Auf diese Art der Betrachtungsweise kann nicht eindringlich genug hingewiesen werden, da dadurch die Therapie des Arztes zielsicher gelenkt werden wird, einmal mit Herzmitteln das kranke, das Angebot von Blut nicht bewältigende Herz zu stützen und einmal den Leerlauf des Herzens durch Tonussteigerung des Gefäßsystems zu verhindern.

Auch in lokaler Hinsicht muß selbstverständlich dem Füllungszustande der Venen ein besonderes Augenmerk zugewendet werden. Bekannt sind die strotzend gefüllten Venen der Arme, des Halses und des Kopfes bei Zuständen, die durch eine Verengerung im Einstromgebiet der oberen Hohlvene oft zu ganz abenteuerlichen Bildern führen. Auffallen muß es dem Betrachter, wenn der Füllungszustand der Venen an den beiden Extremitäten ein verschiedener ist. Schon oft hat dieser Umstand dazu Veranlassung gegeben, weitabliegende Krankheitsbilder, wie entzündliche oder geschwulstartige Veränderungen, in der Achselhöhle zu entdecken. Nicht allgemein geübt wird eine genauere Inspektion der

Venen am Halse hinsichtlich ihres Füllungszustandes. Selbstverständlich wird eine beiderseitige gleichmäßige Füllung der Halsvenen, die sich bei der Einatmung nur wenig verringert, unsere Gedanken zunächst auf eine Herzschwäche richten. Anders ist dies, wenn die Füllung nur eine einseitige ist. Hier kann oft ein Blick auf eine oberflächlich gestaute Halsvene unsere Aufmerksamkeit auf einen bisher verborgenen spezifischen Prozeß in der Spitzengegend hinführen. Wenig geübt wurde bisher die Betrachtung des Venenplexus am Zungengrunde. Seitdem wir aber dieser Gegend bei der Inspektion der Mundhöhle eine erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden, sehen wir in ihm einen feinen Gradmesser des Vorhandenseins einer kardialen Insuffizienz und haben uns daran gewöhnt, die Richtigkeit unseres therapeutischen Vorgehens durch die Betrachtung dieser Gegend zu überprüfen. Die dünne Schleimhaut ermöglicht einen ganz ausgezeichneten Überblick und vermittelt bei Ausschluß lokaler Störungen einen guten Eindruck von der Art des vorhandenen Venendruckes.

Schon oben haben wir erwähnt, daß die Halsvenen von jedem Arzte zu einer eingehenden Beobachtung herangezogen werden sollten. Neben dem Füllungszustande sind es hier die Pulsationen, welche der klinisch diagnostischen Betrachtung wert sind. Vor allem kommt es hier auf die Entscheidung an, ob die vorhandene Pulsation als eine mitgeteilte oder als eine eigene aufzufassen ist. In manchen Fällen gelingt diese Entscheidung unschwer dadurch, daß man in der erweiterten Halsvene die Pulswelle bis zum Kieferwinkel, ja darüber hinaus bis in die Stirn zu verfolgen imstande ist. In diesen Fällen bedarf es aber meist dieses Symptoms nicht, um eine Insuffizienz der dreizipfligen Klappen zu erkennen. Diagnostisch wichtiger sind aber die Fälle, bei denen die Entscheidung nicht auf den ersten Blick zu treffen ist. Hier hilft oft das bekannte Ausstreichen der Venen. Leere Venen sind nicht imstande, eine mitgeteilte Pulsation zu zeigen. Bei leeren Venen kann man auch gut das Einschließen der vom Herzen kommenden Pulswelle be-

obachten. Als wenig bekannt sei darauf hingewiesen, daß es bei schwerer, lange bestehender Schlußunfähigkeit der Trikuspidalklappe durch die Rückstauung auch zu varikösen Erweiterungen der Venen an der Innenfläche der Hand kommen kann, die hier gleich venösen Polstern den Handballen aufliegen.

Nach der Betrachtung der Halsvenen soll der Blick nach der Brustbeinregion gehen. Hier sind es oft leicht zu übersehende Venenerweiterungen, welche die Diagnose eines mediastinalen Prozesses schon zu einer Zeit ermöglichen, in der uns die Perkussion und auch das Röntgenbild oft noch im Stiche lassen. Zu beachten hat man aber bei Untersuchung der Brustbeinregion bei Frauen die Tatsache einer beginnenden, bzw. überstandenen Schwangerschaft. Bei diesen Zuständen können manchmal die zu den Brustdrüsen führenden Venen lange Zeit strotzend mit Blut gefüllt sein und so bei Nichtbeachtung dieses Umstandes zu Fehlschlüssen Veranlassung geben. Hier haben wir es nicht mit abnormen Stauungsvorgängen, sondern mit Abflußbahnen von in erhöhter Tätigkeit befindlichen Venengebieten zu tun.

Früher wurde den sogenannten Sahlischen Venen, die sich an den Ansatzpunkten des Zwerchfelles finden sollen, ein besonderes Augenmerk zugewendet. Wir haben, angeregt durch unseren früheren Lehrer Chvostek, eingehend immer wieder auf dieses Venennetz geachtet, ohne ihm eine besondere diagnostische Bedeutung zubilligen zu können. Insbesondere geht es nicht an, aus der Tatsache des Vorhandenseins dieser Venen auf eine pleurale Adhäsion zu schließen.

Von Wichtigkeit ist der Füllungszustand der Venen der vorderen Bauchwand. Hier gibt es Übergänge von ausgesprochenem Caput medusae bis zu den eben sichtbaren Venenerweiterungen an den seitlichen Bauchpartien, wie sie beginnenden Anastomosen zwischen der Epigastrica inferior und superior entsprechen. Der Symptomenkomplex einer Behinderung in der Strombahn der Vena cava inferior ist so bekannt, daß wir uns damit nicht näher befassen wollen.

Hier kommt es ja meist auf die Diagnose einer Strombehinderung an, die, je nach der Lage der Obliteration, von den verschiedenen Venensystemen getragen werden muß.

Auch an den Extremitätenvenen können bei relativen und organischen Schlußunfähigkeiten der Trikuspidalklappen Pulsationen auftreten, die, selbst wenn sie systolisch sind, etwas dem Arterienpuls nachhinken. Besonders deutlich tritt dieser Zustand in Erscheinung, wenn man das Glied bis zum Zusammenfallen der Venenwand hebt. Selbstverständlich kann dieses Zeichen gleich den anderen in seiner Wertigkeit zeitlich beschränkt sein. Das heißt, es verschwindet bei relativer Schlußunfähigkeit nach Besserung der Herzkraft. Auch varikös erweiterte Venen können unter Umständen Pulsationen zeigen, die nichts anderes darstellen als die Fortleitung arterieller Gefäßschwankungen. Das Fehlen eines Venenpulses bei schwer Herzkranken und ausgedehnten Ödemen kann mit größter Wahrscheinlichkeit für ein Einströmhindernis, meist hervorgerufen durch einen Erguß im Herzbeutel, sprechen. Dagegen kann eine kräftige Pulsation in den Venen, verbunden mit einem geröteten Gesichte, anzeigen, daß es sich hier um einen Menschen mit hohem Blutdruck und durchschlagendem Venenpuls handelt.

Viel zu wenig Gewicht wird in der Allgemeinpraxis nach unseren Erfahrungen auf die diagnostische und prognostische Erkennung einer entzündlichen Erkrankung der Venen gelegt. Dies hängt vielfach damit zusammen, daß ihre Erkennung unter Umständen Schwierigkeiten bereiten kann und daß diese Art von Erkrankungen unter dem Eindrucke des ursprünglichen Krankheitsbildes meist als sekundär ganz zu Unrecht in den Hintergrund gerückt wird. Wir würden es nicht als notwendig erachten, darauf hinzuweisen, wenn wir nicht in einer jahrzehntelangen Ambulanzerfahrung immer wieder gesehen hätten, daß venenranke Patienten monatelang als Gelenkentzündungen, Neuralgien usw. ohne Erfolg und mit Gefährdung ihres Lebens behandelt werden. Daß es wichtig ist, hierauf ein Augenmerk zu richten, das kann

man z. B. daran sehen, daß lange Jahre im Sezierraum beschäftigte Hilfskräfte einem jungen Kliniker, der sich vor der Leichenöffnung breit über den unklaren plötzlichen Tod des Patienten ausläßt, aus einer Differenz im Umfange der Unterschenkelmuskulatur die Diagnose einer stattgefundenen Pulmonalembolie sofort angeben. Tatsächlich kann man oft die gefährliche, tiefe Unterschenkelthrombose nur aus einem solchen rascher mit dem Auge als mit dem Meßband nachzuweisenden Unterschied im Umfange erkennen. Bei oberflächlicher Thrombophlebitis fällt eine solche Diagnose wohl nicht schwer. Neben den thrombosierten Venen sind es aber viel häufiger die grünlich- bis gelblichen Begleitstreifen längs der Venen, die den Blick auf sich ziehen sollen. Ein leichter palpierender Druck auf diese Stellen wird dann oft ein bisher unter allen möglichen Flaggen segelndes Krankheitsbild zu klären imstande sein. Bei dieser Erkrankung hat es meist der interne Mediziner leichter als der Chirurg. Auf internen Stationen treten Venenentzündungen in der Regel im Gefolge septischer Erkrankungen auf und veranlassen schon durch ihren stürmischen Verlauf den Patienten, selbst den Arzt auf sein Leiden aufmerksam zu machen. Im Gegensatz dazu entwickelt sich die Thrombose bei chirurgischen Erkrankungen fast ganz ohne Entzündungserscheinungen, und nur die Zirkulationsstörungen und die dadurch bedingte Abflußbehinderung sind es, die auf die drohende Gefahr einer Embolie aufmerksam machen.

Diese entzündlichen Prozesse in der Venenwand haben fast ausschließlich Bedeutung an den unteren Extremitäten. Sie können sich aber bei Abflußbehinderungen auch an den oberen Extremitäten im Einzelfalle bemerkbar machen und die Diagnose auf die richtige Bahn führen. Auf einen Umstand möchte ich in diesem Zusammenhange aber aufmerksam machen. Bei den Tausenden von intravenösen Injektionen kommt es eigentlich sehr selten vor, daß sich, auch bei schlechter Technik, aus lokalen Entzündungen schwerwiegen-

dere Erkrankungen entwickeln. Nur vereinzelt gibt es Patienten, bei denen jeder Eingriff an den Venen zu langwierigen, sich bis hinauf fortpflanzenden Entzündungen führt. Meist wird man auf diesen Umstand durch die Klagen der jungen Ärzte aufmerksam gemacht, daß sich keine Vene in den oberen Extremitäten wegen eingetretener Verstopfung zur Injektion eignet. Nach unseren Erfahrungen tritt diese besondere Bereitschaft der Venen zur Entzündung nur bei Patienten auf, deren Endothel durch den Krankheitsverlauf schweren Schaden gelitten hat. Für mich ist diese besondere Empfindlichkeit der Venenwand immer ein untrügliches Zeichen, die Prognose als unbedingt ungünstig zu stellen.

Auch dieser Abschnitt ließe sich wohl noch viel ausführlicher gestalten. Auch er soll aber nur dazu Veranlassung geben, sich bei der Durchuntersuchung des Kranken kurz, aber gründlich mit dem Venensystem zu beschäftigen. Man wird dann erkennen, welch bedeutungsvolle und weitgehende Rückschlüsse uns diese kurze Betrachtung geben kann.

Der Kranke und seine Arterien.

Wegen ihrer tiefen Lage, die eine direkte Betrachtung nur an bestimmten Orten möglich macht, wird der klinischen Beobachtung der Arterien verhältnismäßig wenig Beachtung geschenkt. Normalerweise sieht man ja kaum das Pulsieren der Halsschlagadern, so daß man aus der Sichtbarkeit eines Arterienrohres eigentlich fast schon den Schluß ziehen kann, daß wir es hier entweder mit einer pathologischen Wandverdichtung oder Füllungszuständen zu tun haben. Sehr eindrucksvoll kann sich dies an den geschlängelten, plastisch hervortretenden Armarterien an der Innenseite des Oberarmes zeigen, wobei durch die gleichzeitigen Pulsschwankungen ein Ortswechsel erzeugt wird, der Eppinger dazu Veranlassung gegeben hat, dieses Krankheitszeichen als Glockenstrangsymptom zu bezeichnen. Die Sichtbarkeit eines Gefäßrohres ge-

stattet aber noch lange nicht die Diagnose der speziellen Annahme einer Arteriosklerose. Fibröse Wandverdickungen, die in vielen Fällen wenig mit einer allgemeinen Arteriosklerose zu tun haben, können die gleichen Bilder hervorrufen. Sehr häufig wird bei sichtbaren und geschlängelten Adern an den seitlichen Stirnhälften zwangsläufig auf eine bestehende allgemeine Gefäßerkrankung geschlossen. Hier sind aber die Bedingungen, welche zur Sichtbarkeit eines Arterienrohres führen, so günstige, daß schon ein geringer Schwund des Fettgewebes die Arterie bloßlegt und deshalb nicht die Berechtigung besteht, aus diesem alleinigen Befund die oben angeführte Diagnose zu stellen.

Eine stärkere Pulsation der Arterien, die am besten in den Halsschlagadern sichtbar ist, muß unzweifelhaft auf abwegige Zustände in der Kreislaufdynamik hinweisen. Wohl allen Ärzten sind die fast hüpfenden Bewegungen der Halsschlagadern als Ausdruck eines Pulsus celer bei Schlußunfähigkeit der Brustschlagaderklappen bekannt. Weniger bekannt ist die Tatsache, daß sich das gleiche Verhalten an den Halsschlagadern auch bei Zuständen vorfindet, welche mit einer erhöhten Blutgeschwindigkeit einhergehen. Am deutlichsten kann man diese starken Pulsationen beim Morbus Basedowi, besonders wenn man den Hals von rückwärts betrachtet, erkennen. Sie finden sich auch bei Personen, die wegen ihres stark erhöhten Sympatikustonius rasch auf Reize körperlicher oder seelischer Natur ansprechen. Schließlich kann das gleiche Symptom auch bei schweren Anämien in Erscheinung treten. Ganz besonders deutlich ist es bei der Verbindung einer Blutarmut mit einem Herzklappenfehler, wie wir dies bei der Endocarditis lenta vor uns haben, zu sehen. In einem Zusammenhange muß noch besonderer Wert auf dieses Symptom gelegt werden. Nicht allzu selten sieht man bei fast bewußtlosen, blassen Menschen mit kühler Haut und leeren Venen, also im schweren Kollapse, ein starkes Schlagen der Halsadern. Eppinger, der ja nicht nur die experimentelle Kenntnis, sondern auch die Klinik des Kol-

lapses wesentlich gefördert hat, weist zu wiederholten Malen auf dieses ganz charakteristische und anfänglich unverständliche Symptom hin. Er erklärt dies mit Recht damit, daß im Kollapse mit Mühe vom Körper die Blutzufuhr nur für die lebenswichtigen Organe, also auch für das Gehirn, aufrechterhalten wird und deshalb in diesen Fällen der Gegensatz zwischen den blassen, abgesperrten Extremitäten und den wildschlagenden Halsarterien ein krasser, aber nach dieser Auffassung vollkommen verständlicher ist.

Als arterielles und auf den ersten Blick erkennbares Symptom muß letzten Endes auch das Oliver-Carderellsche Symptom, das systolische Hinaufrücken des Kehlkopfes bei bestehender Aorteninsuffizienz erwähnt werden, das in manchen Fällen einen solchen Umfang annehmen kann, daß mit ihm auch eine Erschütterung des ganzen Kopfes im Sinne eines Kopfnickens verbunden ist. Eine gleiche Bedeutung haben bekanntlich auch die sichtbaren Pulsationen im Bereiche des Jugulums, die manchmal nur als der Ausdruck eines Pulsus celer bei einer Schlußunfähigkeit der Aortenklappen in Erscheinung treten, in vielen Fällen aber für eine Erweiterung der Brustschlagader selbst sprechen. Bei letzterer Erkrankung, die ja oft durch ihr Übergreifen auf die Aortenklappen mit einer Schlußunfähigkeit derselben verbunden ist, findet sich sehr häufig ein einseitiges Schlagen der Halsarterien durch die einseitige Einengung des Abganges einer der großen Halsarterien. In fortgeschrittenen Fällen kann man unter Umständen auch systolische Pulsationen in den oberen Zwischenrippenräumen rechts vom Brustbein sehen, und in ganz schweren Fällen hat man den Eindruck, als würde das Aneurysma das Brustbein selber systolisch heben. So einfach die Diagnose auf den ersten Blick erscheint, wenn man einen pulsierenden Tumor in der Gegend des oberen Brustbeines sieht, so täuschend kann dieser Anblick sein. Unvergeßlich werden mir in dieser Hinsicht zwei Fälle bleiben, bei denen erfahrene Kliniker die Annahme eines Aneurysma gestellt haben und bei denen es sich doch

um maligne Tumoren, ausgehend von einer substernalen Struma, gehandelt hat. In beiden Fällen wurde die Diagnose eines Aneurysma von anderer Seite ebenfalls durch einen kurzen Blick abgelehnt wegen des Fehlens einer Pupillenstarre und einer nicht sichtbaren Pulsation an den Halsarterien.

In diesem Zusammenhange möchten wir auch die Pulsationen erwähnen, welche in der Gegend des epigastrischen Winkels sichtbar werden. Hier muß ein Blick entscheiden, ob die Pulsationen von oben, also vom rechten Herzen, oder von unten, also von der Bauchorta, kommen. Es ist immer wieder überaus eindrucksvoll, welche wichtige Schlußfolgerungen durch diesen kurzen Blick ausgelöst werden. Pulsationen, die von oben kommen, sprechen für einen Zwerchfelltiefstand oder für ein abnorm stark vergrößertes rechtes Herz. Beim Emphysem werden sich diese beiden Komponenten vereinigen, ein Blick auf die Form des Brustkorbes und auf den epigastrischen Winkel wird diese Diagnose bestätigen oder ablehnen lassen und im letzteren Falle die zwingende Notwendigkeit ergeben, sich mit der Frage nach der Ursache der Vergrößerung des rechten Herzens näher zu befassen. Pulsationen von unten, also von der Bauchorta kommend, sieht man häufig bei Aorteninsuffizienzen, bei arteriosklerotischen Veränderungen des Rohres und bei Tumoren, die der Aorta aufliegen und dadurch normale Pulsationen in übertriebenem Maße fortleiten. Vergessen darf man aber dabei nie, daß es sehr häufig zu den Kennzeichen eines nervösen Menschen gehört, daß man bei ihm eine abnorme Pulsation der Bauchorta im Oberbauche sieht, eine Tatsache, die von dem Patienten selbst meist unangenehm empfunden wird.

Schon bei der Besprechung des Kollapses haben wir darauf verwiesen, daß auch indirekte Zeichen uns eine Handhabe für eine Erkrankung des arteriellen Systemes geben müssen. So sieht man beim Kollapse leichenblasse, mit kühlem Schweiß bedeckte Extremitäten, die uns zeigen, daß der

Körper sein letztes Mittel in Anwendung bringt, bei einer geringen im Umlauf befindlichen Blutmenge alle nicht unbedingt zum Leben notwendigen Teile abzuschalten. Haben wir dieses Zeichen nur an einer Extremität vor uns, so müssen wir, gleichwie bei den Faustregeln der Neurologie, an eine periphere Störung denken und danach unser Handeln einrichten.

Nicht nur die Betrachtung, sondern auch die Betastung der peripheren Arterien gibt uns im Augenblicke weitgehende Möglichkeiten einer Einsichtnahme in pathologische Zustände. Wir werden dadurch eine Fibrose von einer Arteriosklerose trennen können. Wir werden durch ungleichmäßige Kalkeinlagerungen zur Annahme einer Mediaverkalkung geführt, und schließlich wird durch den Tastbefund kleiner Knötchen in der Arterienwand nicht allzu selten ein hunderte Male untersuchter Fall eines unklaren septischen Zustandsbildes als Arteriitis nodosa aufgeklärt. Trotz ihrer meist tiefen Lage bieten also auch die Arterien ein weites Feld für eine rasche Diagnose, wobei wir ganz von der Betastung des Pulses und von seiner oft überragenden Bedeutung für die Auffassung des Krankheitsbildes hier absehen möchten.

Dagegen wollen wir etwas näher auf ein Symptom eingehen, welches, zumindest teilweise, arteriell bedingt ist. Schon in Laienkreisen wird ein Mensch, der aus den verschiedensten Ursachen heraus sehr rasch errötet, als ein nervöser angesehen. Diese flammige Röte, die vom Halse aufsteigt und das Gesicht übergießt, wird ja auch von dem Betroffenen selber als eine warme, aufsteigende Welle bezeichnet und dadurch als arterielles Symptom klassifiziert. Immer, wenn der Mensch sich in Zeitläuften befindet, in denen er sich entweder in einer körperlichen oder seelischen Umstellung befindet, tritt dieses Symptom in den Vordergrund. So erklärt sich das Erröten junger Mädchen in der Zeit der Pubertät und das gleiche Symptom bei älteren Frauen in den Wechseljahren. Jeder von uns hat wohl schon aus diesen Anzeichen heraus

das Klimakterium einer Frau diagnostiziert. So banal dieses Symptom und seine Erklärung ist, so wertvoll ist seine Kenntnisnahme, wenn wir einer Patientin gegenüber sitzen, die über anginöse Beschwerden klagt und bei der es zu entscheiden gilt, ob wir es mit der Todesdiagnose einer echten Angina pectoris zu tun haben oder um vasomotorische Störungen, die durch ein entsprechendes Heilmittel rasch zum Schwinden gebracht werden können. Eine ständige Röte des Gesichtes sehen wir auch bei vielen unserer Hypertoniker, wobei sich aber in den meisten Fällen ein bläulicher Unterton dazumischt, der uns wieder Veranlassung gibt, an die gleichzeitig bestehende Herzschwäche zu denken. Schon seit langem ist uns aufgefallen, daß Fälle von zerebralen Erkrankungen, insbesondere von Hirntumoren, eine Rötung des Gesichtes und des Halses aufwiesen, die sich in nichts von der jugendlichen Röte in ihrem Aussehen unterscheidet und nur dadurch zu trennen ist, daß sie eben ein ständiges Symptom darstellt. Diese Verfärbung von Hals und Gesicht findet sich aber auch bei Infektionskrankheiten, bei denen entweder gleichzeitig oder durch dieses Symptom angezeigt eine Mitbeteiligung des Gehirnes im Sinne von Bewußtlosigkeit und Kollapsneigung beobachtet werden kann. Gleich wie bei den Hirntumoren durch Druck, scheint es sich bei den letztgenannten Zuständen um toxische Schädigungen des Vasomotorenzentrums zu handeln. Von Rötungen der Haut aus anderen Ursachen sind diese Veränderungen leicht dadurch zu trennen, daß es wohl gelingt, durch einen starken Fingerdruck eine blasse Druckstelle zu erzeugen. Man ist aber, wenn man diese Dinge einmal beachtet, überrascht, wie diese blasse Stelle in Bruchteilen von Sekunden durch rotes, hineinschießendes Blut wieder zum Verschwinden gebracht werden kann. Es handelt sich hier um ähnliche Zustände, wie man sie bei den Aorteninsuffizienzen beobachten kann. Erzeugt man bei diesen Kranken, am besten auf der Stirne, durch Reiben eine hyperämische Stelle, so sieht man an ihrer äußeren Begrenzung überaus deutlich den bis in die Präkapillaren

durchschlagenden Pulsus celer. Letztere Diagnose kann man im übrigen auch dadurch leicht stützen, daß man durch leichten Druck einen Fingernagel anämisiert und das Schwinden und Kommen der Röte beobachtet.

Es ist selbstverständlich, daß man auch sonst immer wieder nicht vergessen darf, daß auch abnorm verlaufende Arterien oder aneurysmatische Bildungen und von Arterien gebildete Geschwülste eigentlich an allen Stellen des Körpers abnorme Pulsationen hervorrufen können, die nicht nur durch den Blick und durch den Tastsinn, sondern auch unter Umständen auf Distanz durch das Gehör wahrzunehmen sind. Schließlich werden wir im Kapitel über die Haut uns noch eingehender damit beschäftigen müssen, welchen großen Anteil an der diagnostisch so wichtigen Hautfarbe Schwankungen in dem Spannungszustande des arteriellen Systemes besitzen. Gerade die Blutversorgung gibt ja dem lebenden Gewebe ein ganz charakteristisches Aussehen und liefert über den Zustand der Arterien oft ein viel eindrucksvolleres Bild als es ihre direkte Besichtigung ermöglicht.

Der Kranke und seine Lymphdrüsen.

Nie versäume es der Arzt, bei der Erhebung des Allgemeinzustandes sich durch die Betrachtung und die Betastung über die Beschaffenheit der Lymphdrüsen zu orientieren. Zu wiederholten Malen haben wir die Beobachtung gemacht, daß die Nichtausführung dieser Untersuchung, bzw. ihre unrichtige Einschätzung zu falschen Diagnosen geführt haben. Das Ansehen und die Abtastung der oberen Schlüsselbeingruben, der Achselhöhlen und der Leistengegend erfordert eine kurze Zeit und bringt in vielen Fällen einen überraschenden Einblick in das vorliegende Krankheitsbild. Auch bei großen sichtbaren Lymphdrüenschwellungen unterlasse man es nie, sich davon zu überzeugen, ob wir es nur mit einer örtlichen oder einer allgemeinen Lymphdrüsenvergrößerung zu tun haben.

Die allgemeine Lymphdrüsenvergrößerung kann die ver-

schiedensten Ursachen haben und trotzdem bei Berücksichtigung von Form, Größe, Konsistenz und gegenseitiger Abgrenzung weitgehende differentialdiagnostische Möglichkeiten zulassen. Bekannt sind die diffusen Lymphdrüenschwellungen bei der Tuberkulose, wobei die einzelnen Drüsen nur gering vergrößert erscheinen, dafür aber eine ziemlich harte Konsistenz aufweisen. Gleich beschaffene Lymphdrüsen findet man auch bei chronisch verlaufenden septischen Prozessen und bei der Endocarditis lenta. Sie unterscheiden sich aber von der Tuberkulose meist durch ihre etwas weichere Konsistenz. Auch bei den schwierig zu deutenden luetischen Exanthemen fördert oft die Tatsache einer vorhandenen diffusen, aber geringgradigen Lymphdrüenschwellung die Diagnose. Vielfache und mächtige Lymphdrüenschwellungen beherrschen das Bild der Leukämien, wobei die Lymphadenosen meist eine stärker in die Augen springende Mitbeteiligung aufweisen als die Myelosen. Die einzelnen Lymphdrüsen sind hier von mäßig harter Konsistenz und grenzen sich entsprechend der nichtentzündlichen Ursache des Leidens scharf voneinander ab. Eppinger vergleicht die dabei zu erhebenden Tastbefunde mit denen, die man an einem gefüllten Kartoffelsack erheben kann, wobei er besonderen Wert auf die scharfe Abgrenzung, die oft erstaunliche Verschieblichkeit und die Schmerzlosigkeit legt. Im Gegensatze zu den oben angeführten diffusen Lymphdrüenschwellungen findet man hier auch Lymphdrüsen in Gegenden, bei denen sonst solche Gebilde weder zu sehen, noch zu fühlen sind.

Im Gegensatze dazu haben wir es bei der Paltauf-Sternbergschen Erkrankung, der Lymphogranulomatose, meist nur im vorgeschrittenen Stadium mit einer allgemeinen Lymphdrüenschwellung zu tun. Entsprechend der Ansicht Carl Sternbergs von einer bakteriellen Genese dieser Erkrankung finden sich in den Anfangsstadien, aber auch in den Nachschüben immer nur einzelne Lymphdrüsengruppen ergriffen. Es erweckt in vielen Fällen den Anschein, als würden die vorhandenen Lymphdrüenschwellungen die ein-

zelen Stationen der fortschreitenden Infektion bezeichnen. Recht eindrucksvoll und diagnostisch noch wenig bekannt sind die Fälle von Lymphogranulomatose, bei denen in den Anfangsstadien die Halslymphdrüsen oft nur einseitig ergriffen sind, so daß C. Sternberg von seinem Schüler Richard Paltauf jun. gerade diese Fälle als einen Beweis für die bakterielle Genese dieses Leidens beschreiben ließ. Die örtliche Beschränkung der Lymphdrüsenanschwellungen läßt in vielen Fällen die Möglichkeit zu, sie gegen die ähnlich beschaffenen bei leukämischen Erkrankungen abzugrenzen. Schwierig ist ihre Differentialdiagnose aber gegenüber der unter ähnlichen klinischen Symptomen verlaufenden käsigen Lymphdrüsentuberkulose. Auch hier findet sich die Bahn des Infektionsweges durch Lymphdrüsenanschwellungen gekennzeichnet. Eine Unterscheidung ist in manchen Fällen nur dadurch möglich, daß bei der verkäsigen Lymphdrüsentuberkulose die gleichzeitig vorhandene Entzündung der Lymphdrüsenkapsel bald dazu führt, daß die Abgrenzung der einzelnen Lymphdrüsen untereinander unscharf wird und so statt einzelner Lymphdrüsen große Lymphdrüsenpakete zu tasten sind.

Während es bei den allgemeinen Lymphdrüsenanschwellungen eigentlich nur wenige Erkrankungsformen sind, die in differentialdiagnostische Überlegung kommen, verhält sich dies bei den lokalen anders. Hier kommt es darauf an, auf Grund des Tastbefundes zu entscheiden, welche Ursache dem Leiden zugrunde liegt. Gerade in diesen Fällen zeigt sich aber der Wert einer genaueren Untersuchung, die unter Umständen weiter führen kann als dies die modernsten klinischen Laboratoriumsmethoden vermögen. Meist macht auf entzündliche Lymphdrüsenanschwellungen der Patient den Arzt selbst aufmerksam, da sich ihm diese durch ihr plötzliches Auftreten und meist auch durch Schmerzen oder mindestens durch Spannungsgefühle bemerkbar machen. Diese Lymphdrüsenanschwellungen sind entsprechend ihren Entstehungsursachen immer nahe der Einbruchspforte gelagert. In vielen Fällen kommt man aber erst durch ihr Vorhandensein auf die pri-

mär entzündliche Stelle. Hier ist oft eine genaue Kenntnis der Abflußbahnen der verschiedenen Körperstellen von größter Wichtigkeit, da es nur durch sie gelingt, gleich die richtige Lokalisation der Einbruchspforte zu gewinnen. An dieser Stelle sei es erlaubt, einiger Lymphdrüsengruppen besonders Erwähnung zu tun, deren Kenntnis oft nicht in dem richtigen Ausmaße bei den Ärzten vorhanden ist. Bei entzündlichen Lymphdrüenschwellungen in der Leistenbeuge wird man, besonders wenn die unteren Lymphdrüsengruppen ergriffen sind, an eine Erkrankung der unteren Extremitäten, bei Befallensein der oberen, an eine solche der Geschlechtsorgane denken. In vielen Fällen wird aber nicht bedacht, daß auch entzündliche, bzw. krebsige Erkrankungen des Enddarmes ebenfalls ihre Abflußbahn in dieser Gegend besitzen. Bei solchen Zusammenhängen haben wir es aber in den meisten Fällen vermißt, daß sich der Arzt durch eine entsprechende Untersuchung auch über den Zustand dieses Darmabschnittes Aufklärung verschafft. Da gerade entzündliche Erkrankungen des Mastdarmes und des Anus selbst zu den schmerzhaftesten und auch am häufigsten verschwiegenen Leiden gehören, erscheint uns diese Kenntnis auf Grund zahlreicher Erfahrungen erwähnenswert. Chvostek hat es in seinen berühmten diagnostischen Vorlesungen bei entzündlichen Erkrankungen des Brustraumes nie unterlassen, sich durch das Bestreichen der seitlichen Brustabschnitte von dem Vorhandensein einer in der mittleren Axilarlinie gelegenen sog. Zebrovskyschen Lymphdrüse zu überzeugen. Diese Lymphdrüse springt bei mageren Personen meist leicht sichtbar vor und kann bei ihrer näheren Untersuchung rasch über die Art und das Vorhandensein einer Erkrankung im Brustrauminneren orientieren. Wohl kein Arzt wird es unterlassen, bei einer Erkrankung der Gaumenmandeln einen Griff in die Gegend des Kieferwinkels zu machen, um sich dadurch von dem Fortschreiten der Halsentzündung zu unterrichten. Meistens ist nur in chirurgischen Kliniken die Tatsache geläufig, daß hinter dem Ohr gelegene Lymphdrüsen dazu Veranlas-

sung geben müssen, die Kopfhaut und ihre Anhangsgebilde einer genaueren Untersuchung zu unterziehen. Sehr häufig verursachen chronische, durch Läuse hervorgerufene Ekzeme diese Lymphdrüsenvergrößerungen, welche durch Einschmelzung zu Abszessen führen, die ganz richtig von den Chirurgen als Lausabszesse bezeichnet werden. Schließlich sei noch daran erinnert, daß nicht selten das Auftreten von Lymphdrüsen in den seitlichen Halspartien die Veranlassung dazu gibt, den Arzt aufzusuchen und so das Vorhandensein einer spezifischen Hilustuberkulose, die ihre Grenzen überschritten hat, zu erkennen.

Nach der Art der Lymphdrüsenanschwellung ist es verhältnismäßig leicht, sich über die auslösende Ursache zu unterrichten. Akute Lymphdrüsenanschwellungen sind schmerzhaft, lassen unter Umständen durch Übergreifen auf das benachbarte Gewebe auch ein leichtes Hitzegefühl oder eine Rötung an der Haut erkennen und sind entsprechend der Mitbeteiligung der Lymphdrüsenkapsel bei längerem Bestande miteinander verbacken. Solche Lymphdrüsenanschwellungen können oft das ganze Leben lang bestehen, ohne daß der Träger von dem Vorhandensein einer Einbruchspforte Kenntnis hat, sie verhärten mit der Zeit und führen wegen ihrer Konsistenz oft zu falschen diagnostischen Schlüssen. In vielen Fällen wird aber der Ausschluß einer anderweitigen Lymphdrüsenanschwellung ihre Harmlosigkeit ergeben. Die chronisch entzündlichen, leukämischen und lymphogranulomatösen Lymphdrüsenvergrößerungen wurden schon oben besprochen. Von größter Bedeutung ist es aber, die jungen Mediziner darauf einzustellen, auf den ersten Griff eine krebsige Lymphdrüse zu erkennen. Diese zeichnet sich durch eine besondere Härte aus, die vielleicht verbunden ist mit einer eigentümlich prallen Konsistenz, deren genaue wörtliche Beschreibung unseres Erachtens aber nicht möglich ist. Wie in so vielen Fällen der klinischen Diagnostik, kommt es hier auf einen durch lange Übung erzogenen und verfeinerten Tastsinn an, der es dann mit fast absoluter Sicherheit gestattet,

die Diagnose auf ein metastatisches Karzinom der Lymphdrüse zu stellen. Am besten lernt man dieses Tastgefühl in der pathologischen Anatomie an exstirpierten krebsigen Brustdrüsen samt dem dazugehörigen Fettpolster der Achselhöhle. Hier gewöhnt sich der Finger bei der Durchmusterung des letzteren an die eigentümliche, nur durch das Karzinom hervorgerufene Konsistenz einer mit Krebszellen durchsetzten Lymphdrüse. Ich verdanke diese Erlernung der Untersuchungsmethode solcher Lymphdrüsen meinem Lehrer für pathologische Anatomie Carl Sternberg, der mit unfehlbarer Sicherheit durch die Betastung des axillaren Fettkörpers auch die kleinsten, krebsigen Lymphdrüsen herausfand. Während die am toten Materiale gewonnenen Tastbefunde sich sonst grundlegend von denen am lebenden unterscheiden, gleichen sie hier vollkommen einander, eine Tatsache, von der ich mich auch in meiner chirurgischen Lehrzeit zu wiederholten Malen überzeugen konnte. Eine genaue Betastung einer solchen Lymphdrüse kann unter Umständen früher zur Diagnose führen als die Röntgenuntersuchung. Sie kann in vielen Fällen einen entscheidenden Einfluß auf das weitere therapeutische Vorgehen gewinnen. Unvergeßlich wird aber wohl jedem Arzte die Feststellung einer karzinomatösen Lymphdrüse sein, wenn er sie bei einem Menschen macht, der aus anderen Ursachen den Arzt aufgesucht hat. Wenn auch in den meisten Fällen durch einen solchen kleinen Griff das Todesurteil bestätigt erscheint, so können wir doch durch Verhinderung unnützer schwerer Eingriffe einerseits und durch Einleitung einer Strahlentherapie andererseits das Leben eines solchen Kranken schmerzloser gestalten oder verlängern. Auch bei dieser Lymphdrüsenerkrankung ist die Kenntnis der Anatomie der Lymphdrüsen und ihrer Abflußbahnen von größter Wichtigkeit. Einzelne besonders wichtige und oft verkannte Beispiele haben wir schon bei den entzündlichen Lymphdrüsenerkrankungen erwähnt, die sich ungezwungen auch auf die krebsigen Erkrankungen

anwenden lassen. Hier sei nur auf die Bedeutung der sog. Virchowschen Drüse näher eingegangen. Bekanntlich soll sich bei Magenkrebsen in der linken oberen Schlüsselbein-grube eine Lymphdrüse von typischer krebsiger Konsistenz vorfinden, die als ein Frühzeichen für Magenkarzinome gelten soll. Erfreulicherweise ist bei den Magenkarzinomen die klinische Diagnostik schon so weit vorgedrungen, daß wir in den seltensten Fällen Gelegenheit haben, die Nichtentfernbarkeit des Magenkrebses durch diese Lymphdrüse bestätigen zu müssen. Sie findet sich nach unseren Erfahrungen aber äußerst selten und hat wohl in der jetzigen Zeit ihre diagnostische Bedeutung fast ganz verloren.

Einer besonderen Besprechung bedürfen die Lymphdrüsen bei der Lymphosarkomatose Kundra's. Hier handelt es sich um eine Systemerkrankung, die aber, meist von einem Orte ausgehend, fast unaufhaltsam das ganze lymphatische Gewebe des Körpers ergreift. Dementsprechend sind nur ganz am Anfang die Lymphdrüsen voneinander abgrenzbar, verbacken aber durch die Durchbrechung der Kapseln und durch das Fortschreiten auf die Umgebung bald miteinander und bilden so große unverschiebliche Lymphdrüsenpakete, die sich aber in ihrer Konsistenz von den krebsigen Lymphdrüsen durch eine gewisse Weichheit unterscheiden lassen. Ihre Unterscheidung von entzündlichen Lymphdrüsen wird durch die fehlende Schmerzhaftigkeit und durch das starke Übergreifen auf die Umgebung erleichtert sein. Obwohl durch die übrigen Untersuchungen erst auf einem Umwege die Art einer Lymphdrüsenanschwellung erkannt werden kann, bleiben, insbesondere für den spezialisierten Arzt, doch immer genug Fälle übrig, bei denen er auf die von den alten Ärzten viel mehr angewandte Kunst der vitalen Lymphdrüsendiagnostik zurückgreifen muß.

Dieser Abschnitt würde uns aber unvollständig erscheinen, wenn wir nicht noch auf die Spuren eingehen würden, die frühere Lymphdrüsenentzündungen auf der Haut zurücklassen. Brechen die eingeschmolzenen Lymphdrüsen

durch, so hinterlassen diese an der Haut und im Unterhautzellgewebe Narben, von deren Ausdehnung man sich dann leicht überzeugen kann, wenn man versucht, sie chirurgisch zu entfernen. Bekannt sind solche Veränderungen bei den zwei häufigsten chronischen Infektionskrankheiten, bei der Tuberkulose und bei der Lues. Oft sind es ganz zarte, aber strahlig verlaufende, unverschiebliche Narben unter dem Unterkiefer, die dazu Veranlassung geben müssen, eine genauere Untersuchung auf eine etwa noch vorhandene aktive Tuberkulose einzuleiten. Andererseits sind es aber gerade diese in der Kindheit erworbenen Narben, welche uns anzeigen, daß ihr Träger schon in früher Jugend seinen Kampf mit den Tuberkelbazillen begonnen und es deshalb auch verstehen gelernt hat, ein Wiederaufflackern in entsprechender Weise zu bekämpfen. Nach vielfältigen Erfahrungen lassen also diese in den seitlichen Halspartien gelegenen strahligen, zu Kelloidbildungen neigenden Narben den sicheren Schluß ziehen, daß der Träger eine Tuberkulose durchgemacht hat, daß aber bei ihm mit großer Wahrscheinlichkeit das Wiederauftreten eines solchen Prozesses eine günstige Prognose ergeben wird. Fälschlicherweise werden, besonders in dieser Gegend, andere Narbenbildungen gleichfalls auf das Überstehen einer Tuberkulose bezogen. In Frage kommen trichterförmig eingezogene, mit dem Periost des Unterkiefers verwachsene Narben, die auf osteomyelitische Erkrankungen des Unterkiefers infolge von Granulomen hindeuten. Sehr häufig finden sich unter dem Kinn kleine Narben, die als Reste nach den bei Kleinkindern in dieser Gegend sehr häufigen Staphylokokkenabszessen anzusehen sind. Nicht vergessen werden darf, daß auch die Aktinomykose zu ausgedehnten Narbenbildungen am Halse Veranlassung geben kann. Ebenso wichtig wie die Untersuchung des Halses erscheint die der Leistenbeuge. Strahlige Narben dieser Gegend weisen wohl mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine durchgemachteluetische Infektion hin. Kann man noch, insbesondere beim Manne am Gliede, die Narbe des Primäraffektes nachweisen, so kann

dadurch in vielen Fällen die Genese mancher Herzbeschwerden schlagartig geklärt werden. So wichtig diese Art der Diagnostik auch ist, darf aber ein solcher Befund in der Leistenbeuge nicht unbedingt dazu Veranlassung geben, den Träger als einen alten Luetiker anzusprechen. Letzten Endes können auch akut entzündliche Lymphdrüsenkrankungen dieser Gegend bei ihrer Einschmelzung und insbesondere nach chirurgischen Eingriffen und langer Drainage der Wundhöhlen zu ähnlichen Narbenbildungen führen, wie sie schließlich auch das in unseren Breiten sehr seltene Lymphogranuloma inguinale erzeugt.

Die Beachtung der Lymphdrüsen, die bei der Untersuchung nur ganz wenig Zeit in Anspruch nimmt, kann in vielen Fällen rätselhafte Krankheitserscheinungen aufklären oder mindestens schon erhobene Befunde unterstützen. Sie ist eine Untersuchungsmethode, die lange Zeit geübt werden muß, um schließlich dem Arzte im Einzelfalle ungeahnte differentialdiagnostische Möglichkeiten in die Hand zu geben.

Der Kranke und seine Muskeln.

Die Muskulatur und ihre Beziehungen zu dem Allgemeinzustand des menschlichen Körpers sind zwar hinlänglich bekannt, aber viel zu wenig in ihrer diagnostischen Bedeutung eingeschätzt. Die Muskulatur findet meist nur Beachtung als Motor für die einzelnen Gelenke, aber nicht als Ausdrucksform für die verschiedensten Allgemeinzustände. Das Aussehen auch des ruhenden menschlichen Körpers hängt wesentlich von den auch im Ruhezustande in der Muskulatur vorhandenen Spannungszuständen ab, dem bis heute noch nicht exakt zu erfassenden Muskeltonus. Durch diesen wird die Körperoberfläche ganz wesentlich verändert. Da aber der Tonus der Muskulatur, der wahrscheinlich ausschlaggebend von den vegetativen Zentren des Gehirnes abhängt, beim gesunden und kranken Menschen große Unterschiede aufweist,

gewinnt in diesem Sinne die Betrachtung der Muskulatur eine große diagnostische Bedeutung. Schon das Laienpublikum legt einen gewissen Wert auf gute Körperhaltung und schließt mit Recht von ihr auf eine gute Gesundheit. Auch in der Ruhelage verleiht eine gut tonisierte Muskulatur dem Körper die Zeichen einer Aktivität. Wir wissen ja, wie schwer es ist, Spannungen der Muskulatur, die bei manchen Untersuchungen recht hinderlich sein können, zu beheben. Unvergeßlich wird sich aber die Bedeutung des Muskeltonus dem einprägen, der mit ärztlichen Augen einen Menschen in seiner Sterbestunde beobachtet. Nicht umsonst haben sich unsere größten Künstler bemüht, die durch den Verlust des Tonus bedingte Lösung der Glieder darzustellen. Trotz der Genialität mancher dieser Kunstwerke können diese die sich hierbei abspielenden Vorgänge nicht restlos erfassen. Eigentlich ist es ja der Tonusverlust, das Herabsinken des Hauptes, das Herunterfallen des Unterkiefers, das Schlaffwerden der Glieder, welche den Eintritt des klinischen und nicht des Zellstaaten-todes anzeigen. Haben wir in diesem Augenblick den vollständigen Tonusverlust vor uns, so zeigt der lebende Mensch in seinem Gang, in seiner Haltung und in seinem Auftreten auch eine Reihe von Übergängen von diesem Zustande zu einem guten Tonus. Dabei muß man sich hüten, diese unwillkürliche Beeinflussung der Muskulatur mit der sogenannten an-erzogenen strammen Haltung der Soldaten oder Sportler zu verwechseln, die, weil sie weitgehend vom Willen abhängig ist, auch dann noch vorhanden sein kann, wenn der vegetative Muskeltonus schon stark im Schwinden begriffen ist. Muskeltonus darf auch nicht mit gut oder schlecht entwickelter Muskulatur verwechselt werden. Einen guten Tonus und damit ein gesundes Aussehen eines Körpers kann auch ein Nichttrainierter aufweisen. Am besten über den Muskeltonus seiner Patienten ist wohl der Arzt unterrichtet, der die ihm Anvertrauten in gesunden und kranken Tagen zu beobachten Gelegenheit hat. Es ist sicherlich jedem von uns schon vorgekommen, daß er durch die müde Haltung seines Freundes

dazu geführt wurde, eine gründliche Untersuchung vorzunehmen und damit oft eine Krankheit zu entdecken. Am eindrucksvollsten wirkt sich eine Herabsetzung des Muskeltonus im Gesichte aus und beeinflußt durch den geringen Spannungszustand die Mimik des Kranken weitgehend. Auch hier zeigt sich wieder der Unterschied zwischen einer der Willkür unterworfenen Gesichtsmuskulatur und der Veränderung des Gesichtes durch die Änderung des vegetativen Tonus. Nichts ist selbst für unsere größten Schauspieler so schwer, wie ohne Zuhilfenahme von Schminke glaubhaft die Gesichtszüge eines Kranken oder Sterbenden nachzuahmen. Es ist daher auch verständlich, daß der Arzt bei der Betrachtung des Antlitzes eines Kranken beim Eintritte in das Krankenzimmer oft nicht den richtigen Eindruck gewinnt. Unter der nervösen Spannung, die ja immer den Eintritt des Helfers begleitet, überwiegt die willkürliche Mimik und täuscht oft auch den Erfahrenen über die wirklichen Verhältnisse. Erst nach längerem Gespräche oder nach einer den Kranken ermüdenden Untersuchung schwächen sich die willkürlichen Einflüsse ab und das durch den herabgesetzten Muskeltonus erschlaffte Antlitz tritt deutlich zutage. Die Stirne ist dabei meist glatt, die Augenlider halb geschlossen, die Mundwinkel gesenkt, es fehlt das Spiel der mimischen Muskulatur. Aber nicht nur das Antlitz selbst, sondern auch die Haltung des Kopfes, die ausschließlich von dem Spannungszustand der Halsmuskulatur abhängt, gibt uns oft einen Gradmesser des Befindens des Patienten. Ein freigetragener Kopf, der versucht, seine Umgebung zu beherrschen, der insbesondere bestrebt ist, sich von dem stützenden Kissen zu entfernen, wird wohl von jedem Arzte als das Zeichen einer beginnenden Genesung oder eines vorhandenen Lebenswillens begrüßt werden. Ganz im Gegensatze dazu bietet der kraftlos tief in die Kissen vergrabene Kopf das Bild eines schwerkranken Menschen dar.

In diesem Zusammenhange möchten wir auf eine Lage des Kopfes aufmerksam machen, wie sie bei neuropathischen Frauen verhältnismäßig häufig zu sehen ist. Hier liegt auch,

anscheinend kraftlos, umrahmt von dem aufgelösten Haare, der Kopf den Kissen auf, doch passen die sprechenden Augen und die bei genauerer Betrachtung eher angespannte Halsmuskulatur nicht zu einem herabgesetzten Tonus. Mit Recht sprechen alte französische Autoren von diesem „In den Kissen liegen“ als einem hysterischen Stigmata. Diese Kopfhaltung ist so ungemein charakteristisch, daß sie schon auf den ersten Blick davor warnt, den beweglichen Klagen der Erkrankten allzu große Bedeutung beizulegen.

Eindrucksvoll gestaltet sich auch der wirkliche Tonusverlust bei der Betrachtung des Kranken von rückwärts. Die herabfallenden Schultern, zusammen mit den herausstehenden Schulterblättern und der gekrümmten Wirbelsäule, sind wohl ein Bild, welches fast jeder Schwerkranke aufweist. Dieser Tonusverlust ist auch an den Extremitäten deutlich zu sehen, indem sich hier die Gelenke nicht in der Mittelstellung, sondern meist der Schwere nach einstellen. Fast immer wird man z. B. bemerken, wenn man bei einem Schwerkranken die Decke zurückschlägt, daß schon dieser kleine Druck allein genügt hat, um eine Spitzfußstellung hervorzurufen. Es ist schwer, in kurzen Worten anschaulich das Bild eines guten Tonus zu beschreiben. Gewöhnt man sich aber daran, diesem ein Augenmerk zuzuwenden, so wird der Spannungszustand der Muskulatur oft mehr als eine genaue klinische Untersuchung verraten.

Im Gegensatze dazu gewährt die Ausbildung der Muskulatur selbst in den meisten Fällen keinen tieferen Einblick in die Erkenntnis der Gesamtperson. In der heutigen sportliebenden Zeit finden sich selbst bei Schwerkranken noch gut ausgebildete Muskelbäuche, die imstande sind, eine noch recht leistungsfähige Muskulatur vorzutauschen. Gerade die Untersuchung einer durch sportliche Betätigung überentwickelten Muskulatur, die oft durch einen Griff zu erledigen ist, ist aber auch imstande, recht eindrucksvolle Bilder zu liefern. Hier macht sich der Tonusverlust nicht so sehr in einer Größenabnahme der einzelnen Muskeln, son-

dern in einer gewissen Schlaffheit bemerkbar, die es ermöglicht, auch bei angespannter Muskulatur die Muskelbündel weitgehend zu verschieben und vom Knochen abzurücken.

Ein herabgesetzter vegetativer Tonus ist als Zeichen für eine schwere Allgemeinerkrankung zu werten. Sogar bei ganz kurz verlaufenden Infektionskrankheiten kann er in starkem Maße vorkommen und zeigt, z. B. bei Pneumonien kräftiger Männer, die Schwere der Erkrankung an. Interessant sind in diesem Zusammenhange die von Beiglböck auf Veranlassung meines Lehrers Eppinger durchgeführten Untersuchungen, die bei Kollapsen, also bei meist akut auftretenden Erscheinungen, ein beträchtliches Absinken des Muskeltonus zeigen. Sehr schwere Tonusveränderungen geben den tuberkulösen Kranken ihr kennzeichnendes Bild. Charakteristisch ist die Tonussenkung bei der Addison'schen Erkrankung, bei der es aber eigentümlicherweise und für eine vielfache Innervation der Muskulatur sprechend, zu Spannungszuständen in der Bauchmuskulatur und zuweilen auch in den Skelettmuskeln kommen kann. Auch manche zerebrale Erkrankungen, so z. B. die Simmond'sche Kachexie oder Erkrankungen der vegetativen Zentren können durch den Tonusverlust der Muskulatur das Bild der Adynamie beim Morbus Addison vortäuschen.

Im Gegensatze zu diesen Tonusverlusten steht die Tonussteigerung bei Folgezuständen nach Encephalitis lethargica. Hier wird der Kranke gequält durch Spannungszustände in der Gesichts- und Skelettmuskulatur, die seinem Willen nicht unterliegen. Durch sie erhalten der ganze Körper und das Gesicht ein Aussehen, welches wohl von keinem, der ein solches Krankheitsbild einmal gesehen hat, vergessen werden wird.

Gut ausgebildete Muskulatur wird im allgemeinen als das Kennzeichen eines gesunden Menschen angesehen. Wir müssen dabei aber wohlweislich zwischen einer durch den normalen Gebrauch entwickelten und einer übertrainierten Muskulatur unterscheiden. Es ist sehr fraglich, ob ein allzu

kräftiger Bizeps vom ärztlichen Standpunkte aus wirklich mit Recht als der Stolz seines Besitzers angesprochen werden darf. Ein solcher Muskel befähigt ihn wohl zu speziellen Kraftleistungen, setzt seinen Träger aber sicherlich nicht in den Stand, eine aufkommende Infektionskrankheit besser zu bekämpfen als ein anderer. Nicht vergessen darf dabei überdies noch werden, daß eine übertrainierte Muskulatur in vielen Fällen nicht ohne Folgen für das Herz-Kreislaufsystem bleiben wird. Wenn wir schon die gesundheitliche Bedeutung eines größeren oder kleineren Muskelquerschnittes in Betracht ziehen, so ist eine Vergrößerung der Herzmuskulatur im Sinne eines Sportherzens sicherlich als pathologisch anzusehen. Da nun gerade übertrainierte und insbesondere auf Einzelleistungen ausgehende Sportleute meist neben ihrer kräftig entwickelten Muskulatur auch die oben erwähnten hypertrophischen Vorgänge am Herzmuskel aufweisen, wird uns eine stark entwickelte Muskulatur eher zur Vorsicht mahnen. Allen, die den Weltkrieg mitgemacht haben, wird unauslöschlich die Tatsache eingeprägt bleiben, daß gerade die kräftigsten und muskulär leistungsfähigsten Soldaten der Grippe zum Opfer fielen. Wir möchten in dem oben Gesagten, zum Teile wenigstens, den Grund für diese, für unsere Armeen so unheilvolle negative Auslese sehen.

Mit diesen Überlegungen soll aber nicht einer bewußten Nichtübung der Muskulatur das Wort gesprochen werden. Wir wissen, daß gut durchgebildete und ständig geübte Muskeln eine unbedingt notwendige Voraussetzung für das klaglose Funktionieren des Kreislaufes darstellen. Wir werden also einem Menschen mit nicht übertriebener, aber gut allgemein durchgebildeter Muskulatur bessere Chancen für das Überstehen einer Erkrankung geben als einem Stubenhocker, der über eine schlechte, nicht ausgebildete Muskulatur verfügt.

Eindrucksvoll und diagnostisch überaus wertvoll sind Zustände der Muskulatur, die sich in Krampfanfällen äußern. Unzweifelhaft wird die Pfötchenstellung der Hände mit den

gestreckten Füßen und der verzerrten Gesichtsmuskulatur darauf hinweisen, daß wir es hier mit einer Tetanie zu tun haben. Die Erkennung dieser Zustände wird bei ihrer vollen Ausbildung auf keine Schwierigkeiten stoßen, kann aber unter Umständen bei Ergriffensein nur einzelner Muskelpartien zu Fehlschlüssen Veranlassung geben. Während es sich bei der Tetanie aber meist um ein vorübergehendes Syndrom handelt, kann das Übersehen von Muskelkrämpfen beim Tetanus für den Kranken von unheilvollster Bedeutung sein. Auch hier wieder bietet das vollständige Bild mit dem Trismus in der Kaumuskulatur, mit dem überstreckten Körper und der bretthart gespannten Bauchdecke ein leicht zu erkennendes und einprägsames Symptom. Hier gilt es aber, schon den Beginn des gefahrbringenden Krampfes in einer oder der anderen Muskelpartie richtig zu deuten. Im Gegensatz zu der Tetanie mit dem verzerrten Gesichte zeigt sich der Trismus des Tetanus durch ein eigentümliches kantiges Hervorspringen der Kaumuskulatur, das dem Gesichte ein mehr ernstes und markantes Aussehen verleiht.

Abgesehen von diesen beiden Erkrankungen, werden aber auch sonst Muskelkrämpfe unser diagnostisches Augenmerk in erhöhtem Maße verdienen, da sie doch immer die Begleiterscheinungen vieler ernster Erkrankungen sind und bei Vergiftungen innerer oder äußerer Art oft das erste Krankheitszeichen darstellen. Auch auf einzelne Muskeln beschränkte Krämpfe dürfen keineswegs als nebensächlich angesehen werden und stellen, z. B. an den unteren Extremitäten, oft das erste Zeichen einer beginnenden Thrombose dar. Kurz dauernde Zuckungen, die man oft recht schön beobachten kann, werden als Myokloniesyndrom dazu Veranlassung geben müssen, dem Zentralnervensystem ein besonderes Augenmerk zuzuwenden. Überhaupt weisen Krämpfe in der Muskulatur darauf hin, daß es sich hier in den meisten Fällen um eine Miterkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems handeln müsse.

Neben diesen Überlegungen, die sich bei der Beobach-

tung der gesamten Muskulatur eines Kranken aufdrängen, kommt aber im Einzelfalle eine ebenso große Bedeutung auch der Betrachtung einzelner Muskelgruppen zu. Entzündliche Erkrankungen der Muskulatur können unter Umständen zu Täuschungen gegenüber gut entwickelten Muskeln führen, wenn nicht schon die Nichtbenützung dieser Anteile unsere Diagnose auf die richtigen Bahnen lenken würde. Wenn auch entzündliche Allgemeinerkrankungen der Muskulatur im Sinne einer Polymyositis sehr selten sind, so bieten sie bei ihrem Vorkommen durch die starke Reliefbildung einen ganz eigentümlichen und unvergeßlichen Kontrast. Während die geschwollenen, die Haut vorwölbenden Muskeln das Bild eines kraftstrotzenden Menschen vortäuschen, zeigt der geringste Versuch einer Bewegung die ganze Hinfälligkeit des Kranken. Nur selten handelt es sich hier um selbständige Krankheitsbilder, meist treten solche auch die ganze Muskulatur ergreifenden Entzündungen im Gefolge von septischen Prozessen auf. Schmerzhaftes Muskeln bei einem septischen Prozesse wird wohl immer dazu Veranlassung geben, die Prognose des Leidens als überaus ernst hinzustellen, und wer einmal, insbesondere bei einer Staphylokokkensepsis, die unzähligen, die Muskulatur durchsetzenden, meist miliaren Abszesse gesehen hat, wird wohl schwer die prognostische Bedeutung dieses schon auf den ersten Blick zu erkennenden Krankheitszeichens vergessen. Universelle Erkrankungen der Muskulatur kommen auch bei der Trichinose vor. Hier gelingt es aber meist, durch zarte Palpation umschriebene Muskelhärtungen zu tasten, die unter Umständen, und zwar gewöhnlich nur in Berücksichtigung der anderen Krankheitszeichen, eine Differentialdiagnose ermöglichen. Das von manchen Autoren besonders betonte Befallensein der Augen und der Kehlkopfmuskulatur kommt auch bei der selbständigen Polymyositis vor.

Ein ebenso charakteristisches Bild erfährt das Äußere eines Patienten bei einer universellen Muskelatrophie, wie sie häufig infolge von Inaktivität bei chronischen Gelenkerkrankungen zu sehen ist. Nicht vergessen werden darf, daß

auch neurologische Erkrankungen, z. B. eine Polyneuritis, zu schweren Veränderungen in der Muskulatur führen können, wie ja überhaupt die Diagnostik der Muskelerkrankungen zu den Grenzgebieten der inneren Medizin und der Neurologie zählt.

Diese Überlegungen führen zu den lokalen Veränderungen in der Stamm- und Skelettmuskulatur. Schwellungen einzelner Muskeln können bei den schon oben angeführten Krankheitsbildern der Polymyositis und der Trichinose in Erscheinung treten, doch sind gerade diese Krankheitsbilder im allgemeinen durch ein Befallensein vieler Muskelgruppen gekennzeichnet. Schwellungen einzelner Muskeln sind sehr häufig auf die Myogelosen Langes zu beziehen. Hier gelingt es bei einiger Übung leicht, in den Muskelbäuchen und insbesondere in den Sehnenansätzen, die typischen verhärteten Stellen zu finden und damit die richtige Diagnose und auch die erfolversprechende Therapie anzuwenden. Sehr selten kommt es bei Tuberkulose und Rotz zu umschriebenen, auch äußerlich sichtbaren Muskelverhärtungen. Ich habe nur zweimal Gelegenheit gehabt, einen tuberkulösen Knoten in der Oberarmmuskulatur tasten zu können. In beiden Fällen wurde die richtige Diagnose nicht gestellt, obwohl die geringe Schmerzhaftigkeit eigentlich gegen die zum chirurgischen Eingriff führende Annahme eines Muskelabszesses sprach. Ähnliche Tastbefunde sollen auch Gummen der Muskulatur abgeben.

Viel wichtiger für eine rasche Diagnosestellung sind aber umschriebene Atrophien. Diese können auf verschiedenster Grundlage zustande kommen, beruhen aber meist auf einer durch längere Zeit durchgeführten Nichtbenützung. Für den internen Mediziner besonders eindrucksvoll sind wohl die Atrophien des Musculus trapecius. Unschwer gelingt es, durch einen Blick die „erkrankte Spitze“ festzustellen. Diese Atrophie wird uns dann ein wertvolles differentialdiagnostisches Kennzeichen sein, wenn wir zwei Möglichkeiten vorher ausschließen. Erstens müssen wir darauf achten, ob es sich

nicht um einen Unterschied in der Muskulatur durch eine vorhandene Rechts- oder Linkshändigkeit handeln kann, und zweitens müssen wir, insbesondere auf der rechten Seite, daran denken, daß auch entzündliche Prozesse im Oberbauche zu den gleichen Atrophien führen können. In einigen Fällen haben wir recht eindrucksvolle Atrophien der Muskelgruppen dieser Gegend als Beschäftigungsatrophien gesehen, hervorgerufen durch einseitiges Tragen schwerer Lasten.

In diesem Zusammenhange darf vielleicht auf die Tatsache verwiesen werden, daß es bei Betrachtung der Muskulatur und Feststellung einer einseitigen Ausbildung oder Verkümmern oft gelingt, einen Schluß auf die Beschäftigung des Patienten zu ziehen. Wenn dies vielleicht auch auf den ersten Blick nicht ganz zu unseren Überlegungen zu gehören scheint, so erwähne ich es doch, weil gerade diese Übungen unsere differentialdiagnostischen Kenntnisse schärfen. Es bleibt mir unvergeßlich, wie Chvostek bei seinen Untersuchungen aus der verschieden entwickelten Muskulatur, insbesondere der Hände, dem Patienten seine Beschäftigung auf den Kopf zugesagt hat.

Umschriebene Atrophien der Muskulatur werden uns auch anzeigen, daß die in der Nähe befindlichen Gelenke erkrankt sind oder waren. Eindrucksvoll kann sich dies am Oberschenkel zeigen, an dem durch die Atrophie der Oberschenkelstrecker oberhalb der Kniescheibe eine tiefe Grube sichtbar wird. Daß umschriebene Atrophien Veranlassung geben müssen, eine genaue Untersuchung des Nervensystems vorzunehmen, bedarf wohl keiner näheren Begründung, doch wird diese Forderung in vielen Fällen nicht erfüllt und auf diese Weise das neurologische Grundleiden nicht entdeckt. Überhaupt geben isolierte Muskellähmungen und die dadurch hervorgerufenen Störungen auch dem inneren Mediziner oft wertvolle Hinweise für seine Diagnosen. Es sei hier nur daran erinnert, wie eindrucksvoll oft Augenmuskellähmungen das Antlitz eines Kranken zu verändern vermögen und

welche Bedeutung die Erkennung solcher Lähmungszustände für die Diagnose besitzen. Oft wird so durch einen Blick das Vorhandensein schwerer zerebraler Erkrankungen erkannt werden und können, wie bei der Lues, durch eine entsprechende Therapie die Folgezustände in vielen Fällen restlos beseitigt werden.

Gerade die Besprechung lokaler Muskelveränderungen zeigt uns aber an, daß wir uns in unseren Ausführungen darauf beschränken müssen, nur Anregungen dafür zu geben, auch der Muskulatur bei der Erhebung des Allgemeinzustand erhöhtes Augenmerk zuzuwenden, um mit einem tieferen Einblick in den Allgemeinzustand und in lokale Krankheitsursachen belohnt zu werden.

Der Kranke und seine Knochen.

Das knöcherne Skelett des menschlichen Körpers verleiht dem Aussehen des Trägers ganz charakteristische Eigenschaften, die unter Umständen nur dadurch etwas in den Hintergrund gerückt werden können, daß die deckenden Weichteile ebenfalls einen wesentlichen Anteil an der Linienführung besitzen. Die Knochen bedingen in der Hauptsache Größe und Gewicht eines Menschen. Ihr beim bloßen Zusehen bemerkbarer Einfluß soll in den entsprechenden Abschnitten in Einzelheiten ausgeführt werden. Hier soll zunächst die Rede davon sein, welche unschätzbaren Dienste uns eine genaue Betrachtung des Knochensystems liefert und wie gerade an ihm sich manchmal durch das ganze Leben Spuren erhalten, die uns in vielen Fällen den Schlüssel zu einer auf den ersten Blick uneinnehmbaren diagnostischen Festung in die Hand geben. Zunächst sind es wohl Reste von in der Kindheit abgelaufenen, das Wachstum wesentlich beeinflussenden Krankheiten, zu denen in erster Reihe die kindliche Rachitis zu zählen ist. Die eigentümliche quadratische Verunstaltung des Schädels, die Verbiegungen namentlich an den unteren Extremitäten, Verkrümmungen des Beckens und der

Wirbelsäule, Auftreibungen an den Rippen, an der Knorpelknochengrenze, Veränderungen an den Zähnen und viele andere Zeichen lassen wohl auf den ersten Blick die Annahme auf eine überstandene Rachitis zu. Nach meinen Erfahrungen geht aber der junge Arzt über diese Zeichen, wenn er sie überhaupt verstandesmäßig zur Kenntnis nimmt, hinweg. Er fühlt sich in keiner Weise bemüßigt oder gar berechtigt, in ihnen die eigentliche Ursache vieler ganz verschiedenartiger Krankheitsbilder zu suchen. Bleiben wir gleich bei den ganz typischen Schädelveränderungen. Man vergißt immer gerne, daß auch Veränderungen der knöchernen Schädelkapsel nicht ohne Einfluß auf das von ihr eingeschlossene Gehirn sein können und sehr oft auch sind, ganz abgesehen davon, daß sich verhältnismäßig häufig bei einer schwereren Rachitis auch pathologische Zustände an den Hirnhäuten finden können. Meist sind es ja diese Begleitumstände, die durch schlechte Resorptionsbedingungen oder durch Verklebungen zum Wasserkopf im weitesten Sinne des Wortes führen können. Was für eine diagnostische Bedeutung haben nun diese Zusammenhänge? Die durch einen Blick gewonnene Kenntnis von dem Vorhandensein eines rachitisch veränderten Schädels gibt uns das Recht, von ihrem Träger anzunehmen, daß er bei stärkerer Belastung seines Gehirnes in einem unerwarteten Sinne antworten wird. Sehr oft haben wir bei Infektionskrankheiten an solchen Menschen eine starke Neigung zu Kollapsen bemerkt, die, wenn man nicht durch den ersten Blick auf solche Möglichkeiten aufmerksam gemacht worden wäre, unheilvoll hätten ausgehen können. Wie im Kindesalter die Rachitis mit einer Krampfneigung verbunden ist, so bleibt diese Bereitschaft zu Krämpfen in der Muskulatur oft auch noch im späten Lebensalter bestehen. Diese Krampfbereitschaft kann schon bei leichten fieberhaften Erkrankungen auftreten und schwere zerebrale Erkrankungen, wie eine begleitende Enzephalitis u. a. m., vortäuschen. Es ist aus dem bisher Gesagten wohl ohne weiteres klar, welche große diagnostische Bedeutung diese durch die einfachsten Methoden

gewonnenen Erkenntnisse besitzen. Auch bei vielen anderen Erkrankungen macht sich die durch die Rachitis bedingte Schwäche des Gehirnes oft unangenehm bemerkbar.

Die Rachitis der Zähne und ihre schlechten Folgeerscheinungen hinsichtlich ihres Bestandes werden oft ausschließlich der Beurteilung durch den Zahnarzt überlassen. Wenn man aber bedenkt, welche große Aufgabe gesunde Zähne bei der Nahrungsaufnahme zu vollbringen haben, so wird oft ein Blick auf die durch die Rachitis auffälligen Zahnreihen uns das Rätsel lösen, warum bei ihrem Träger trotz lange bestehender Magenbeschwerden die röntgenologische Untersuchung immer negativ geblieben ist. Die Verkrümmungen, insbesondere an den unteren Extremitäten, werden von den Laien und auch von vielen Ärzten ausschließlich als Schönheitsfehler angesehen. Viel weiter wird der Blick aber, wenn man sich vor Augen hält, welches Heer von Fußleiden durch die infolge der Verkrümmung bedingte ständige schlechte Beanspruchung der Gelenke unterhalten wird. Auch Verkrümmungen der Wirbelsäule werden als ein unabwendbares Schicksal hingenommen, ohne daß dabei bedacht wird, daß viele unklare Erkrankungen des Rückenmarkes damit im Zusammenhange stehen könnten. Jahrelang quälende Neuralgien finden im Druck auf die auslösenden Nervenstämmen ihre Erklärung und können oft durch einen Blick auf die Wirbelsäule und die dadurch gegebene entsprechende Therapie beeinflusst werden. Nie vergesse man, bei einem Zusammenfallen von schweren rachitischen Veränderungen und langdauernden Magenbeschwerden daran zu denken, daß die mechanische Beeinflussung des oberen Magen-Darmtraktes durch die gekrümmte Wirbelsäule nicht allzu selten zu dem Entstehen eines Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüres führen kann. In jedem Jahre demonstriert mein Lehrer Eppinger solche Fälle in den klinischen Vorlesungen, weil sie einerseits den mechanistischen Gedankengängen unserer Jugend sehr entgegenkommen und sie andererseits die Möglichkeit geben, zu zeigen, wie man durch eine rasche Unter-

suchung zu entscheidenden Schlüssen für den weiteren Heilplan kommen kann.

Noch in einem weiteren Punkte verdient die Rachitis erwähnt zu werden. Viel zu häufig wird sie auch heute noch als die Grundlage von Veränderungen am knöchernen Skelette angesehen, obwohl eigentlich ganz andere Erkrankungen die Ursache hierfür abgeben. Sehr häufig wird sie mit der Chondrodystrophie verwechselt, obwohl eigentlich die die letztere Erkrankung kennzeichnende Kleingliedrigkeit der Finger und die Sattelnase genügend Anhaltspunkte für eine Trennung dieser beiden Krankheitsbilder abgeben müßten. Auch gegen die durch eine Sprödigkeit des knöchernen Skelettes gekennzeichnete Osteopsathyrosis oder gegen die familiär bedingte Osteogenesis imperfecta ergeben sich zahlreiche Unterschiede insofern, als bei der ersten Erkrankung die Sprödigkeit der Knochen zu unzähligen Knochenbrüchen führen kann und bei der zweiten die Veränderungen am Schädel, nicht am Hinterkopfe, sondern in der Gegend der Pfeilnaht gelegen sind. Besonders wichtig ist aber ihre Unterscheidung gegenüber dem Myxödem, da gerade hier die Therapie ihre Triumphe feiern kann. Die gleichzeitige Berücksichtigung der Haut, ihre eigentümlich sulzige Beschaffenheit, die geringe Schweißsekretion und Veränderungen an den Nägeln werden uns vor Fehlschlüssen bewahren.

Eine andere, mit Verkrümmungen der Extremitäten und der Wirbelsäule einhergehende Erkrankung ist auf den ersten Blick erkennbar, wenn man nur an sie denkt. Sehr häufig gehen ältere Leute mit sehr starken Kreuzschmerzen von Arzt zu Arzt, ohne daß die Ursache der Erkrankung erkannt und damit ihre ja jetzt durch die Kenntnisse der Vitamine Erfolg versprechende Heilung eingeleitet würde. Schon der Gang ist bei diesen Patienten durch die Veränderungen am Becken charakteristisch. Der Rippenbogen ist durch die Verkrümmung der Wirbelsäule fast ganz dem Becken genähert. Schließlich weist auch die oft erstaunliche Elastizität des Brustkorbs auf die vorhandene Osteoporose hin. Immer sollte

man an diese Erkrankung denken, wenn es sich um schwangere Frauen handelt. Zu ganz ähnlichen Krankheitsbildern können auch manchmal das Myelom oder multiple Knochenmetastasen führen. In diesen Fällen wird der gleichzeitige Nachweis von Brüchen eine Differentialdiagnose ermöglichen. Es ist dabei oft erstaunlich, wie weitgehende Dislokationen der Bruchenden bei pathologischen Frakturen von den Patienten nicht beachtet werden, während sie dem Arzte beim Ausziehen unfehlbar auffallen.

Beim Abschnitt „Hand“ werden wir auf die Bedeutung hinweisen, welche das knöcherne Skelett an der Bildung in gesunden und krankhaften Zuständen einnimmt. Hier sei nur nochmals auf die Ausbildung von Trommelschlägelfingern verwiesen, die, mit wenigen Ausnahmen, die sofortige Annahme einer schweren Lungenerkrankung ermöglichen.

Besonders wertvoll sind uns aber Zeichen an der äußeren Decke nach entzündlichen Knochenerkrankungen, die dadurch sich so lange erhalten, daß die zurückbleibende Hautnarbe durch ihre Fixierung an die Knochenhaut praktisch bis an das Lebensende besteht und so Zeugnis für eine überstandene Knochenerkrankung gibt. Hier sind es vor allem akut entzündliche Knochenmarkveränderungen oder chronische bei der Syphilis und der Tuberkulose, die oft entscheidend unsere Entschlüsse zu beeinflussen vermögen. Wer kennt nicht die eingesunkenen tuberkulösen Narben an der äußeren knöchernen Umrahmung des Auges und des Jochbogens. Immer sollen solche Befunde dazu Veranlassung geben, genauer nach etwaigen anderen tuberkulösen Herden zu suchen. Auch die Syphilis läßt unverwischbare Spuren am knöchernen Skelette des Schädels zurück, die es gestatten, ohne weiteres die richtige Diagnose zu stellen. Gerade weil man in unseren Breiten erfreulicherweise nur mehr ganz selten die Reste gummöser Veränderungen am Knochen zu Gesicht bekommt, gerade deshalb müßte man diesen Veränderungen ein besonderes Augenmerk zuwenden. Mit kurzen Worten möchte ich noch auf eine weitere Veränderung, die

Sattelnase, eingehen, die eigentümlicherweise zwangsläufig bei den Ärzten die sichere Annahme einer vorhandenen Lues auslöst. Gerade hier werden viele falsche Blickdiagnosen gemacht, weil die Sattelnase ebenso häufig wie bei der Lues auch beim Myxödem und bei vielen anderen kongenitalen Knochenerkrankungen auftreten kann. Besonders eindrucksvoll ist mir hier ein Fall in Erinnerung, bei dem ein junges Mädchen der Gesellschaft lange Zeit wegen einer nicht einmal sehr ausgiebigen Sattelnase verfemt war, obwohl der erste Blick zeigte, daß über dem Nasenrücken eine feine, durch Nähte geschlossene Narbe verlief, die die traumatische Genese des Leidens sofort hätte in den Vordergrund treten lassen müssen.

Das Knochensystem besitzt sicherlich eine große Bedeutung für die sofortige Erkennung zahlreicher Erkrankungen. Es erschwert sie aber auch, weil es sich meist um weit zurückliegende Leiden handelt, deren Spuren, wenn man sich nur an ein Symptom hält, auch zu Irrwegen führen können.

Der Kranke und seine Wirbelsäule.

Die Wirbelsäule, die beim normalen Menschen die ungleichmäßigen Körperhälften voneinander trennt, ist ein Organ, welches zu Unrecht bei der Untersuchung viel zu stiefmütterlich behandelt wird. Gewährt doch ihre bloße Betrachtung sehr häufig einen tiefen Einblick in verschiedene Erkrankungen und bewahrt vor Fehlschlüssen. Aus diesem Grunde soll man sich daran gewöhnen, diese durch den Processus spinosi gezogene Linie am stehenden und ausgezogenen Menschen zu betrachten, auch wenn die Angaben des Patienten nicht für eine Erkrankung der Wirbelsäule zu sprechen scheinen. Gewöhnt man sich daran, dem Verlaufe der Wirbelsäule zu folgen und Abweichungen von der normalen Krümmung zu beachten, so wird leicht zu vermeiden sein, in den häufigen Fehler zu verfallen, Krümmungen zu übersehen und damit fehlerhafte diagnostische Schlüsse bei der Lungenper-

kussion zu ziehen. Schon ganz geringe Änderungen ihres normalen Verlaufes bedingen Änderungen in der Krümmung der Rippen, der Entwicklung der Muskulatur und der Spannungsverhältnisse in dem betreffenden Brustabschnitte überhaupt und führen dadurch zwangsläufig zu Dämpfungen, die ohne Beachtung dieser leicht zu übersehenden Einzelheiten auf Veränderungen der Lunge selbst bezogen werden. In gleichem Sinne müssen wir auch daran denken, daß diese Veränderungen der Wirbelsäule auch unsere übrigen diagnostischen Hilfsmittel bei der Untersuchung des Brustkorbes in ihrer Bedeutung ändern. Wenn sonst das Zurückbleiben einer Seite bei der Atmung für den Untersucher das Zeichen ist, ganz besonders auf Veränderungen in der Lunge, in diesem Abschnitte zu achten, so fällt dies weg, wenn Krümmungen der Wirbelsäule vorhanden sind. Diese allein können zu weitgehenden und dann diagnostisch unbedeutenden Änderungen in der Mitbeteiligung einzelner Brustabschnitte bei der Atmung führen. Das gleiche gilt auch für die sonst diagnostisch so wichtigen Veränderungen in der Muskulatur des Musculus trapezius. Auch hier werden uns Veränderungen der Wirbelsäule davor bewahren, eine besondere Muskelspannung auf eine Erkrankung der Lungenspitze zu beziehen. Nicht umsonst soll der junge Mediziner sich daran gewöhnen, durch Zählung der Brustwirbelfortsätze ein Bild über den Stand der Lungengrenzen zu bekommen, da er gerade bei dieser Übung zwangsläufig darauf hingewiesen wird, dem Verlauf dieser Linie zu folgen. Es wird bei dieser Betrachtungsweise nicht vorkommen, daß man eine schwere Erkrankung der Wirbelsäule übersieht. Schon ein leichtes Hervortreten eines Brustwirbelfortsatzes wird den Gedanken an einen beginnenden Gibbus hervorrufen und den Untersucher veranlassen, sich durch einige wenige Handgriffe von der Richtigkeit oder Unrichtigkeit dieser Fährte zu überzeugen. Gleitet der Blick von der Vertebra prominens nach abwärts, so wird er mit besonderer Aufmerksamkeit in der Gegend des dritten bis sechsten Brustwirbeldornes verweilen, da sich

hier oft schon auf den ersten Blick entzündliche Veränderungen des Lungenhilus kundtun. Normalerweise verschwinden hier die vorspringenden Dornfortsätze schon fast vollkommen, sind aber bei nicht allzu starkem Fettpolster und bei richtiger Beleuchtung noch immer zu erkennen. Fehlen sie ganz und springt hier die die Wirbelsäule auf beiden Seiten begleitende Muskulatur stark vor, so muß unser Verdacht geweckt werden, daß wir es mit einer bisher noch nicht bemerkten Hiluserkrankung zu tun haben. Wiederholt konnten wir durch diese einfache Beobachtung einen lang dauernden fieberhaften Zustand klären und so zur Heilung eines Patienten beitragen, der sich immer wieder dem ganzen diagnostischen Apparat der modernen Medizin unterworfen hatte. Wenn wir von dieser Gegend unseren Blick weiter nach unten gleiten lassen, so müssen wir besonders den Übergang der Brustwirbelsäule in die Lendenwirbelsäule und diese selbst ins Auge fassen. Auch hier wird uns ein Verstrichensein der Konturen der Lendenwirbelsäule und eine starke Anspannung der begleitenden Muskulatur ein Zeichen dafür sein, daß wir es mit einem pathologischen Prozeß in der Lendenwirbelsäule zu tun haben. Dieser kann bei Druck auf die austretenden Nerven zu dem bekannten spondylarthritischen Symptomenkomplex führen, der schon zu wiederholten Malen Veranlassung zu ausgedehnten chirurgischen Eingriffen gegeben hat. Die ausstrahlenden Schmerzen können nämlich unter Umständen so stark werden, daß sie ein schweres abdominelles Krankheitsbild vortäuschen, dessen Entstehung in vielen Fällen vom Arzte und vom Patienten auf eine Erkrankung eines Bauchorgans bezogen wird. Überhaupt wird diesem Symptomenkomplex in der ganzen Wirbelsäule viel zu wenig Aufmerksamkeit zugewendet, und es sind nicht wenige Fälle vorgekommen, die jahrelang bei gleichen Veränderungen in der Brustwirbelsäule als dem Tode geweihte Angina pectoris-Kranke angesehen wurden.

Neben den Veränderungen der Wirbelsäule sind es ferner

geringfügige Zeichen in der äußeren Decke, die bei der Untersuchung unserer Aufmerksamkeit nicht entgehen dürfen und die einmal nur als belanglose Einzelheiten abzutun sind und ein andermal uns wertvolle Hinweise für die Erkennung eines Krankheitsherdes abgeben können. Ich denke hier zunächst an die bei schwangeren Frauen so häufig vorkommenden *Striae distensae cutis*, die, wenn man besonders sorgfältig darauf achtet, vielfach über der ganzen Wirbelsäule und insbesondere im Bereiche der Lendenwirbelsäule zu sehen sind und die als ein untrügliches Kennzeichen dafür gelten, daß sich hier entzündliche Prozesse in der Wirbelsäule abspielen. Diese, von vielen Untersuchern gering geschätzten Hautveränderungen geben oft einen viel besseren Hinweis ab, als ein noch so exaktes und doch nur das knöcherne Gerüst der Wirbelsäule erfassende Röntgenbild. In der Gegend des Überganges der Lendenwirbelsäule in das Kreuzbein treffen wir häufig ein Haarbüschel an, als Rest der terminalen Behaarung. Dieses stellt in vielen Fällen eine für den Träger belanglose Variante dar. Es kann aber sein Vorkommen unter Umständen der Hinweis dafür sein, daß sich hier mehr oder minder ausgedehnte Entwicklungshemmungen der Wirbelsäule im Sinne einer *Spina bifida occulta* verbergen, die wieder die Veranlassung zu schweren Krankheitsbildern abgeben können. In dieser Gegend finden sich häufig auch andere Hautveränderungen, wie kleine Venenerweiterungen, Pigmentflecken oder Depigmentierungen, die, wie das Haarbüschel, nichts anderes darstellen als einen Fingerzeig, dieser Gegend ein gewisses Augenmerk zu schenken.

Gewöhnt man sich auf diese Weise an eine exaktere Betrachtung der Wirbelsäule und der sie deckenden Haut, so ist es oft ein Leichtes, mit einem einzigen Blick schwerwiegende diagnostische Schlüsse zu ziehen. Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, orthopädischen Lehrbüchern den Rang streitig machen zu wollen und eine spezielle Diagnostik der Wirbelsäulenerkrankungen zu geben, aber es sollen diese

Zeilen den Leser doch veranlassen, auch diesem in der inneren Medizin fast stiefmütterlich behandelten Gebiete ein größeres Augenmerk zu schenken. Auch hier wird dann leicht der Blick vom Einzelnen auf das Ganze gehen. Wer sich an diese Betrachtung gewöhnt, dem wird es nicht schwer fallen, aus der ganzen Haltung der Wirbelsäule, der sie umgebenden Muskulatur und der sie deckenden Haut auf den ganzen Menschen zu schließen, der wird mit einem Blick die Hautveränderungen der *Pytiriasis versicolor* erfassen, die sich hier in der hinteren Schweißfurche bei Tuberkulösen besonders stark ausprägen. Zusammen mit einer etwas welken großporigen Beschaffenheit der Haut und einer feinen, aber doch sichtbaren persistierenden Lanugobehaarung wird ihm diese Feststellung mehr sagen als die Erzählungen des Patienten von nächtlichen Schweißausbrüchen. Es würde den Rahmen des Gedachten weit überschreiten, wollten wir auf alle Einzelheiten eingehen. Es kommt uns aber auch in diesem Abschnitte im wesentlichen darauf an, sich einmal daran zu gewöhnen, diesem Gebiete eine genauere Beachtung zu schenken. Man wird erstaunt sein, welche Fülle von differentialdiagnostischen Möglichkeiten sich dem Arzt bei der Betrachtung der Wirbelsäule aufdrängt.

Der Kranke und seine Hand.

Es ist ein dem Leben ausgezeichnet abgelauchter Anblick, wenn man sieht, wie alte Meister den Arzt gerade in einer Stellung darstellen, in der er die Hand des Kranken in der seinen hält. Sieht man genauer hin, ist es nicht das Fühlen des Pulses allein, sondern die Betrachtung der Hand selbst, welchen Augenblick der Künstler mit Recht darstellen will. Die Hand, das wohl vollkommenste Werkzeug des menschlichen Körpers, ist so innig mit den Vorgängen seines Innenlebens verwoben und stellt ferner so sehr die Brücke für die Umwelt dar, daß man bei der Untersuchung nicht daran vorbeigehen darf, auch hier nach Krankheits-

zeichen zu suchen. Mit dem zunehmenden Alter macht die Hand mit ihrem Träger viele Schicksale seines Innen- und Außenlebens mit und wird somit zu einem in vielen Fällen unauslöschbaren Dokument für den, der diese Schrift zu entzählen versteht. Schon die äußere Form der Hand läßt weitgehende Rückschlüsse auf die Beschaffenheit des übrigen Körpers zu. Ich erinnere nur an die eigentümlichen Veränderungen, die bei Störungen der Ossifikationsvorgänge vorkommen können. Kurze und dicke Finger, das Charakteristische einer kindlichen Hand, können bei vielen innersekretorischen Störungen, insbesondere beim Myxödem vorkommen. Im Gegensatz dazu steht die Madonnenhand mit ihren überaus langen schlanken Fingern, die einerseits nichts anderes zu bedeuten braucht als eine eigentümliche Konstitutionsform, die andererseits aber oft, insbesondere wieder bei Erkrankungen der Schilddrüse, im Sinne eines Hyperthyreoidismus vorkommt. Bei den vielen Klagen, mit denen solche Kranke vom Arzt zu Arzt eilen, kann oft ein Blick auf eine solche Hand schlagartig den richtigen Weg und damit auch die richtige Therapie weisen. Abweichungen in dem gegenseitigen Größenverhältnis der einzelnen Finger und insbesondere des Daumens können unter Umständen eine belanglose Änderung der Reifungskurve sein, sollen aber dazu Veranlassung geben, den Träger auch sonst nach degenerativen Stigmata abzusuchen und aus ihnen heraus auch ein abwegiges Verhalten gegenüber irgend einer Erkrankung erkennen zu lassen. Über diese allgemeinen Betrachtungen in bezug auf die durch das Knochenwachstum bedingte Form der Hand hinaus ist es aber auch unbedingt notwendig, sich im einzelnen mit ihr zu befassen. Schon die äußere Beschaffenheit der Haut gibt uns wertvolle Hinweise für die Erkennung vieler Krankheiten. Wohl keiner wird die kühle, mit kaltem Schweiß bedeckte Hand eines Sterbenden oder eines schwer kollabierten Patienten vergessen. Auffallende Färbungen im Sinne einer fleckweisen Rötung zeigen uns an, daß wir es hier mit Menschen zu tun haben, deren Nerven-

system und insbesondere deren Gefäßsystem nicht in Ordnung ist. Meist kommen dazu Neigungen zu starkem Schwitzen, verbunden mit einer auffallenden Kälte. Höhere Grade von bläulicher Verfärbung zeigen an, daß hier Zirkulationsstörungen vorhanden sind. Sie weisen, wenn sie beiderseitig sichtbar sind, auf zentrale, wenn sie einseitig auftreten, auf periphere Erkrankungen hin. Nicht allzu selten sieht man das Gegenteil, eine auffallende Blässe der ganzen Hand oder einzelner Finger, die wieder, je nach dem Befallensein beider Hände oder nur einzelner Abschnitte, unsern Blick auf zentrale oder periphere Störungen lenkt. Besonders bekannt und wichtig sind solche Veränderungen bei gefäßkranken älteren Menschen und werden, wenn sie den 5. und 4. Finger ergreifen, unsere besondere Aufmerksamkeit auf das Herz und auf das Vorhandensein einer Angina pectoris lenken. Schlechte Durchblutung der Haut und die damit verbundene Blässe dürfen nicht mit einer Deckung der Hautgefäße durch eine Schwellung des Unterhautzellgewebes verwechselt werden. Hier gilt es vor allem, das sich mehr warm anfühlende Ödem der Haut eines Nierenkranken von dem kalten eines Herzkranken zu unterscheiden.

Schon unter normalen Verhältnissen, beim Manne stärker als bei der Frau, springen am Handrücken, je nach der Lage der Hand zum Körper, die Venen hervor. Immer finden sich zwischen rechts und links Unterschiede zugunsten von rechts, so daß ein kurzer Blick uns die Möglichkeit gibt, die Angaben des Patienten nach seiner Rechts- oder Linkshändigkeit zu überprüfen. Bei Herzfehlern nimmt diese Veränderung manchmal derartige Grade an, daß es nicht nur am Handrücken, sondern auch an der Innenseite zu mächtigen, fast varikösen Erweiterungen kommt, die allein schon auf einen schweren Fehler des rechten Herzens schließen lassen oder auf ein Einströmhindernis zu diesem Herzabschnitte. In vielen Fällen kann die Betrachtung der Handvenen Veranlassung dazu geben, sich näher mit dem Zirkulationsapparate zu befassen, um so manche versteckte Krank-

heitsursache zu erkennen. Sehr häufig findet man eine auffallende Röte der Haut über dem großen und kleinen Handballen, eine Erscheinung, die sich unter anderen auch bei schweren Lebererkrankungen findet und hier manchmal in ganz krassem Gegensatz zu der übrigen gelblich verfärbten Haut steht. Diese Stellen sind es auch, die unter Umständen eine starke Gelbverfärbung aufweisen, die durch eine Karotinämie bedingt ist, aber auch Rückschlüsse auf einen bestehenden Diabetes abgeben kann.

Es würde zu weit führen, auf alle die Veränderungen hinzuweisen, die der Beruf eines Menschen seiner Hand einprägt. Aber auch hier kann unter Umständen, vornehmlich bei Gewerbekrankheiten, manch wertvoller Hinweis für die Erkennung des Leidens gefunden werden.

Von besonderer Wichtigkeit ist bei der Betrachtung der Hand im allgemeinen auch eine solche ihres diagnostisch wichtigen Anhangsgebildes, des Nagels. Schon sein Aussehen kann dem Arzte wichtige Hinweise auf überstandene schwere Erkrankungen geben, und zwar insofern, als viele Erkrankungen, wie Scharlach, Masern und schwere Stoffwechselstörungen durch einen quer verlaufenden Wulst bezeichnet werden, der solange sichtbar ist, als er nicht durch physiologisches Wachstum des Nagels verschwindet. Besonders bei Kindern sind die Nagelverunstaltungen durch das Kauen und Abreißen oft sehr weitgehende. Auch die Form der Nägel gibt wichtige Hinweise. Bekannt sind die uhrglasähnlichen Formen, die den Arzt zwangsläufig an chronisch-entzündliche Veränderungen der Lunge oder an chronische Stauungsvorgänge denken lassen. Besonders eindrucksvoll war mir ein Fall, bei dem eine junge Frau an sich selbst diese Veränderungen beobachtete. Diese nahmen aus zunächst unbekanntem Gründen in unerhört rascher Weise zu und führten schließlich zu der Entdeckung eines kleinen Lungenkrebses, dem die Patientin sehr bald erlag. Bekannt sind die Veränderungen der Nägel im Sinne einer auffallenden Härte beim Myxödem, im Sinne einer auffal-

lenden Weichheit bei konsumierenden Erkrankungen. Nie soll man bei irgendwelchen Auffälligkeiten am Nagel die Frage unterlassen, in welchem Zeitabschnitte die Nägel geschnitten werden müssen. Ein langer Intervall deutet in den meisten Fällen darauf hin, daß im Innern des Körpers eine schwere Erkrankung wütet, die den Kranken zwingt, mit seinen Stoffen sparsam umzugehen.

In neuerer Zeit werden die Veränderungen am Nagel bei Chloranämien, bzw. Asiderosen immer bekannter, bei denen es anstelle der normalen Konkavität zu eigentümlichen Dellenbildungen am Beginne des Nagels kommt. Nicht zu vergessen ist der Hinweis, daß uns die Betrachtung des Nagels in die Möglichkeit versetzt, uns schon makroskopisch einen Einblick in das Kapillargebiet des Menschen und in seine krankhaften Störungen zu gewähren. Bekannt ist die strotzende Blutüberfüllung bei den Polyzythämien, die blauviolette Verfärbung bei verlangsamter Strömung. Auch bei Aorteninsuffizienzen kann in vielen Fällen das Vorhandensein eines Kapillarpulses die Diagnose entscheiden.

Es ist selbstverständlich, daß man an der Hand noch im späten Alter die Spuren jugendlicher Knochenerkrankungen ablesen kann. Es sind dies die Rachitis, die Syphilis, die Chondrodystrophie und viele andere. Abgelaufene spezifische Prozesse an der Hand im Sinne einer noch bestehenden oder schon geheilten Spina ventosa werden dazu führen, genau nach eventuell noch vorhandenen aktiven tuberkulösen Herden zu suchen. Der Rheumatismus läßt tiefgreifende Spuren an den Gelenken, den Gelenkbändern und den Sehnencheiden zurück und zeichnet oft mit erschreckender Deutlichkeit den Weg, den die Krankheit genommen hat. Nicht zu vergessen ist die Tatsache, daß sich unter isolierten schmerzhaften Schwellungen sehr häufig eine gonorrhöische Infektion verbirgt.

Es muß außerdem erwähnt werden, daß auch Erkrankungen des Zentralnervensystems schwerwiegende Veränderungen an der Hand hervorrufen. Sie zeigen sich bei

akuten Prozessen in Störungen der Bewegung. Diese sind oft so typisch, daß sie allein durch ihre motorische Unruhe an eine schwere Erkrankung des Zentralnervensystems denken lassen. Schon den alten Ärzten war ja das Flockenlesen und das Zupfen an der Bettdecke der Hinweis dafür, daß es mit dem Kranken zu Ende geht. Auffallend sind die Veränderungen der Hand bei peripheren Lähmungszuständen. Die Handstellung bei der Tetanie wird wohl unzweifelhaft jeden Arzt zur Erkennung dieses Krankheitsbildes veranlassen.

Auch hier können nur Hinweise gegeben werden, die stumme, aber beredte Sprache der Hand eines Menschen verstehen zu lernen und aus ihr Anregungen zu gewinnen, entweder die abwegige Konstitution eines Menschen zu erfassen oder in den Zeichen selbst den Ausdruck einer überstandenen oder vorhandenen Krankheit zu erkennen.

Der Kranke und sein Fuß.

Da der Fuß durch seine ständige Bekleidung meist dem ersten Blicke entzogen ist, steht er hinsichtlich seiner diagnostischen Bedeutung wesentlich gegenüber der Hand zurück. Der Schuh erzeugt überdies sehr häufig künstliche Veränderungen, die ebenfalls das diagnostische Bild des Fußes verschleiern. Dagegen bringt es aber der Schutz, den die Haut des Fußes durch den Schuh erfährt, mit sich, daß pathologische Zustände sich an ihr manchmal besser zeigen als an der den Wetterunbilden immer ausgesetzten Hand. Dazu kommt noch die tiefe Lage des Fußes beim aufrechten Gang, die es bewirkt, daß krankhafte Zustände in der Kreislaufdynamik hier sehr früh in Erscheinung treten.

Hinsichtlich des Wachstumes gehorcht der Fuß den gleichen Gesetzen wie die Hand. Wir werden also bei noch nicht eingetretenem Wachstumsstillstand sehr häufig ein Mißverhältnis zwischen Fuß und unterer Extremität zugunsten des

ersteren sehen. In verzierter Weise wird dies bei der Akromegalie in Erscheinung treten. Hier ist es vor allem das Engerwerden der Fußbekleidung, welches als auffallendes Zeichen meist vom Patienten selbst bemerkt wird.

Auch der Internist sollte sich eingehend mit dem Bau des Fußgewölbes beschäftigen, da gerade durch die Blickdiagnose eines Plattfußes ein Heer von Beschwerden beseitigt werden kann, die sich durch die veränderte Statik bis in die Gegend der unteren Lendenwirbelsäule hinauf fortpflanzen können. Entzündliche Erkrankungen der Gelenke werden hier beim Gange besonders stark in Erscheinung treten. Überhaupt ist es der Gang, welchem der Arzt eine Reihe von Augenblicksdiagnosen zu verdanken hat. Sehr oft macht sich durch ein leichtes Streifen und durch eine geringe Zirkumduktion eine abgelaufene Halbseitenlähmung bemerkbar. Der Steppergang, der nicht nur für das Auge, sondern auch für das Ohr ganz charakteristische Kennzeichen bietet, wird dazu Veranlassung geben, sich mit der alkoholischen oder diabetischen Ätiologie der auslösenden Polyneuritis näher zu befassen. Die schleudernden Bewegungen der Tabiker prägen sich wohl unvergeßlich dem Blicke ein und führen manchmal, vielleicht durch die starken, vom Körper nicht kontrollierten Bewegungen, zu tabischen Atrophathien. Nach unseren Erfahrungen werden diese monströsen Veränderungen des Fußskelettes oft nicht erkannt und als Folgeerscheinungen schlecht verheilter Brüche gewertet. Sehr häufig wird auch unterlassen, daran zu denken, daß gröbere Verletzungen der Haut mit geringer Heilungstendenz, die am gleichen Fuße zu bemerken sind, gegen eine *Tabes dorsalis* und für eine *Syringomyelie* sprechen.

Die Haut des Fußes gibt uns oft weitgehende Aufschlüsse über manche Krankheitsbilder. Kleinste Verletzungen führen, begünstigt durch die Treibhaustemperatur im Schuhinneren, zu Wunden, die sich dem Träger und seinem Arzte erst durch mächtige Schwellung der Leistendrüsen bemerkbar machen. Wohl an keinem Teil des menschlichen Körpers

ist die Hautfarbe ein derartig wichtiger diagnostischer Anhaltspunkt. Die Leichenblässe, verbunden mit einer ausgesprochenen Kälte, deutet unzweifelhaft darauf hin, und zwar insbesondere dann, wenn wir Gelegenheit haben, den Fuß bei längerem Stehen zu beobachten, daß die Blutversorgung der Extremität schweren Schaden erlitten hat. Hier geht die Blässe oft in eine blauviolette Verfärbung über, die letzten Endes für den Träger aber dasselbe Schicksal bedeutet. Oft findet sich eine solche Verfärbung nur an den äußersten Spitzen der Zehen und gibt so deutliche Kunde von dem langsam, aber sicher fortschreitenden Krankheitswege.

Vermöge ihrer Lage am tiefsten Punkte des Körpers finden sich ja auch die Ödeme hier zuerst, meist von dem Patienten selber entdeckt. Auf ihre differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber nephritischen Ödemen braucht an dieser Stelle wohl nicht eingegangen zu werden. Die schlechten Zirkulationsverhältnisse und die Schuhbekleidung bringen es aber mit sich, daß sich am Fuße sehr häufig schlecht heilende Geschwüre vorfinden, die in vielen Fällen auf die oben genannten Ursachen allein zurückgeführt werden. Nie soll man aber bei solchen Prozessen, besonders, wenn sie an der Fußsohle vorkommen, vergessen, daß letzten Endes auch nervöse Erkrankungen zu trophischen Geschwüren führen können. So wie überall, darf man sich aber auch hier nicht mit einer oberflächlichen Diagnose begnügen. Gerade aus jüngster Zeit sind uns zwei solche, recht eindrucksvolle Fälle in Erinnerung. In dem einen wurde bei einem alten Luetiker die Diagnose auf ein Mal perforant du pied gestellt, und der Unglückliche mußte jahrelang antiluetische Kuren über sich ergehen lassen. Bei genauerem Zusehen sah man auf dem Grund des Geschwüres einen schwarzen Punkt, geschwollene Lymphdrüsen deuteten doch auf eine chronisch entzündliche Erkrankung hin, und die Entfernung eines Dornes brachte das lange Jahre bestehende Geschwür zum Heilen. In einem anderen Falle handelte es sich nicht um ein trophisches Geschwür, sondern um eine zerfallende melano-

sarkomatös entartete Warze, und der zu spät gewählte Zeitpunkt der Amputation brachte durch die Lungenmetastasen ein jähes Ende. Schlechtheilende Hauterkrankungen am Fuße sollen immer dazu Veranlassung geben, eine genaue Gesamtuntersuchung vorzunehmen, dabei aber auch nicht lokaler Einflüsse zu vergessen.

Der Kranke und sein Auge.

Nicht zu Unrecht wurde schon von Alters her der Betrachtung des menschlichen Auges eine große Rolle in der ärztlichen Diagnostik zugebilligt und in ihm der Spiegel für die seelischen und körperlichen Vorgänge gesehen. Seinen abwegigen, aber in manchen Fällen auch für die wissenschaftliche Medizin wichtigen Niederschlag hat diese Erkenntnis in den Menschen gefunden, die für sich die Kunst in Anspruch nehmen, aus dem menschlichen Auge allein zur richtigen Diagnose zu gelangen. Von diesen Irrwegen abgesehen, kann aber die Betrachtung des Auges tatsächlich eine derartige Fülle von Erkenntnissen bringen, daß die übrige Untersuchung eigentlich nur die schon anfangs gestellte „Augendiagnose“ bestätigt.

Es beherrschen ja die Farbe, der Glanz und das Spiel des menschlichen Auges in hervorragender Weise das Gesicht. Immer wieder prägt sich dies dem Beobachter ein, wenn er aufmerksam die Veränderungen beobachtet, die sich schon zwischen dem Wach- und Schlafzustande aufdrängen, ganz abgesehen davon, daß das Bild eines lebenden Menschen nie und nimmer durch eine Totenmaske ersetzt werden kann.

Es gibt wohl keinen Arzt, der nicht imstande ist, das Auge eines Kranken von dem eines Gesunden zu unterscheiden. Hier sind es feine Einzelheiten, die sich in der Veränderung der Pupillenweite, des Feuchtigkeitsgehaltes der Augenbindehaut und dem Zustande der das Auge umgebenden Muskulatur ergeben. Auch hier ist es meist der Ge-

samteindruck, welcher zum richtigen Ziele führt, obwohl natürlich in vielen Fällen auch eine genauere Untersuchung wertvolle Erkenntnisse bringen kann.

Versuchen wir nun, uns im einzelnen Rechenschaft darüber zu geben, was wir im Auge für die Allgemeindiagnose erkennen können, so läßt sich diese Aufgabe nur schrittweise lösen. Von den Augendiagnostikern wird besonderes Gewicht auf die Augenfarbe gelegt. Eigentlich hat diese, abgesehen von rassenmäßigen Fragestellungen, eine geringfügigere Bedeutung. Bekannt ist die Tatsache, die wir auch schon an anderen Stellen erwähnt haben, daß eine auffallende Pigmentarmut der Iris dazu Veranlassung geben wird, diesem Menschen einer geringere Abwehrkraft gegenüber Infektionskrankheiten zuzusprechen. Verschiedenfarbigkeit der Augen kann uns unter Umständen auf einen im Inneren des Auges sich abspielenden Krankheitsprozeß aufmerksam machen, kann unter Umständen aber auch dazu Veranlassung geben, an nervöse Erkrankungen weitab vom Augapfel zu denken. Interessant sind in diesem Zusammenhange klinische Beobachtungen, die bei einseitigen Lungenerkrankungen über eine aufgetretene Farbenveränderung eines Auges berichten. Manchmal kann diese Verschiedenfarbigkeit aber nur das Zeichen eines degenerativen Stigmatas sein und unter Umständen dazu Veranlassung geben, bei dem Kranken auf der Hut zu sein. Umschriebene Farbenveränderungen an der Iris gehören in das spezielle Gebiet eines erfahrenen Augenarztes. Sie sind aber von den sogenannten Augendiagnostikern in ganz besonderem Maße zu der Diagnose herangezogen worden. Wir bemühen uns schon seit langem, auch an Hand von solchen die Augendiagnostik lehrenden Büchern irgendwelche Zusammenhänge von umschriebenen Farbenveränderungen der Iris und inneren Erkrankungen zu finden. Wir konnten bisher nicht den Eindruck gewinnen, daß diese einer exakten wissenschaftlichen Nachprüfung standhalten können. Wir möchten hier aber doch zugeben, daß es gewisse Veränderungen geben könnte,

die bisher, allerdings mit Recht, weil sie eben einer wissenschaftlichen Nachprüfung nicht standhalten, für die allgemeine Diagnostik unbrauchbar sind. Auffallenderweise haben wir sehr oft bei Patienten, die an einem Melanosarkom erkrankt waren, einen auffallenden Pigmentreichtum und starke Nävusbildungen an der Iris gesehen. Da bekanntermaßen gerade in diesen Fällen die Metastasen oft jahrzehntelang nach Entfernung des primären Tumors auftreten können, hat uns diese Beobachtung schon einige Male, zum Beispiel bei unklaren Lebermetastasen, auf die richtige Fährte geführt.

Viel wichtiger als die Beobachtung der Farbe des Auges ist die eingehende Betrachtung der Pupille. Wie wir uns immer wieder überzeugen können, wird ihre Bedeutung in der internen Diagnostik viel zu wenig erkannt und daher nicht geübt. Schon die erweiterte Pupille läßt uns in vielen Fällen einen tiefen Einblick in den Menschen tun. Das glänzende Auge mit der oft so weiten Pupille, daß die Farbe der Iris auf größere Entfernung nicht mehr zu erkennen ist, wird uns wohl recht geben, die überschwänglichen Klagen eines Nervösen gleich richtig einzuschätzen. Welcher Arzt wurde noch nie durch stecknadelkopfgroße Pupillen seines Kranken veranlaßt, sich näher mit einer etwaigen luetischen Erkrankung zu befassen oder in ihnen den Morphinisten zu erkennen. Das lebhafteste Spiel der Pupillen ist uns ein Gradmesser für den Gesundheitszustand mancher Kranken. Zu wiederholten Malen konnte ich sehen, wie das Spiel der Pupillen in gesunden und kranken Tagen wechselt. Es würde zu weit führen, in diesem Zusammenhange, so reizvoll es auch wäre, näher auf die neurologische Untersuchung der Pupille einzugehen. Es sollen diese Zeilen nur dazu Veranlassung geben, sich schon in jungen Jahren in diesen Untersuchungsmethoden zu üben und sie immer wieder anzuwenden, um im gegebenen Falle aus ihnen die richtigen Erkenntnisse ziehen zu können. Auch die Augenbindehaut kann wertvolle Schlüsse bei verschiedenen Erkrankungen ziehen lassen. Die

Krankheitsgruppe der sogenannten Grippe, die manchmal zu den schwerst zu erkennenden Krankheitsbildern gehört, zeigt immer, besonders in ihren Anfängen, eine beträchtliche Entzündung der Bindehaut. Besonders eindrucksvoll erscheint uns aber dieses Symptom bei der im Anfange oft unmöglichen, auch serologisch nicht zu stellenden Differentialdiagnose zwischen einem Typhus und Paratyphus. Während bei der letzteren Erkrankung fast immer eine Begleitkonjunktivitis vorhanden ist, fehlt diese nach unseren Erfahrungen im ganzen Verlaufe eines echten Typhus. Dieses Symptom hat sich uns als überaus verlässlich gezeigt und erleidet nur deshalb eine Einbuße, weil es leider eine Trennung der klinisch, im Anfange zumindest, oft gleich verlaufenden Krankheitsbilder bei Grippe und Paratyphus nicht ermöglicht. Auch in einem anderen Sinne bietet die Augenbindehaut wertvolle Hinweise dar. Eine vorhandene Anämie ist in ihr viel besser zu erkennen als an der Haut, da bei ihr die spastische Komponente, die unter Umständen eine Blutarmut vortäuschen kann, viel mehr in den Hintergrund rückt. Daß die Farbe der Bindehaut für die Diagnose eines Ikterus eine Blickdiagnose ermöglicht, ist allgemein bekannt. Weniger geübt wird aber die Beachtung einer eben noch nachweisbaren gelblichen Verfärbung bei Herzkranken, aus der unzweifelhaft auf eine vorhandene Leberstauung geschlossen werden kann. Von ihr ist durch ein anderes Kolorit die gleichfalls gelbliche Verfärbung der Augenbindehaut bei der Anaemia perniciosa zu trennen. Blaue Skleren werden dazu führen müssen, das Knochen-system auf seine Festigkeit zu überprüfen. Auch der Füllungszustand der Gefäße in der Bindehaut, abgesehen von den entzündlichen Veränderungen, kann wertvolle Hilfsmittel ergeben. Unschwer sind die strotzend gefüllten bläulich gefärbten Venen bei der Polyzythämie zu erkennen. Einseitige stärkere Füllung wird uns an einen einseitigen, den Abfluß behindernden Prozeß denken lassen.

Auch die Umschlagstelle der Bindehaut mit ihrem

Wimpernbesatz bietet oft die Möglichkeit einer raschen Diagnose. Immer wieder wird eine chronische Entzündung dieser Stelle, verbunden mit Haarausfall, unsere Vermutung dahin lenken, daß wir es mit einem tuberkulösen Individuum zu tun haben. Lange Wimpern, die ja im Augenblicke als besonderes Schönheitsmerkmal gewertet werden, finden sich sehr häufig bei Menschen, die zum Hyperthyreoidismus neigen, und auch bei denen, die eine auffallende Anfälligkeit gegenüber tuberkulösen Infektionen bieten. In diesem Zusammenhange muß daran erinnert werden, daß ein Ausfallen der Wimpern bei chronischen Vergiftungen und bei hypophysären Erkrankungen verhältnismäßig häufig zu beobachten ist.

Eine große Bedeutung besitzt die Lage des Auges, da durch sie der Ausdruck wesentlich beherrscht wird. Ganz allgemein verbinden wir mit dem Begriffe der Müdigkeit tief zurückgesunkene Augen. In extremem Maße tritt dies beim Kollaps, bzw. in der Todesstunde auf und gibt dem Gesichte ein unvergeßliches Gepräge. Unterstrichen wird dieser Zustand noch durch den verschiedenen Füllungsstand des im Unterlide gelegenen Venenplexus. Die halonierten Augen sind schon dem Laienpublikum als diagnostisches Merkmal für einen Erschöpfungszustand bekannt. Ganz anders wirkt sich die Veränderung des Gesichtes bei einem stärkeren Hervortreten des Augapfels aus. Auch hier wieder finden sich fließende Übergänge von dem Glanzauge des vegetativ Stigmatisierten bis zum Exophthalmus des Morbus Basedowi. Hier sei nur vor einer relativ häufig gemachten Verwechslung gewarnt, die dann zustande kommt, wenn man nicht bedenkt, daß bei hohen Myopien unter Umständen das Langaug ein stärkeres Hervortreten des Bulbus vortäuschen kann. Gewarnt sei auch davor, bei einseitigem Exophthalmus gleich daran zu denken, daß wir es mit einem raumbeschränkenden Prozeß in der Augenhöhle zu tun haben. Verhältnismäßig häufig kommt ein solches einseitiges Hervortreten auch beim Morbus Basedowi vor und tritt besonders kraß bei einem

Zurückgehen dieser Erkrankung in Erscheinung, da sich hierbei meist das Schwinden des Exophthalmus ungleichmäßig abspielt.

Der Begriff des Auges, wie es der innere Kliniker sieht, wird in hervorragendem Maße von den Anhangsgebilden des Auges beeinflusst. So kommt bei einem Schwinden des Tonus der Muskulatur der Lider durch das Herabsinken des Oberlides der Ausdruck des Auges eines Müden zustande, ohne daß sich am oder im Augapfel selbst besondere Veränderungen abspielen. Eine Schwäche des Lidhebers kann ein vielfältiges Zeichen darstellen. In vielen Fällen bedeutet es nur eine belanglose ererbte Abwegigkeit. Manchmal ist es das Zeichen einer schweren Hirnerkrankung. Man kann wohl nicht dramatischer den Verlauf einer tuberkulösen Meningitis beschreiben, als wenn man den Tonusverlust des Lidhebers als das Fallen des Vorhanges nach dem letzten Akte beschreibt. Eigentümlicherweise findet sich sehr häufig beim Morbus Basedowi eine beträchtliche Schwäche des Oberlides, die unter Umständen die Sinnfälligkeit eines vorhandenen Exophthalmus wesentlich beeinträchtigt. Gleich wie die Muskulatur der Lider geben die den Augapfel bewegenden Muskeln bei ihren Störungen ein eindrucksvolles Bild ab. Es sollte dabei nicht vorkommen, daß sich bei einem solchen Sinneseindruck der Arzt mit der Diagnose eines angeborenen Schielzustandes zufrieden gibt und erst durch die Klagen des Kranken über das Auftreten von Doppelbildern veranlaßt wird, diesem Zustande ein erhöhtes Augenmerk zuzuwenden. Der Umstand, daß gerade beim Auge die Grenzen zwischen vielen Disziplinen der Medizin, der Augenheilkunde, der Neurologie und der inneren Medizin, nicht eng gezogen sind, gibt oft Veranlassung dazu, sich auf das andere Fachgebiet zu verlassen, ohne selbst die diagnostischen Möglichkeiten zur Gänze auszuschöpfen. Denn das Auge des Kranken ist das Gebiet, welches als die Domäne der Blickdiagnose des Arztes zu gelten hat.

Der Kranke und sein Ohr.

Im Gegensatz zum Auge bietet das Ohr begreiflicher-
weise viel weniger diagnostische Anhaltspunkte. Liegt doch
mit dem Auge das Sinnesorgan, welches so viele seelische und
körperliche Vorgänge ihres Trägers widerspiegelt, dem Auge
des Beschauers offen dar, während das eigentliche Sinnes-
organ des Ohres im Inneren des Schädels verborgen ist und
nur ein ziemlich untergeordneter Apparat, der Lautver-
stärker oder Lautsammler — die Ohrmuschel und der äußere
Gehörgang — sich dem Beschauer darbieten. Trotzdem kann
uns auch diese Gegend sehr viel Wertvolles für unsere
diagnostischen Überlegungen bringen. Schon die Form der
Ohrmuscheln und ihre Lagebeziehung zum Schädel gibt dem
Kopfe ein charakteristisches Gepräge. Bekanntlich verhalten
sich die Ohrmuscheln bei verschiedenen Rassen anders und
erlauben in manchen Fällen aus ihrer Betrachtung allein die
Zuordnung zu einer bestimmten Menschengruppe. So soll
ja ein Drittel der Ohrmuschel beim Kaukasier über der
Waagrechten liegen, die durch das Jochbein gegeben ist,
während Angehörige semitischer Rasse mit der Spitze dieses
Ohres eben diese Linie erreichen. In diesem Zusammen-
hange sei darauf verwiesen, daß manche gelbe und schwarze
Völkerstämme eine für sie kennzeichnende Ohrform be-
sitzen.

Aber auch in unseren Ländern zeigen die Größe und die
Lagebeziehungen zum Schädel weitgehende Unterschiede
und damit auch diagnostische Möglichkeiten. Aufgerollte
oder Spitzohren werden schon vom Volksmunde als abwegig
empfunden und finden sich meist bei solchen Menschen, die
auch anderwärts die Träger zahlreicher degenerativer
Stigmata sind. Abstehendē Ohren werden nicht nur vom
Schönheitssinne als unangenehm empfunden, sondern zeigen
uns auch immer ein pathologisches Verhalten an, wenn auch
die Wertigkeit dieses Zeichens sehr wechselt. Schon bei
Kindern finden sich abstehende Ohren meist bei solchen, die

in ihrer Entwicklung nicht ganz einheitlich fortschreiten oder die an irgendeiner konsumierenden Erkrankung leiden. Sehr schön kann man unter Umständen die Richtigkeit einer solchen Annahme erkennen, wenn man bei der Gesundung des Kindes oder bei Erlangung seines körperlichen Gleichgewichtes sieht, wie sich die Ohren gleichmäßig stärker zurücklegen. Auch beim Erwachsenen hat man oft den Eindruck, besonders wenn man ihn von rückwärts betrachtet, daß die Ohren stärker abstehen. Zum Bilde der Kachexie gehört es, daß man von rückwärts den dünnen Hals, die schütterere Behaarung und abstehende Ohren sieht. Hier handelt es sich meist nicht darum, daß die Ohren sich vom Schädel tatsächlich entfernen, sondern daß sie durch die allgemeine Abmagerung, die sie vermöge ihres knorpeligen Gerüsts und ihres geringen Fettpolsters nur wenig mitmachen, deutlicher das Bild beherrschen.

Es darf dabei nicht vergessen werden, daß bei der Ohrbildung die Vererbung, das Alter und das Geschlecht eine wesentliche Rolle spielen. Wenn man die Ahnenbilder alter Adelsgeschlechter daraufhin ansieht, so wird man erstaunt sein, mit welcher oft bildhaften Treue sich die Ohrform von Geschlecht zu Geschlecht weitervererbt. Das kindliche, kleine, noch nicht voll ausgebildete Ohr bleibt bei Frauen, die auch sonst viele kindliche Züge aufweisen, viel öfter erhalten als bei Männern. So unterscheidet sich auch das Ohr der Frau durch seine Kleinheit und durch seinen stärkeren Fettpolster meistens von dem des Mannes. Es erscheint sicherlich übertrieben, aus der Form des Ohres auf die seelischen Anlagen des Menschen zu schließen, aber vieles läßt sich sicherlich aus ihr erkennen.

Auch die einzelnen Gebilde, aus denen sich die Ohrmuschel zusammensetzt, machen bei manchen Erkrankungen ganz charakteristische Veränderungen mit, die es auf den ersten Blick gestatten, zu einer Augenblicksdiagnose zu kommen. Ein klassisches Beispiel hierfür bieten wohl die Gichtknoten, durch deren Erkennung allein eindeutig die

Diagnose einer uratischen Diathese gegeben sein kann. Atrophische Vorgänge der Haut, wie wir sie sehr häufig bei Erkrankungen der Hypophyse zu sehen Gelegenheit haben, zeigen sich oft am Ohre in eindringlichster Weise. Auch äußere Einflüsse, wie Erfrierungen u. a., lassen oft bis an das Lebensende ihre Spuren zurück. Durch die relativ gute Blutversorgung der Haut macht sich das Ohr zu einem guten Gradmesser für die Hautdurchblutung im allgemeinen, wie ja auch der Volksmund ein rosiges Ohr als den Ausdruck einer blühenden Gesundheit ansieht.

Auch das Ohrläppchen kann manches zur Blickdiagnose beitragen. Hier möchte ich besonders auf ein Symptom hinweisen, auf welches Eppinger besonderen Wert legt. Nicht selten kann man aus einem langen, sulzigen Ohrläppchen, welches im Gegensatz zu dem sonst wohlgebildeten Ohre steht, bei älteren Frauen die Diagnose eines Myxödems machen. Man muß sich dabei nur hüten, die Mißbildung der Ohrläppchen damit zu verwechseln, die durch das Tragen schwerer Ohrgehänge zustande kommt. Dadurch, daß das Ohrläppchen den tiefsten Punkt des Ohres darstellt, gelingt es oft, an ihm auch leichtere Formen eines kardialen oder nephritischen Ödems festzustellen. Der Vollständigkeit halber sei noch daran erinnert, daß von wissenschaftlicher Seite angewachsene Ohrläppchen als ein ausgesprochen degeneratives Stigma zu werten sind, während diese Tatsache vom Volksmund mit einer schlechten böartigen Charakterbildung in Zusammenhang gebracht wird.

Auch der Ohrknorpel weist bei vielen Erkrankungen ganz charakteristische Veränderungen auf. So sieht man bei schweren Typhen ausgedehnte Nekrosen, die unter Umständen auch bei schweren Zirkulationsstörungen in Erscheinung treten können. Als Vorläufer dieser, meist bei älteren Leuten auftretenden Gefäßveränderungen treten Klagen über kalte Ohren und kalte Füße auf, Klagen, von deren Berechtigung man sich leicht durch den Tastbefund überzeugen kann. Hierbei darf man aber nicht vergessen, daß sich die Ohren

vermöge ihrer freien Lage immer kälter anfühlen als die übrige Haut.

Auch die mehr oder minder große Durchsichtigkeit der Ohrmuschel, die man ja leicht bei der Betrachtung gegen ein einfallendes Licht überprüfen kann, spricht manchmal eine deutliche Sprache. Eine abnorme Lichtdurchlässigkeit findet sich nur bei einer besonderen Dünnhheit der Ohrmuschel, wie sie als rassenmäßiges Merkmal oder bei konsumierenden Erkrankungen vorkommt. Daß man bei dieser Betrachtung manchmal auf Pigmenteinlagerungen verwiesen wird, die Schlüsse auf eine bestehende Hämochromatose gestatten, haben wir im Abschnitt über die Haut schon hingewiesen.

Schließlich dürfen wir nicht vergessen, daß wir bei einem Schwerkranken diesen durch einen Blick auf die Ohrmuschel von einer weiteren Komplikation, die noch obendrein sehr schmerzhaft ist, bewahren können. Bei langer Bettlägerigkeit kommt es nämlich, gleich wie an anderen Körperstellen, bei welchen die Haut ohne Unterlage dem Knochen aufliegt, zu Druckgeschwüren. Diese zeigen sich durch eine blauviolette Verfärbung der der Unterlage unmittelbar aufliegenden Anteile der Ohrmuschel an, und ihr weiteres Fortschreiten kann durch einfache Maßnahmen verhindert werden.

Auch der Eingang in das Innenohr soll immer der Gegenstand der Beobachtung sein. Schon in vielen Fällen haben dort befindliche Eiterkrusten manche unklare Sepsisfälle aufgedeckt. Uns selbst ist vor kurzem eine solche Fehldiagnose unterlaufen. Ein Jüngling, der schon viele Stationen durchlaufen hatte, wurde uns zur Behandlung seiner Lungenabszesse überwiesen, obwohl bei allen bisher behandelnden Ärzten die Ursache dieser, schließlich zum Tode führenden Erkrankung rätselhaft blieb. Auch wir konnten trotz genauester Untersuchung einen Primärherd nicht feststellen und mußten also die in diesem Falle recht wenig Erfolg versprechende symptomatische Therapie der zahlreichen

Abszesse beginnen. Den richtigen klinischen Blick bewies eine Schwester, die uns am nächsten Tage berichtete, daß ihr bei der morgendlichen Reinigung ein mit Eiterkrusten verklebter Gehörgang aufgefallen sei. Tatsächlich konnte durch die weitere Untersuchung eine, auch von Fachärzten nicht gefundene eitrig-eitrige Mittelohrentzündung festgestellt werden, deren jetzt eingeleitete Behandlung das Leben aber leider nicht mehr retten konnte. Wir haben diesen Fall nur deshalb gebracht, weil er in krasser Weise zeigt, durch welche einfache Untersuchungsmethoden oft das Leben eines Kranken gerettet werden könnte.

Ebenso eindrucksvoll ist eine andere Beobachtung, die, wie ich glaube, von Albert stammt. Bei Schmerzen in der Ohrgegend ist es, wenigstens bei uns, Sitte, sich einen Wattenpfropf ins Ohr zu stecken. Aus dieser Tatsache, bei negativem Ohrbefunde, schloß der genannte Chirurg auf eine Neuralgie anderen Ursprungs und gelangte, aufmerksam gemacht durch dieses, anscheinend belanglose Symptom, zur Diagnose einer malignen Struma. Ich hätte dieses Beispiel nicht gebracht, wenn ich aus ihm nicht häufig gleichfalls zu ähnlichen Schlußfolgerungen gekommen wäre, wobei die Ursache der Neuralgien nicht in bösartigen Geschwülsten, sondern in entzündlichen Lymphdrüsen zu suchen war. Dieser Weg hat mir schon in vielen Fällen die richtige Diagnose eines Hilusprozesses und anderer mehr ermöglicht. Daß auch der Chirurg bei Beachtung des äußeren Gehörganges weitgehende diagnostische Schlüsse ziehen kann, ergibt sich zwangsläufig aus dem Befunde eines Blut- oder Liquoraustrittes aus dem Ohre.

Schließlich dürfen wir nicht vergessen, daß die Umgebung des Ohres, insbesondere die gegen die Wange zu gerichteten Anteile, in ihrer Entwicklung innige Zusammenhänge mit den rudimentären Kiemenbogengängen besitzen und daß sehr häufig kleine Geschwülste auf die sich dabei abspielenden Vorgänge zu beziehen sind. Auch die Behaarung des Ohres kann manchmal zu diagnostischen

Schlüssen Veranlassung geben. So entwickeln sich die Haare, die physiologischerweise als Schutz des äußeren Gehörganges dienen, besonders stark in den Wechseljahren der Frau. Man spricht von ihnen stellenweise als von einem Frauenbart. Auch bei Erkrankungen endokriner Drüsen und auch bei Tumoren des Nebennierenrindenmarkes, die zu einer Vermännlichung führen, konnten wir diese starke Haarbildung beobachten. Im übrigen ist es ganz interessant, darauf hinzuweisen, daß eine stärker behaarte Ohrmuschel ohne weiteres den Schluß gestattet, daß die Stammbehaarung des Betreffenden eine überaus entwickelte sein muß. Es findet sich hier also eine Zweiteilung, dem die einzelnen Haarbüschel am Ohre gehorchen. Während die um den Gehörgang und auf die Wange übergreifenden mehr den Geschlechtsorganen unterworfen sind, folgt die übrige Behaarung des Ohres bei ihrer Entwicklung den die Terminalbehaarung im allgemeinen regierenden Reizen.

Wie bei der Besprechung des Auges haben wir es peinlich vermieden, in die Belange des Facharztes einzugreifen, und uns nur zu zeigen bemüht, wie schon ein oberflächlicher Blick auf das entsprechende Organ zu einem tiefen Einblick führen kann. Die angeführten Fälle, die, wie wir nochmals betonen müssen, keine Seltenheiten darstellen und die sicherlich schon jeder länger in der Praxis tätige Arzt selbst erlebt hat, zeigen, daß ein solcher Blick, hinter dem die Erfahrung des Arztes steht, über Tod und Leben entscheiden kann.

Schlußwort.

Wer sich die Mühe genommen hat, diese Zeilen durchzublättern, der wird sehen, daß sich die Darstellung an die Vorgänge hält, die sich bei der Erhebung der ersten klinischen Untersuchungsbefunde gedanklich beim Arzte abspielen müssen. Durch die Dreiteilung in „Der Arzt“, „Das Krankenzimmer“ und „Der Kranke“ wollten wir nur Veranlassung dazu geben, sich einmal selbst Rechenschaft darüber abzugeben, mit welchen Mitteln jeder einzelne der Diagnose zustrebt. Wir haben es unterlassen, bildnerisch unsere Worte zu unterstreichen, da dadurch nur die Überwertung eines Sinnesorgans, des Auges, zum Ausdruck kommen würde. Uns kommt es, getreu den Lehren unserer Lehrer, jedoch darauf an, alle Sinnesorgane in den Dienst der inneren Medizin zu stellen.

Wir haben es auch bewußt unterlassen, in eine spezielle Diagnostik einzugehen. Wir wollten lediglich das in Worte kleiden, was bei der Erhebung der allgemeinen Untersuchung an leicht erkennbaren Zeichen zu sehen, hören, fühlen, tasten und riechen ist.

Sollten diese Zeilen dem einen oder dem anderen gefallen, so bitte ich ihn, daran zu denken, daß in ihnen nichts anderes als das Wissensgut meiner Lehrer, durch die Augen eines Dritten gesehen, niedergelegt ist.

Verlag von Julius Springer in Wien

Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und der Gefäßkrankungen. Vorträge für praktische Ärzte. Von Privatdozent Dr. **D. Scherf** in Wien. Dritte, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 10 Textabbildungen. VIII, 290 Seiten. RM 6.90

Vom gleichen Verfasser wird im März 1937 erscheinen:

Lehrbuch der Elektrokardiographie. Mit etwa 170 Abbildungen. Etwa 250 Seiten.

Die Diät- und Insulinbehandlung der Zuckerkrankheit. Für Studierende und Ärzte. Von Dr. **Franz Depisch**, Wien. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. **N. v. Jagić**. Mit 8 Abbildungen. VII, 136 Seiten. 1937. RM 4.80

Blutkörperchensenkung. Von Dr. **Hans Reichel**, Facharzt für innere Medizin, I. Med. Klinik in Wien (Vorstand Prof. Dr. H. Eppinger), unter Mitarbeit von Dr. P. Fasal, Priv.-Doz. Dr. E. Helmreich, Priv.-Doz. Dr. E. Klafien, Dr. E. Korvin, Priv.-Doz. Dr. H. Kunz, Dr. A. Löffler, Priv.-Doz. Dr. E. Wessely, Dr. G. Widström, Prof. Dr. D. Wirth. Mit 30 Textabbildungen. VIII, 261 Seiten. 1936. RM 18.—, gebunden RM 19.60

Fieber. Wesen, Ursachen, Differentialdiagnose und Therapie. Von Priv.-Doz. Dr. **Ernst Lauda**. Mit 4 Textabbildungen. III, 71 Seiten. 1936. (Bücher der ärztlichen Praxis, Band 43). RM 3.—

Verlag von Julius Springer in Berlin

Lehrbuch der inneren Medizin. Von H. Assmann-Königsberg i. P., G. v. Bergmann-Berlin (mit F. Stroebe-Berlin), H. Bohnenkamp-Freiburg i. Br., R. Doerr-Basel, H. Eppinger-Wien, E. Grafe-Würzburg, Fr. Hiller-München, G. Katsch-Greifswald, P. Morawitz-Leipzig, A. Schittenhelm-München, R. Siebeck-Berlin, R. Staehelin-Basel, W. Stepp-München, H. Straub-Göttingen. Dritte, umgearb. und ergänzte Auflage. In zwei Bänden. 1936. Erster Band. Mit 171 Abbildungen. XI, 934 Seiten. Zweiter Band. Mit 153 Abbildungen. XIV, 846 Seiten. RM 48.—; gebunden RM 52.—

Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten. Von Dr. **Ludolf Krehl**, Professor in Heidelberg.

Erster Band: **Die Entstehung innerer Krankheiten: Pathologische Physiologie.** Vierzehnte Auflage. XII, 716 Seiten. 1932.

RM 39.60; gebunden RM 42.—

Zweiter Band: **Die Erkennung innerer Krankheiten.** Zweite Auflage. X, 197 Seiten. 1932. RM 12.80; gebunden RM 14.80

Dritter Band: **Die Behandlung innerer Krankheiten.** Zweite, unveränderte Auflage. X, 289 Seiten. 1934. RM 18.—; geb. RM 20.—

Zu beziehen durch jede Buchhandlung

Grundriß der inneren Medizin. Von Dr. **A. von Domarus**, a. o. Professor an der Universität Berlin, Ärztlicher Direktor am Horst Wessel-Krankenhaus im Friedrichshain Berlin. Zehnte, verbesserte Auflage. Mit 63 zum Teil farb. Abbildungen. XI, 681 Seiten. 1936. Geb. RM 16.80

Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten.

Von Professor Dr. **M. Matthes** †. Fortgeführt von Professor Dr. **Hans Curschmann**, Direktor der Medizin. Univ.-Klinik in Rostock i. M. Siebente Auflage. Mit 126 Abb. VII, 804 Seiten. 1934.

RM 28.—; geb. RM 30.—

Müller-Seifert, Taschenbuch der medizinisch-klinischen

Diagnostik. Bearbeitet von Dr. **Friedrich Müller**, Professor der Medizin in München. Siebenunddreißigste, umgearbeitete Auflage. Mit 157 zum Teil farbigen Abbildungen im Text und 5 farbigen Tafeln. IV, 524 Seiten. 1937. Gebunden RM 14.80

Hermann Lenhartz, Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Elfte Auflage, bearbeitet von **A. v. Domarus**, Berlin, und

R. Seyderhelm, Frankfurt a. M. Mit 180 z. T. farb. Abbildungen und 2 farb. Tafeln. X, 370 Seiten. 1934. RM 18.60; geb. RM 19.80

Methodenlehre der therapeutischen Untersuchung. Von

Paul Martini, Professor der Medizin, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Bonn. Mit 9 Abbildungen VII, 69 Seiten. 1932. RM 4.50

Die unmittelbare Kranken-Untersuchung. Ärztliches

Sehen, Hören und Fühlen von **Paul Martini**, Professor der Medizin, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Bonn. Mit 35 Abbildungen im Text. VIII, 246 Seiten. 1927. Gebunden RM 7.83

Über Beurteilung und Behandlung von Kranken. Vorträge

von Dr. **Richard Siebeck**, Professor und Direktor der Medizinischen Poliklinik in Bonn. V, 116 Seiten. 1928. Gebunden RM 3.24

Grundlagen ärztlicher Betrachtung. Einführung in begriffliche

und konstitutions-pathologische Fragen der Klinik für Studierende und Ärzte. Von Privatdozent Dr. **Louis R. Grote**, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik in Halle a. d. S. Mit 2 Abb. IV, 82 Seiten. 1921. RM 1.80
