

DER KLINISCHE BLICK

VON

PROF. DR. ERWIN RISAK
WIEN

SECHSTE
UNVERÄNDERTE AUFLAGE
10.-12. TAUSEND



WIEN
SPRINGER-VERLAG
1942

ISBN-13:978-3-7091-9704-2 e-ISBN-13:978-3-7091-9951-0

DOI: 10.1007/978-3-7091-9951-0

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

COPYRIGHT 1937 and 1938 BY JULIUS SPRINGER IN VIENNA
SOFTCOVER REPRINT OF THE HARDCOVER 6TH EDITION 1938

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

Vorwort zur ersten Auflage.

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 infolge seines frühen Todes 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. Hochenegg 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.

Vorwort zur zweiten Auflage.

Die rasch notwendig gewordene zweite Auflage hat gezeigt, daß in der medizinischen Welt besonderes Interesse für die in diesem Buche entwickelten Gedankengänge vorhanden ist. Das kleine Buch hat die richtige Zeit und damit den richtigen Boden gefunden. Es wäre aber abwegig, daraus den Schluß zu ziehen, daß diese Zeilen für die Zeit geschrieben sind, weil die in ihnen entwickelten Auffassungen zeitlos sind und immer bleiben müssen.

Die erste Auflage wurde durch Zugabe neuer Abschnitte erweitert. Während bisher der klinische Blick am bekleideten Menschen geschildert wurde, ist jetzt darangegangen worden, auch die sonst durch die Kleidung entzogenen Körperteile in diese Überlegungen einzubeziehen.

Der Verfasser ist sich dabei bewußt, daß in allen Abschnitten nur Anregungen enthalten sind. Es erscheint der Zweck des Buches aber gegeben, wenn der Leser durch sie veranlaßt wird, seinen Sinnesorganen in der klinischen Diagnostik eine größere als bisher geübte Stellung einzuräumen.

Wien, im März 1938.

ERWIN RISAK.

Vorwort zur dritten Auflage.

Seit der letzten Auflage haben sich weltgeschichtliche Ereignisse vollzogen, die keineswegs spurlos an der medizinischen Wissenschaft vorübergegangen sind. Ihr Tätigkeitsfeld wurde durch die großzügige Einbeziehung fast der

ganzen Bevölkerung in Gesundheitsuntersuchungen wesentlich erweitert und durch die Erforschung der Vererbung und der Erbkrankheiten vor viele neue Aufgaben gestellt. Mit großer Freude erfüllt es mich, daß gerade die in diesem Buch niedergelegten Gedankengänge langsam aber sicher, von den höchsten Stellen unseres Reiches gefördert, wieder zum Allgemeingut der Ärzte werden. Die portugiesische Übersetzung für die südamerikanischen Staaten zeigt, daß auch dort für sie Interesse vorhanden ist. In dem gleichen Maße, in welchem der Hausarzt, der alte Betreuer der Familien, an Geltung gewinnt, werden und müssen als fast veraltet angesehene Überlegungen wieder zu neuem Leben erwachen.

Die vielfältigen Massenuntersuchungen in den verschiedenen Verbänden haben gezeigt, wie notwendig es für den Arzt ist, rasch und zielsicher, ohne besondere Hilfsmittel, Kranke von Gesunden zu trennen. Vor den gleichen Aufgaben steht der Sanitätsoffizier, der vielfach auf sich allein gestellt, die Wehrfähigkeit der männlichen Bevölkerung unseres Landes zu überprüfen hat. So wie der Soldat in vorderster Linie, ist auch der Militärarzt vielfach darauf angewiesen, allein, nur mit Benützung seiner Sinnesorgane, seine Pflicht gegenüber seinem Volke zu erfüllen.

Der Krieg mit seinen vielfachen Aufgaben ist es auch, der mich verhindert hat, das Buch, wie ich es vorhatte, noch durch einige neue Abschnitte zu vervollständigen. Ich mußte mich vielmehr darauf beschränken zu verbessern und, wo es notwendig war, zu ergänzen und vorhandene Lücken zu schließen. Das ist aber in weitgehendem Maße geschehen, so daß ich hoffe, daß die Freunde des kleinen Buches auch von dieser neuen Auflage befriedigt sein werden. Friedlichen Zeiten muß es vorbehalten sein, durch den endgültigen Ausbau dieses Buches meinen Dank an meine Lehrer und an die Wiener medizinische Schule zur Gänze abzustatten.

Wien, im Feber 1940.

ERWIN RISAK.

Vorwort zur vierten Auflage.

Der rasche Absatz der erst vor wenigen Monaten erschienenen dritten Auflage erfordert einen Neudruck. Wenn es in einem Kriege möglich ist, daß innerhalb Jahresfrist zwei Auflagen eines medizinischen Buches notwendig werden, so kann dies wohl als Beweis für die Festigkeit und die Haltung der inneren Front angesehen werden. Mag es in früheren Zeiten auch geheißen haben, daß während der Kriege die Musen zu schweigen haben, so gilt das im Großdeutschen Reiche für diesen Krieg nicht. Während unsere Armeen ihre vernichtenden Schläge austeilen, geht die Arbeit im Hinterland im stolzen Vertrauen auf unsere siegreichen Waffen unvermindert weiter.

Wien, im September 1940.

Dr. E. RISAK
Oberarzt d. R.

Vorwort zur fünften Auflage.

Es erfüllt mich mit stolzer Freude, daß dieses Buch auch weiterhin und gerade jetzt, trotz des Krieges, so viel Anklang gefunden hat, daß bereits wieder eine neue Auflage notwendig wird. Vielleicht liegt dieser schnelle Absatz sogar im besonderen Maße in den heutigen Verhältnissen begründet. Viele Sanitätsoffiziere kommen im Felde zwangsläufig in die Lage, ohne klinische Unterlagen und ohne besondere Hilfsmittel rasch die Diagnose zu stellen. Das Buch, dessen leitender Gedanke es ist, dem Arzt den Weg zu weisen, wie er, auf sich allein gestellt, seinen Kranken Hilfe bringen kann, mag dabei gute Dienste leisten. Jedenfalls entnehme ich den Mitteilungen von Sanitätsoffizieren, daß sich mein Buch in solchen Lagen besonders bewährt hat. Das erfüllt mich mit besonderer Genugtuung und zugleich auch mit neuer Dankbarkeit für meine Lehrer.

Die Zeit nach dem Kriege wird mir Gelegenheit geben, das Buch noch durch einige weitere Abschnitte zu ergänzen und hierbei zugleich auch Erfahrungen dieses Krieges mitzuberechnen.

Für die vorliegende Auflage habe ich es bei Verbesserungen und kleineren Ergänzungen bewenden lassen müssen, für die mir Anregungen aus dem In- und Auslande dankenswerterweise zugegangen sind.

Wien, im Mai 1941.

Dr. E. RISAK
Oberarzt d. R.

Vorwort zur sechsten Auflage.

Die große Reihe von Arbeiten der jüngsten Zeit, die sich damit beschäftigt, den Wert der raschen Erfassung von Krankheitsbildern an einzelnen Fällen und an Krankheitsgruppen herauszuarbeiten, zeigt, daß die hier entwickelten Gedankengänge sich neuerdings wieder durchgesetzt und anregend gewirkt haben. Sie greifen auch auf andere Länder über. Die in Vorbereitung befindliche italienische und spanische Übersetzung läßt dies zumindestens erwarten.

Der Dienst in der Wehrmacht gestattet es mir nicht, den endgültigen Ausbau dieses Buches jetzt zu vollenden. Dies muß dem Zeitpunkte vorbehalten bleiben, zu dem uns der siegreiche Friede die Rückkehr zur wissenschaftlichen Arbeit gestattet. Bis dorthin möge die neue Auflage den Kameraden in der deutschen Wehrmacht und in den verbündeten Armeen so wie bisher eine Hilfe in der raschen Erkennung und damit gegebenen Betreuung unserer Soldaten sein.

Wien, im Januar 1942.

Dr. E. RISAK
Stabsarzt d. R.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Der Arzt	I
Sein Auge	I
Sein Ohr	10
Seine Nase	18
Seine Hand	32
Seine Zunge	37
Das Krankenzimmer	39
Der Kranke	47
Sein Gemüt	47
Seine Lage	51
Sein Geschlecht	57
Sein Alter	60
Seine Größe	64
Sein Gewicht	70
Seine Haut	74
Seine Haare	86
Sein Fett	95
Seine Venen	98
Seine Arterien	107
Seine Lymphdrüsen	113
Seine Muskeln	121
Seine Knochen	131
Sein Schädel	136
Sein Auge	145
Seine Nase	151
Sein Mund	157
Sein Ohr	164
Sein Hals	170
Seine Brust	187
Seine Hand	197
Seine Wirbelsäule	202
Sein Bauch	206
Seine Geschlechtsorgane	213
Sein After	222
Sein Fuß	225
Schlußwort	226

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 nur die allgemeine Ansicht, daß der Sehnerv das wichtigste Gehirnnervenpaar ist, sondern auch 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 daß 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 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 — beträfe sie 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 kann und soll. 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 beim chirurgisch Kranken die Veränderungen seines Äußeren und seines Ge-

habens viel sinnfälliger und eindrucksvoller zeigen. Leicht zu schildern und zu erkennen ist es, wenn sich ein Patient mit einem ausgekegelten Oberarme in ganz kennzeichnender Weise zu entkleiden versucht. Viel schwieriger sind Krankheiten zu erkennen, die im Innern eines Menschen schon zu den schwersten Veränderungen geführt haben und dabei an seiner Oberfläche eben erst bemerkbare Spuren aufweisen. Dagegen gibt es unzweifelhaft 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 derartig vom Tode Gezeichneter, in Unkenntnis seiner schweren Erkrankung, das Sprechzimmer betritt.

Bleiben 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 sehen dann, daß es eine Vielfalt 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 oder 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 weitgehenden Entgegenkommens des Verlages abgelehnt haben, dem Buche Lichtbilder beizugeben. Auch die hohe Technik der Lichtbildnerei ist nicht immer imstande, die Wirklichkeit zu ersetzen. Es kann sogar das Bild dem angehenden Arzte eine falsche Vorstellung von den lebendigen Geschehnissen übermitteln. Den diagnostischen Blick kann der lernende Arzt sich nie aus Büchern erwerben, sondern nur in liebevoller Betrachtung und im ständigen Umgang 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 Schloffheit 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. Mengen sich der Blässe noch andere Farbtöne bei, 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 anderer 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 den Verdacht einer bösartigen Geschwulst am Genitale. Es ist oft erstaunlich, 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, noch unterstrichen durch den Ausdruck von vollkommener Hoffnungslosigkeit. Da die Frau doch unzweifelhaft viel mehr von dem Gesundheitszustande ihrer Geschlechtsorgane abhängig ist als der Mann, so machen sich häufig 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 die Vermutung 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 für das Auge erfaßbarer diagnostischen Möglichkeiten. Es ist für einen auch nur halbwegs erfahrenen Arzt unschwer, 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 blickmäßig zu erfassen.

Besonders wertvoll für die Übung des Auges und der diagnostischen Fähigkeiten sind mir immer solche Kranke erschienen, 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 Lebenskraft der Persönlichkeit und den doch immer wieder hervortretenden schweren Krankheitszeichen bietet Augenblicksbilder, welche an die seherischen Fähigkeiten eines Arztes die größte Aufgabe stellen. Erschüttert wird man dabei erkennen, welch 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 aus 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 in den Körperformen des Kranken aus, als 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 auch sonst manche Kleinigkeiten 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 Äußerlich-

keiten seines Lebens zu befassen. Die gleichen Erscheinungen können wir letzten Endes auch an den Tieren beobachten, wenn sie ihr Kleid, das Fell, das Federkleid, nicht mehr in Ordnung halten. Mensch und Tier zeigen so namentlich bei schweren Krankheiten ganz unbewußt an, daß sie mit sich und der Welt abgeschlossen haben. In klassischer Weise kann man diese in der Kleidung sich äußernden Krankheitszeichen bei beginnenden Paralytikern sehen. Überhaupt bieten beginnende Geisteskrankheiten, die ja fast 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 zumindestens angedeutet bestrebt sind, eine weitgehende Entblößung zu vermeiden, lassen Schwerkranke eine solche Obsorge vermissen. Hier hat die Krankheit schon derartig die Einstellung geändert, daß sie primitive Regungen der Frau, die Eitelkeit oder Schamhaftigkeit, in den Hintergrund zu stellen vermag. Auch hier bietet eine bestimmte Erkrankung ein treffendes Beispiel für unsere Überlegungen. Es ist eine allen Ärzten geläufige und sie oft sehr bedrückende 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 in 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

Zustände vorhandenen Schamgefühles gewertet. Hier handelt es sich aber um vegetative Reflexe, die in das Kindesalter des Menschen zurückgreifen und nichts mit der diagnostischen Bedeutung des Schamgefühls 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 Reinigungsbad 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 gäbe, damit nicht das Auslangen finden. Das Sehen muß der Arzt am Krankenbette in tausenden und aber tausenden Fällen in mühseliger Einzelarbeit erlernen, eine Aufgabe, wovon ihn selbst die genialste Anlage zu seinem Berufe nicht befreien kann. Ohne diesen geschulten richtigen Blick wird aber auch ein Arzt an gut eingerichteten Kliniken in vielen Fällen versagen, da in unserer Kunst die Maschine und die fortschreitende

Technik die Sinnesorgane des Menschen noch keineswegs zu ersetzen vermag.

Vielleicht ist hier der richtige Ort, ganz kurz auf die Frage einzugehen, ob es überhaupt bei dem heutigen Ausbau der medizinischen Technik und ihrer vielen Hilfswissenschaften 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, besonderen Wert auf die sofortige optische Erfassung des Kranken legten. Wer einmal draußen im Leben gezwungen ist, in verhältnismäßig kurzer 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 derer gedenken, die ihn während seiner Ausbildung gelehrt haben, durch Erfassung der Gesamtpersönlichkeit und in Erkennung sonst nicht beachteter Einzelheiten, rasch und zielbewußt das möglichste zur Diagnosestellung des Leidens zu tun. Es wäre andererseits 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 und zu allen Zeiten wird es Gelegenheiten geben, zu denen der Arzt gezwungen ist, ohne die ihm sonst unerläßlich erscheinenden Hilfsmittel zur richtigen Diagnose zu gelangen. Es muß also gerade in seiner 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, unseren Ausführungen zu folgen, 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. 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 sie dann, weitab von modern eingerichteten Krankenanstalten, befähigt, ihre Kranken richtig zu behandeln.

Der Arzt und sein Ohr.

Dieses Sinnesorgan wird wohl bei der ärztlichen Untersuchung am häufigsten angewendet. 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 auch das Ohr auf das äußerste angespannt werden, um jeden für die Diagnostik verwertbaren Eindruck zu erfassen. Diese vollständige Konzentrierung ist es oft, welche dazu führt, daß manche Ärzte zu Diagnosen gelangen, ohne

daß sie sich selbst über den Weg, der zur Erkenntnis führte, 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 oder durch ein leises inspiratorisches Geräusch, welches sich zwischen die einzelnen Sätze einschleibt und bei längerer Anstrengung immer mehr 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 eine Bereitschaft zum Asthma bronchiale verwertet werden. Sie sind oft so leise, daß sie nur bei besonders darauf gerichteter Aufmerksamkeit gehört 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 aussetzt. Von diesen beginnenden Zuständen bis zu den ausgebildeten akustischen Phänomenen eines schweren Anfalles von Asthma kardialem oder bronchialem 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 abschwelende Atmung mit den kür-

zeren oder längeren Pausen beim Cheyne-Stokesschen Atemtypus. Von ihm weiß uns sehr häufig die Ehepartnerin zu berichten, da dieser Atemtypus besonders in der Nacht, wenn alle anderen Geräusche zurücktreten, für den Laien ein auffallendes Ereignis darstellt und übrigens wie auch das Asthma kardiale häufig nur nächtlich in Erscheinung tritt. Akustisch unvergeßlich ist das Atmen eines langsam Sterbenden, bei dem Hand in Hand mit der Abschaltung einzelner Gehirnteile die normale Atmung in die für die Durchlüftung nicht mehr brauchbare schnappende Atmung übergeht. Diese, durch Veränderung der zerebralen Regulationen auftretenden akustischen Sinneseindrücke finden sich aber nicht nur beim Sterbenden, sondern auch bei tief Bewußtlosen. Sie 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 mit einem Kranken zu tun haben, dessen Einatmung durch eine Verengung 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 Pseudokrupp oder durch einen Fremdkörper, zu einer Verlegung des Kehlkopfeinganges gekommen ist. 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 infolge eines raumbeschränkenden Prozesses am Halse, an den internen Kliniken in diagnostischer Beziehung relativ geringe

Beachtung geschenkt wird. Es ist hierzu leider nur wenig Gelegenheit gegeben, da die häufigste Ursache in solchen Fällen eine vergrößerte Schilddrüse ist und die Kranken dann meist gleich eine chirurgische Klinik zur Behebung ihres krankhaften Zustandes aufsuchen.

Es sollte eigentlich der Ausdruck Dyspnoe nur für die Fälle vorbehalten bleiben, bei denen es durch eine Erschwerung des Gasaustausches zu Veränderung der Atembewegung kommt. Auch diese sind für den Untersucher oft mit dem Ohr besser 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 sich nicht gleichzeitig das Auge darüber unterrichtet, ob die Zeichen einer kardialen Dekompensation, insbesondere eine Zyanose des Gesichtes, vorhanden sind. Durch diesen Vergleich gelingt es unschwer, verschiedene Erkrankungsformen, die alle mit einer mehr oder minder beschleunigten Atmung einhergehen, zu unterscheiden. So zeigt die Pneumonie ein hochrot gefärbtes Gesicht, wobei häufig die stärkere Beteiligung der einen Seite gleichzeitig den Sitz 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 oder der Drüsen mit innerer Sekretion überhaupt denken läßt. Wir wollen nur auf Veränderungen in der Stimmlage und -stärke auf-

merksam machen, die bei manchen Menschen in gesunden und kranken Tagen ganz beträchtliche sein können. Gleich wie das durch die Liebe geschärfte Gehör der Mutter am Schreien des Säuglings, oder der Hundeliebhaber am Bellen seines Lieblings 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. So ist eine schwache, kraftlose Stimme dem Schwerkranken eigen, 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. Rauheit der Stimme, wie sie uns beim Jüngling anzeigt, daß er seiner Reife entgegenght, wird dazu Veranlassung geben, bei erwachsenen Menschen eine genauere Untersuchung des Kehlkopfes vorzunehmen. Diese Veränderungen sind meist der Art, daß sie schon auffallen, auch wenn man die Stimme des Kranken früher nicht gekannt hat. Bei längerdauernder Beobachtung gewinnt man aber auch die Übung, feinere Einzelheiten zu erkennen und aus der Stimme allein schon feststellen zu können, wie die Lage am betreffenden Tage ist. Besonders ist mir dies eigentlich bei Kranken mit dekompensiertem Herzen aufgefallen. Hier wechselt die Stärke und die Klangfarbe des Tones oft in ganz beträchtlichem Ausmaße. Sie 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 Fest-

stellung einer Stimmbandlähmung ein Aneurysma der Aorta oder eine beginnende Tabes dorsalis aufgedeckt wurde. Immer wieder muß ich betonen, daß es mir bei der Fülle des Stoffes nicht möglich ist, 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, 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 sich dabei abspielenden so verwickelten Vorgänge verloren hat. Interessanterweise benützen Menschen, die mehrere Sprachen beherrschen und ihrer Muttersprache entwöhnt sind, in Zeiten höchster Not gerade diese. Sie verraten damit, wie sehr ihr Innerstes aufgewühlt ist. 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 verwenden. 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 zugänglich 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 Lungenunter-

suchung zur Verfügung standen, 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 hier eine Hilustuberkulose vorliegen könnte, 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 zur 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 sofort 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 an seinem Zimmernachbar stellen. Charakteristisch ist der jähe Abbruch der Hustenstöße bei Erkrankungen des Rippenfelles, erzwungen durch die jetzt schmerzhaft gewordene 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 in den Hintergrund, ohne aber im Einzelfalle ihre besondere Bedeutung zu verlieren. Sehr selten liefert das Herz Distanzgeräusche. Meist zeigt bei diesen Fällen schon der erste Blick an, 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 Brustschlag-

ader hören. Verhältnismäßig viel wird im chirurgischen Schrifttum von dem Mühlengeräusch Erwähnung getan, das dann zu hören sein soll, wenn 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 es gelegentlich einer Kropfoperation, die im übrigen gut ausging, gehört habe. Auf weitere Entfernung zu hörende Geräusche an den Gefäßen kommen äußerst selten vor. Sie sind dann auch ohne Kenntnis dieses Phänomens zu diagnostizieren. Wie mir Professor Karl Keller an der Tierärztlichen Hochschule in Wien mitteilte, kennen die Tierärzte solche Geräusche beim „Sausebeutel“ des Ochsens, der als seltene Kastrationsfolge dann auftritt, wenn die Spermatica in ein venöses Aneurysma mündet.

Ein wesentlich größerer Anteil muß der Besprechung der Ferngeräusche gewidmet werden, die auf den Magen-Darmtrakt Bezug haben. Ein plätscherndes, aus der Magengegend unseres Weggenossen kommendes Geräusch, nachdem dieser kurz vorher flüssige Nahrung aufgenommen hat, gestattet uns die Vermutungsdiagnose Magenatonie oder Verengung des Magenausganges. Oft ist es gerade dieses Plätschern, das die Patienten beunruhigt und sie zum Arzte führt. Ebenso werden ja auch laute Darmgeräusche von den Trägern selber gehört, wie sie nicht allzuselten bei Hungerzuständen oder auch bei einer beschleunigten Peristaltik vorkommen. Hochgradige und längerdauernde Darmverengung 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 darauf einstellen, 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 an Gelenken und Knochen feststellbar. Bei genauerem Zuhören ist häufig über arthritisch veränderten größeren Gelenken ein typisches, kratzendes und knackendes Geräusch 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 fortwährende 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 wir doch unser Ohr an den häufigen Geräuschen üben, um so sicherer an pathologischen Geräuschen nicht vorüberzugehen.

Der Arzt und seine Nase.

Welch große Bedeutung gerade dem Geruchsorgan des Arztes in der Diagnostik mancher unklarer Krankheitsbilder zukommt, geht unzweifelhaft daraus hervor, daß selbst der Volksmund einem Arzte keine bessere Nachrede geben kann,

als wenn er von ihm erzählt, er rieche die Krankheiten. Gerade die alte Wiener Internisten-Schule v. Oppolzer und von Bamberger legte größten Wert auf die diagnostische Übung des Geruchssinnes. Daß die Anwendung dieses diagnostischen Hilfsmittels eine unter der jüngeren Ärzteschaft so wenig geübte und geachtete ist, kann auf verschiedene Umstände zurückgeführt werden. 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 angewiesen, 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 diese Ärzte auch meine Meinung bestätigt, daß es gerade beim Geruchssinne auf eine fortgesetzte Übung ankomme, eine Tatsache, die den Hundezüchtern aus den Erfahrungen mit ihren Tieren weit geläufiger ist als dem Arzt. Ein Umstand macht es noch schwer, an der Klinik selbst sein eigenes Geruchsorgan zu üben. Jede Neuaufnahme sieht an der inneren Klinik ein Arzt in nicht ganz lebensbedrohnten Fällen erst dann, 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 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 Krankenbette 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, indem der eine eine Geruchserscheinung 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 zu verwerten.

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 daß wir aber dem Arzte damit die Unter-

scheidung der einzelnen, eigenartigen Gerüche beibringen könnten. Das ist und muß die Aufgabe jedes einzelnen bei fortgesetzter Übung am Krankenbette 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 auf dem Lande diesem Umstande zuschreiben, geht aus einer mir bekannten Weisung eines Landarztes hervor, der strenge verbot, vor seinen Besuchen die Räume zu lüften. Man darf beim Eintritt in das Krankenzimmer aber nicht vergessen, daß einerseits die spezifische Ausdünstung eines Menschen durch den Geruch seiner Stoffwechselprodukte noch mehr unterstrichen, anderseits aber auch verdeckt werden kann. Dazu kommt noch, daß in manchen Gegenden Räucherprodukte, in vielen Fällen auch 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 läng wurden mir befreundete Ärzte und auch ich selbst von einem hochstehenden und vielbeschäftigten Manne recht geplagt, der immer wieder über Beschwerden klagte, die zunächst als rein 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 veranlaßte Untersuchung der Öfen klärte die Ursache des Krankheitsbildes auf und führte nach Reinigung der Abzugsschächte 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 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 in unserem diagnostischen Sinne 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 und 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 können, eine Tatsache, über die sich sehr oft die Damenwelt beklagt. Nicht zu vergessen ist hierbei auch die Tatsache, daß einzelne Menschenrassen sich untereinander durch einen ihrer Rassen eigentümlichen Geruch unterscheiden müssen. Uns Europäern ist diese Art der Unterscheidung fast ganz verlorengegangen. Nichtzivilisierten Völkerstämmen soll aber diese Eigenschaft in ganz besonderem Maße innewohnen. Vornehmlich wird der Geruch eines Menschen aber für unsere ärztlichen Überlegungen durch die Schweißdrüsenproduktion in seiner Intensität bestimmt, so daß Erkrankungen, bei welchen diese Drüsen und die mit ihnen eng gekoppelten Duftdrüsen zu erhöhter Tätigkeit kommen, auch durch ihren besonderen Geruch auffällig werden. Andererseits versucht der Körper, wie z. B. bei der Harnvergiftung, durch die Schweißdrüsen Abbauprodukte abzugeben. Dadurch wird dem Schweiß selbst eine spezifische Note gegeben. In vielen Fällen sind es aber auch die Ausatemluft und die Darmgase, die in dem den Menschen umgeben-

den Luftmantel diagnostisch wichtige Geruchempfindungen 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 Erkrankungen. Wenn man sich in einem Ambulanzbetriebe oder in einer Ordination mit Massenbetrieb auf diesen eigentümlichen, scharfen, etwas reizenden Geruch einstellt, wird man häufig erkennen, daß dieses diagnostische Merkmal oft auch dann zu Recht besteht, wenn die klinische und röntgenologische Untersuchung eine Aktivierung des Prozesses nicht wahrscheinlich erscheinen läßt. Wir haben uns einige Zeitlang mit dieser Frage beschäftigt und alle jene Patienten in Beobachtung gehalten, bei denen die Beriechung auf eine tuberkulöse Erkrankung schließen ließ, während die ambulatorischen und klinischen Untersuchungen eine solche Möglichkeit auszuschließen schienen. In fast allen Fällen konnte später die Richtigkeit unserer ersten, vornehmlich durch den Geruchssinn gemachten Annahme bestätigt werden. Nach unseren Erfahrungen kann dieser säuerliche Geruch nur mit dem verwechselt werden, den Leute aufweisen, die lange Zeit unter schlechten hygienischen Verhältnissen gelebt und sich vor allem lange nicht gewaschen haben. So weiß ich aus den Mitteilungen eines Militärarztes, der lange vorher schon diesen Geruch kannte, daß er ihn oft bei den 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 vornehmlich 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 seiner überragenden diagnostischen aber keine prognostische

Bedeutung zu. Wir wollen damit sagen, daß die Tatsache eines solchen Geruches nur für eine vorhandene 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 Ausatemungsluft den spezifischen Körpergeruch an Bedeutung übertreffen. 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 nur eine geringe, durch den Geruchssinn zu erfassende Veränderung. Er 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 Hilustuberkulose verwerten, bei welchen selbst die genaueste klinische Durchuntersuchung es nur schwer ermöglichte, sich für eines der beiden in Rede stehenden Leiden zu entscheiden. Ähnlich 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 vorfindet.

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 geruchmäßigen Erfassung des Typhus abdominalis besaß. 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. Bei ihnen ergab sich dann oft in der Folgezeit die Richtigkeit dieser ausschließlich auf den Geruch eingestellten Diagnostik. 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 bei Infektionskrankheiten möchte ich diese Beobachtung besonders bei jenen Fällen 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 Typhusgeruch, 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 sollen die Diphtherie, der Scharlach und die Masern aufweisen. Es gibt nicht wenige Landärzte, die behaupten, daß sie beim Betreten einer Wohnung diese Infektionskrankheiten schon am Geruche erkennen und

sich überdies aus seiner Stärke 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 ihre geruchsmäßige Erfassung anlangt, wesentlich gemildert. Auch nach unseren Erfahrungen müssen wir ohne weiteres zugeben, daß die Ausatemungsluft eines Diphtheriekranken eine ganz eigentümliche Note aufweist, die bei den verschieden gewerteten, bakteriologischen Untersuchungsergebnissen unbedingt Veranlassung geben sollte, 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 solche, nach den Angaben erfahrener Kinderärzte nicht anzuzweifelnde, aber von uns nicht empfundene Geruchswahrnehmungen nicht feststellen, obwohl diese insbesondere bei der Abgrenzung des Scharlachs von den Exanthenen bei septischen Erkrankungen von großer Wichtigkeit wäre. In diesen Fällen kommt immer wieder die beim Menschen geringe Leistungsfähigkeit des Geruchsorganes zutage und nur den besonders darin geübten Ärzten ist es möglich, solche Krankheiten mit ihrer Nase zu erkennen, was aber anderen geradezu unbegreiflich erscheint.

Eine besondere Bedeutung kommt der Geruchsempfindung in der Leberpathologie zu. Schon während meiner Lernzeit an der Klinik Chvostek konnte ich mich an 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 einem geänderten Geruch der Darmgase 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 Düfte kommt es dann zu dem ganz spezifischen Geruch der Leberkranken, und zwar zu einem Mischgeruch, der Leberkranke so auffallend kennzeichnet. Franz Chvostek hat ihn als erdig bezeichnet. Eppinger vergleicht ihn mit dem Geruch von Indol und Skatol. Auch hier ersetzen Vergleiche aber nicht die einmal erfaßte und dann immer bleibende Geruchsempfindung. Ihre 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, außer wenn sie am Schlusse der Erkrankung zum Untergange der Leber führen. Ebenso kommt er in den letzten Stadien einer Leberzirrhose vor, wenn der Zusammenbruch der Leber ein vollständiger geworden ist. Kommt er in diesen Fällen zur Wahrnehmung, 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 schwer anzusprechen ist. Hand in Hand mit dem Fortschreiten des Leberverfalles kann man eine Verstärkung des Geruches nachweisen. Auf Grund persönlicher Erfahrungen möchte ich aber warnen, aus dem Geruche allein eine schlechte Prognose zu stellen, da wir erst in jüngster Zeit zwei Fälle erlebt haben, in 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 Geruchsempfindung 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. Wer 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 nie mehr 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. Sehr deutlich kann die besprochene Geruchswahrnehmung auch beim acetonämischen Erbrechen der Kinder auftreten. Die Kenntnis solcher an sich meist harmloser Krankheitsbilder ist deshalb von größter Wichtigkeit, da schon vielfach in diesen Fällen, durch den Geruch verleitet, ein diabetisches Koma angenommen wurde.

Während beim Koma diabeticum die üblichen Prozeduren bei der Krankenhausaufnahme nur wenig den Geruch verändern, kann dies unangenehmerweise beim urämischen Koma der Fall sein. Wenn man als Kliniker gewohnt ist, sein eigenes Geruchsorgan nur unter Krankenhausverhältnis 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 üble Mundgeruch. Er kann seine auslösende Ursache in

lokalen Veränderungen, wie ausgedehnter Zahnfäulnis oder chronischen Entzündungen 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 im Operationssaale, 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. 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, in ähnlichen Fällen eine falsche Diagnose stellen wird. Die von manchen Autoren beschriebene differentialdiagnostische Bedeutung des Mundgeruches für Magen- und Gallensteinleiden kann ich dagegen nicht bestätigen. 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 örtlicher 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 und eine unangenehme Ausdünstung klagen und daß Blumenzüchter es nicht dulden, daß sich menstruierende Frauen in die Nähe besonders empfindlicher Pflanzen begeben. Ebenso soll nach den Angaben von Juwelieren das Silber seinen Glanz nur kurze Zeit behalten, wenn es von Frauen in diesen Tagen poliert wurde. Von forensischer Bedeutung, oft aber auch wichtig für unsere Einstellung zum Kranken, können die Alkoholdämpfe sein, die manchmal auf weite 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 große 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.

Durch diese wurde seine Vermutung, daß der Jäger der Träger eines tiefsitzenden Mastdarmkrebses sei, bestätigt. Auf Grund unserer Erfahrungen möchten wir diese Tatsache besonders unterstreichen. Bekanntlich ist die Diagnostik der Sigmakarzinome dann schwierig, wenn es uns nicht gelingt, sie in das Rektoskop direkt einzustellen. In nicht zu wenigen Fällen sahen wir uns veranlaßt, infolge eines solchen eigentümlichen Geruches 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 muß daher bei einiger Übung das Geruchsvermögen bei der Unterscheidung zwischen einer Colitis gravis und einem Sigmakarzinom leisten. 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 feststellen, obwohl auch diese Möglichkeit zugegeben 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 beeinflusst. 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 dia-

gnostische Bedeutung haben können, zeigen uns in jüngster Zeit Fälle, in denen aus dieser Geruchsveränderung die von vielen Seiten geäußerte Annahme eines Lungenkarzinoms abgelehnt werden konnte. Bei ihnen kamen natürlich auch noch andere Überlegungen, wie Aussehen der Kranken, Dauer der Erkrankung usw. hinzu, da verhältnismäßig häufig kleine Krebse der Bronchien zu den obenerwähnten Erkrankungen führen können.

Dieser kurze Überblick soll nur ein Anreiz dazu sein, auch das in der ärztlichen Diagnostik nur wenig herangezogene Sinnesorgan des Geruches mehr zu üben. 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 es die Nase war, die zur richtigen Erkenntnis geführt hat.

Der Arzt und seine Hand.

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, in der 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 Beführung des Pulses die Hauptsache wäre.

Die große Bedeutung dieses eben in Rede stehenden Sinnesorgans kommt besonders bei der Beführung der Hand des Kranken voll zur Geltung. Die heiße Hand eines Fiebernden wird uns wohl auf den ersten Griff ganz andere Eindrücke vermitteln als die kalte, mit Schweiß bedeckte eines Sterbenden oder im schweren Kollapse Befindlichen. Der kräftige Druck, mit dem der Gesunde unseren Handschlag erwidert, 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 Beführung 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 und dadurch oft wesentlich ergänzt. Ganz anders liegt die derbe Faust eines Schwerarbeiters in der Hand des Arztes als die schmalen, langen Finger eines anlagemäßig zur Erkrankung der Schilddrüse neigenden Menschen. 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 mehr 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 einer ausgezeichnet eingerichteten

Klinik im Einzelfalle zumindest immer wieder auf sie zurückkommen muß.

So verschafft die Betastung der Haut eine Fülle von Wahrnehmungen, die insbesondere für die 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 für die rasche Erkennung mancher Lungenerkrankungen 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 sich die Haut über einer erkrankten Lungenpartie wärmer anfühlt. Voraussetzung ist dabei eine normale Körpertemperatur, da sich sonst die Empfindung einer fiebrigen Haut störend dazwischenschiebt. Dieser Sinneseindruck ist mit Sicherheit nur an den rückwärtigen Spitzenpartien zu erheben und zeigt sich viel undeutlicher an der Haut des übrigen Brustkorbes. Bei dieser ist es aber wieder ein anderer Sinneseindruck, den wir besonders schätzen. Es ist eine bekannte Tatsache, daß sich, meist den Segmenten entsprechend, die Haut dann verändert, wenn das ihnen 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 Lungentzündungen, 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 ihrer Einfachheit immerhin überraschend für die Umgebung wirken muß. Dasselbe Empfinden hat man auch, nur in viel größerem Ausmaße, wenn man bei dem Verdachte auf eine eitrige Paranephritis 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, chirurgische Eingriffe durchzuführen, so sind sie jederzeit nachprüfbar 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, machen sich bekanntlich auch das nephritische und das kardiale Ödem in den Anfangsstadien oft nur durch den Tastbefund kenntlich. Während sich aber die nephritische ödematöse Haut warm anfühlt, kommt bei der Haut des ödematösen Herzkranken noch das Gefühl der Kälte hinzu. Wir sehen bei dieser Differentialdiagnose ganz davon ab, daß die erwähnten Ödemarten verschiedene Lokalisationen aufweisen. Fühlt sich dabei das statisch bedingte Ödem der Füße bei Herzkranken warm an, so muß man an eine entzündliche Komponente denken. Auf diese Weise gelingt es, eine sonst nicht zu erkennende Venenentzündung zu entdecken und damit die Lebensgefahr solcher Zustände zu bekämpfen. 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 Gegensatz dazu zeigt die Haut bei Morbus Basedow eine

auffallende Glätte. Bekannt ist die dünne atrophische Haut bei der Simmondsschen 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, auch in dieser Hinsicht den Kranken zu untersuchen, nicht ganz verschwinde.

Ebenso lassen die unter der Haut gelegenen Gebilde 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. Das gleich gilt auch für das knöcherne Skelet. 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 es oft der Tastsinn 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 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 sei ausdrücklich betont, daß wir unter der Tastempfindung nicht bloß die Konsistenz, sondern auch die Temperatur und letzten Endes Schmerzgefühle verstehen. Wer empfindet nicht bei der Perkussion einer massiven Dämpfung wegen der Unnachgiebigkeit der Unterlage einen Schmerz im Plessimeterfinger. Diese Empfindung, die ja eigentlich nur im übertragenen Sinne als Schmerz anzusprechen ist, wird uns aber unter Umständen viel eher den Eindruck einer Schwarte vermitteln als der Gehöreindruck, gedämpfter Schall. Aus diesen Gründen empfehlen erfahrene 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 ergänzen und zu kontrollieren. So ist auch der Tastsinn ein Sinnesorgan, welches der Arzt unermüdlich zur Erreichung einer rascheren Diagnose üben muß. Deshalb soll er auch seine Hände entsprechend pflegen und vor Erfrierungen oder sonstigen größeren Einflüssen mehr schützen, als dies in der auf Sport eingestellten Zeit bei den jungen Ärzten der Fall zu sein pflegt.

Der Arzt und seine Zunge.

Der Geschmack ist wohl der Sinn, welcher 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. v. Eiselsberg erwähnt in seinen Lebenserinnerungen die Erzählung eines russischen Arztes von einem dort sehr angesehenen Diagnostiker, dem durch Kosten von ein paar Tropfen Harn manche Diagnose mit erstaunlicher Genauigkeit geglückt sein soll. Es sind dies zumindestens Hinweise dafür, wie es durch die restlose Benützung eines Sinnesorgans gelingen kann, zur entsprechenden Erkennung einer Krankheit zu gelangen. Darüber hinaus soll aber der junge Mediziner über einen ausgebildeten Geschmackssinn 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. Es ist sicherlich kein zufälliges Zusammentreffen, wenn man immer wieder beobachtet, daß Meister der Diagnostik und Therapie auch Künstler in der Zusammenstellung eines Mahles sind.

In manchen Fällen ist es aber auch heute noch im Interesse der raschen Aufklärung notwendig, daß sich der Arzt seiner Zunge bei der Diagnostik bedient. Oft gelingt es nur auf diesem Wege, bei bewußtlosen Kranken sich an Hand etwa vorhandener Medikamente Klarheit über die Frage zu verschaffen, ob eine Vergiftung vorliege. Es muß dabei wohl nicht betont werden, daß nur in verzweifelten Fällen und nur mit größter Vorsicht die Zunge zu Rate gezogen werden darf, da sonst leicht der Fall eintreten könnte, daß der Diagnostiker selbst schweren Schaden erleiden könnte. 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 Sinnesorgane ist und damit für sich den Anspruch auf einen vollwertigen Menschen und Arzt erheben kann. Gegen die Richtigkeit dieser Auffassung spricht auch nicht die Tatsache, daß manche Ärzte des einen oder des anderen Sinnesorgans nicht ganz Herr sind, weil sie durch die Überschärfung der anderen diesen Defekt ausgleichen können. Hier springen die vollwertigen Organe für das geschädigte Organ ein und führen oft zu ganz erstaunlichen Leistungen.

II. Das Krankenzimmer.

Wohl jeder Arzt wird in seinen Lernjahren einmal und muß am Anfange seiner privaten Tätigkeit mit aller Deutlichkeit den Unterschied zwischen Klinik und Wohnung des Kranken empfunden haben. Grundsätzlich verschieden bietet sich der Kranke in seiner gewohnten Umgebung und in seinem zivilen Anzuge dar, als in der Kaserne einer großen Krankenanstalt und in der Spitalbekleidung. 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. Am ehesten werden diese Unterschiede noch an manchen Polikliniken herausgearbeitet, an denen die jungen Ärzte angehalten werden, die Kranken auch in ihren Wohnungen aufzusuchen und zu betreuen. 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.

Aus zahlreichen Gesprächen über dieses Thema mit erfahrenen praktischen Ärzten möchte ich eine Schilderung voranstellen, die mir mein alter Freund, Medizinalrat Dr. Stromayr gegeben hat. Er wird an einem Vormittage 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 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 Obststande 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 „Koma diabeticum“ ableiten. Es soll diese Wiedergabe aber nicht im Sinne einer Prüfungsfrage gewertet werden, sondern nur zeigen, wie die Vereinigung: fettleibiges Elternpaar, Azetongeruch und vollgefülltes Nachtgeschirr wichtige diagnostische Hinweise gegeben haben, deren Fehlen bei der Einlieferung des kleinen Kranken in die Klinik anfänglich sogar zur Ablehnung der Einweisungsdiagnose geführt hat. Es muß aber ohne weiteres zugegeben werden, daß auch gerade in der häuslichen Umgebung vieles, was für die Diagnose wertvoll wäre, oft durch die sorgende Hand der Familienmitglieder des Kranken verwischt wird und daß unter Umständen die Umgebung auch manchmal direkt störend wirken kann. Trotz alledem bleibt die Tatsache zu Recht bestehen, daß das Krankenzimmer Wertvolles für die 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 stellen. Was sagt nicht alles eine ärmliche Umgebung, eine lichtlose, feuchte, kalte Wohnung. Schon allein diese Erkenntnisse werden ein gewichtiges Wort zu reden haben für die Annahme einer Tuberkulose, eines Rheumatismus, einer Unterernährung und vieler anderer Erkrankungen mehr. Unordnung im Krankenzimmer und ein schlecht gerichtetes Krankenbett werden wohl zwangsläufig dazu Veranlassung geben, auf eine unsachgemäße Pflege und Beobachtung des Kranken zu

schließen. Lieblosigkeit im Krankenzimmer wird den Arzt von vornherein dazu veranlassen, Angaben der Umgebung mit größter Zurückhaltung aufzunehmen.

Im Abschnitte, der von der Wichtigkeit des Geruchsinnens handelt, habe ich schon darauf verwiesen, welch' 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 wegen eines schlecht schließenden Fensters anders zu stellen und der Kranke dadurch ohne alle anderen Hilfsmittel von seinen schon jahrlang bestehenden Neuralgien befreit wird. Langdauernde immer wieder auftretende Rachen- und Luftröhrenkatarrhe sind durch die Feststellung einer trockenen, überheizten Luft in der Wohnung und durch ihre Beseitigung viel wirksamer zu bekämpfen als durch noch so reichliche Anwendung von Medikamenten. Manche kostspielige Luftveränderung, manchen Kuraufenthalt können wir unserem Kranken ersparen, wenn wir in diesem Sinne seine Wohnstätte genau prüfen. Wichtig sind alle Einzelheiten. Manche Fälle von Asthma können nur dann zum Schwinden gebracht werden, wenn man sich durch persönlichen Augenschein von dem Vorhandensein asthmaauslösender Ursachen, wie Blumen, Haustieren usw. überzeugt. So beobachteten wir eine Reihe von unklaren fieberhaften Erkrankungen, die anfänglich große Schwierigkeiten in der Diagnose machten. Das Betreten des Krankenzimmers und die Entdeckung eines Vogelhäuschens mit einem trübselig auf der Stange sitzenden Wellensittich klärte schlagartig die Erkrankung als Psittakosis 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 Beobachtung und der dadurch ausgelöste Gedankengang waren die Ursache, daß von nun an das Dorf vom Typhus verschont blieb. Daher 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 Fragen 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 mit Bestimmtheit als solche bezeichnen, in denen manche Erkrankungen endemisch sind. Ich sehe ganz ab von dem oben angeführten Beispiele einer Wasserinfektion. Es gibt aber 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, deren Vorkommen immer wieder von verlässlichen Beobachtern behauptet wird. Nachprüfungen stoßen meist aus äußeren Gründen auf unüberwindliche Schwierigkeiten. Schließlich sind wir ja auch von den Kenntnissen der letzten Ursachen von Kropf und Krebs noch weit entfernt. Das eine glaube ich aber mit Bestimmtheit, 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, daß z. B. auch an einer modernen Klinik mit strenger Hygiene, wie der von Hocheneggs im alten Wiener Krankenhause, manche Säle als Erysipelzimmer bezeichnet wurden. Unzählige Reinigungsmaßnahmen im Laufe langer Jahre änderten nichts an diesem Zustande. 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. Schließlich ist die Lage des Bettes im Krankenzimmer sicher- sicherlich nicht ohne Belang für die Erkrankung selber. Eine feuchte Ecke ohne Licht und Sonne muß nicht nur während der Krankheitsdauer vermieden werden, sondern kann auch direkt die auslösende Ursache vieler krankhafter Zustände gewesen sein. 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 ernstesten wissenschaftlichen Untersuchung oft zur Aufklärung und damit zur Bekämpfung mancher anscheinend an die Örtlichkeiten gebundenen Infektionen. So zeigt z. B. ein geschichtlicher Rückblick auf die Räumlichkeiten der oben angeführten Kliniken, daß in ihnen vor Jahrzehnten die vielen, vielen, an Wochenbettfieber erkrankten und verstorbenen Frauen gelegen sind.

Es 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 Wohnorte unserer Kranken ausgeführt haben, gilt auch von seiner Kleidung. Wie ganz anders wirkt ein Hungerödem auf den Arzt, wenn er den Kranken in seiner zerlumpten Kleidung vor sich hat. Jeder Kliniker wird mir ohne weiteres zugeben, daß diese Diagnose beim angezogenen Patienten auf keine besonderen 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 seine Erkrankung ziehen läßt. Immer wieder wird es auffallen, daß das Äußere eines Schwerkranken 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 sein Inneres als auf sein Äußeres hingelenkt wird. Dabei ist es selbstverständlich, daß unter Umständen auch das Gegenteil eintreten kann. So legen z. B. mißgestaltete Kranke besonderen Wert auf Äußerlichkeiten. Ganz im allgemeinen kann uns so eine betonte Pflege der Kleidung anzeigen, daß wir es hier mit dem Bestreben zu tun haben, innere Mängel durch äußere Vorzüge zu verdecken. 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 Erkenntnisse schöpfen kann als am entkleideten Kranken. 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. Diesen die ruhige Überlegung störenden Eindruck wird wohl jeder von uns seiner Jugend haben, wenn an den chirurgischen Abteilungen Straßenunfälle 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 der Persönlichkeit wegfällt. Am besten lassen sich diese Überlegungen anlässlich der allgemein eingeführten sprachlichen Unterschiede an einer Leiche darlegen. Der Verstorbene ist in seinen Kleidern ein Toter. Es haftet ihm noch ein Rest seiner ehemaligen Persönlichkeit an. Ausgekleidet ist er ein Kadaver, bestimmt, den Kreislauf aller Sterblichen neu zu beginnen. So gibt uns zwar die Kleidung eines Kranken eine Reihe wertvoller diagnostischer Anhaltspunkte, ermöglicht aber vielfach bei ihrem Wegfall ein viel objektiveres Handeln.

Schon in den obenangeführten Beispielen 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 Sippentafel 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 erfassen soll, 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 angeblich traumatische Sattelnase des Vaters schlagartig die Situation seines kranken Kindes beleuchtete. Sehr wichtig ist für den Hausarzt die Kenntnis des Umstandes, daß in der Familie kürzlich akute Infektionskrankheiten vorgekommen sind. Wer die Schwierigkeit ihrer 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 und dem die womöglich noch vorgekostete Speise liebevoll in den Mund geschoben wird. Mit Recht spricht Eppinger in diesem Falle von einer „Großvater-tuberkulose“. Nicht nur die Blutsverwandten, sondern auch die übrigen Mitbewohner dürfen dem Blickkreis des behandelnden Arztes nicht entgehen. So ist das Gegenstück zu der oben geschilderten Ansteckungsmöglichkeit für die Tuberkulose, besonders in Wien, die Dienstmädchentuberkulose. Bei uns

kommen kräftige, nicht durchseuchte Mädchen vom Lande in die Stadt und ziehen sich hier ihre Tuberkulose zu. Nicht allzul selten hat man nun leider Gelegenheit zu sehen, wie die frische Infektion eines solchen Mädchens vom Lande sich in einer städtischen Familie 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 der Familie stellt und schon beim Ablegen des Mantels das Dienstmädchen unter die ärztliche Lupe nimmt. In gleicher Weise gelten diese Betrachtungen für Schulen, Kasernen und andere Gelegenheiten mehr, bei denen größere Menschenmengen längere oder kürzere Zeit miteinander leben. Kein Militär-, Werk- oder Schularzt wird schon rein instinktgemäß an diesen die Erkennung oft rasch fördernden Möglichkeiten vorübergehen. 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 einbezieht. Spiegeln sich doch seelische Vorgänge unbewußt in einer Unzahl von Einzelheiten ab, die wir ebenso unbewußt mit unserem Auge oder Ohre in uns aufnehmen. Sie beeinflussen zwangsläufig unsere ganze Einstellung zu dem vorliegenden Krankheitsbilde. Je mehr sich ein Arzt mit seinem Kranken beschäftigt, desto mehr wird er diese Eindrücke auf sich wirken lassen und auch geringfügige 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 dann mit einem Rezidiv seines Karzinoms zu ihm kam, wenn er aus äußeren oder inneren Ursachen an einer schwereren Depression litt. Vielleicht darf ich zu diesen Fragen einen ebenso instruktiven Beitrag bringen. In meiner Studentenzeit hatte ich Gelegenheit, eine Unzahl von Mensuren ärztlich zu versorgen. 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. Man könnte dagegen einwenden, daß der Unterlegene meistens die schwereren Verletzungen aufweist, bei denen sich die Mensurbodenchirurgie als unzureichend erweist. Trotzdem glaube ich, daß der moralische Eindruck besonders bei verhältnismäßig leichten Verwundungen nicht abzulehnen ist. 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. Daher muß sich auch der Arzt stets bemühen, die Gemütsstimmung seiner Kranken im günstigen Sinne zu beeinflussen. Ein offenes Wort, eine längere Aussprache und eine freundlich Aufmunterung fördern unzweifelhaft die Wirkung unserer Heilmittel.

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 bei einem beginnenden Delirium tremens. Es zeigen sich beim Hyperthyreoidismus fast immer manische Züge und der Kranke läßt durch seinen Rededrang und seinen Tätigkeitstrieb den Arzt nicht zu Worte kommen. Besonders deutlich tritt dies in Erscheinung einige Tage nach der Operation, die anscheinend eine stärkere Ausschwemmung von Schilddrüsensekret hervorruft. Dieser Vorgang löst seinerseits eine Steigerung der Stimmungslage zu ungeahnter Höhe aus. Wer einmal einen Basedow sterben sah, dem wird dieses lichterlohe Verbrennen des Kranken in seinen eigenen Lebensvorgängen unauslöschlich im Gedächtnisse festhaften. Wer eine Heilstätte besucht und sich da um den seelischen Zustand der schwer an Tuberkulose Erkrankten kümmert, dem wird oft als ein schmerzlicher Gegensatz die Heiterkeit des Gemütes gegenüber dem klinischen Befunde auffallen. Diese Kranken ähneln den Fällen von multipler Sklerose, bei welcher schwerste nervöse Ausfallserscheinungen und ewig lächeln-

des Gesicht eigentlich zum typischen Bilde gehören. Im Gegensatz dazu zeigen, entsprechend der Volksmeinung, Leber- und Magenkranke eine oft auffallend schlechte Stimmungslage, die durch eine besondere Gereiztheit übermalt ist. Oft ist dem Patienten die eigentliche Ursache keineswegs klar. Erst die auf Drängen seiner darunter leidenden Umgebung vorgenommene Untersuchung deckt die wahren Ursachen dieser Verstimmung auf. Wohl jeder wird an sich selbst schon die Tatsache festgestellt haben, welch schwerwiegende Veränderungen im Gemütszustande bei einem an sich harmlosen Magenübel auftreten. Die Resorption toxischer Produkte durch die geschädigte Darmwand ist ja nur die wissenschaftliche Untermauerung 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 nachzugeben.

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 erfordernden 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 Herz-

krankte fast nie über sein Herz, sondern über alle möglichen durch die Erkrankung ausgelösten, in andere Organe verlagerte Beschwerden klagt. Diesen Satz habe ich bei der Korrektur des Buches belassen, muß ihn aber doch insbesondere auf Grund meiner begutachtenden militärärztlichen Tätigkeit ändern. Er gilt nach wie vor für die organischen Klappenfehler. Er besteht nicht zu Recht bei dem Heer der Herzmuskelentzündung. Hier sollen vielmehr die Klagen „über Stechen und Brennen“ in der Herzgegend dazu veranlassen, einen genauen elektrokardiographischen Befund zu erheben. Man wird erstaunt sein, wie viele dieser Klagen durch einen positiven Ekg-Befund ihre Klärung finden.

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 Hysterischen zu entlarven. Man gewinnt aber anderseits beim Studium alter und neuer Lehrbücher der Neurologie mit Bestimmtheit den Eindruck, daß das Kapitel der Hysterie einen immer kleineren Umfang einnimmt 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 die Fähigkeit zur Einfühlung in das Seelenleben eines Kranken zum großen Teil das ausmacht, was wir Intuition am

Krankenbette nennen. Diese Eigenschaft sind wir gewohnt nur ganz großen Ärzten zuzusprechen, wenngleich manchmal kleine, in ihrem Volke verwurzelte Landärzte in dieser Richtung ebenfalls Erstaunliches zu leisten vermögen.

Der Kranke und seine Lage.

Schon in früheren 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, 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 den Wert, der 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 Spannkraft eine durch die Art der Krankheit bedingte Lage ein und ermöglicht dann doch dem Arzt, seine Eindrücke zu sammeln.

Allgemein bekannt ist die Tatsache, daß Herzranke am liebsten mit hochaufgerichtetem Oberkörper im Bette liegen oder den Zwerchfelltiefstand durch Sitzen am Bettrande mit

herunterhängenden Beinen noch unterstützen. Nicht allzu selten empfangen 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 durch Benützung der unteren Extremitäten als Depot zu verkleinern.

Im Gegensatze dazu bevorzugen Kranke, die eine Kollapsneigung aufweisen, eine flache Lagerung, die eine bessere Blutversorgung der lebenswichtigen Zentren im Gehirne gewährleistet. Dieser Unterschied in der von dem Patienten instinktmäßig gewählten Lage beleuchtet 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. Schwerkrankte, 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 angenehme 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 zu einer solchen Haltung nicht mehr fähig sind. Mit anderen Worten bedeutet also z. B. bei Pneumonien der Wunsch nach einer flachen Lagerung das Eintreten einer Kreislaufschwäche. Ebenso finden wir unsere schweren Phthisiker meist waagrecht liegend, 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 anzeigt, daß der Patient, so wie er durch diese Lage mit dem Kopfe besser den Raum beherrscht, auch gleichsam bestrebt ist, über der Krankheit zu stehen. Im Gegensatz hierzu spricht die horizontale Lage 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, als wenn man von diesem Gesichtspunkte aus das Bestreben seiner Umgebung betrachtet, dem Kranken durch Unterstützung 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 Ausmaße durch neurotischen Einschlag bedingt ist. In dem einen Falle wird der Kopf kraftlos das Kissen eindrücken, während man im anderen Falle sich des Eindruckes nicht erwehren kann, daß der Polster gleichsam 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, stellt die

Kopfhaltung eines an einer Gehirnhautentzündung leidenden Menschen eine viel aktivere Pose dar. Dadurch, daß der Kranke ängstlich bemüht ist, jede Lageänderung seines Schädels zu vermeiden, preßt er diesen aktiv gegen seine Unterlage an und versinkt dadurch manchmal direkt in einem weichen Polster. Sehr häufig bevorzugen aber solche Kranke die Seitenlage. Sie gewährt dem Kopfe eine bessere Unterlage und erzielt bei diesen meist für Geräusche sehr empfindlichen Kranken wenigstens den Verschluß eines Gehörganges, während der des anderen unter Umständen durch Umschlagen des Polsters zu erreichen versucht wird. Dazu kommt noch, daß in der Seitenlage das Anziehen der Knie an den Bauch und die dadurch bedingte geringste Spannung der Rückenmarkshäute bei diesen Kranken viel leichter und mit weniger Muskelanstrengung erzielt werden kann als bei der Rückenlage.

Bekanntlich bietet auch die Seite, auf welcher der Kranke liegt, eine Reihe von diagnostischen Möglichkeiten. So liegen Pneumoniekranke fast immer auf der gesunden Seite, weil die bettwärts gelegenen Lungenanteile immer eine stärkere Beanspruchung erfahren und daher diese Lage von den Patienten als die erträglichere empfunden wird. Aus den gleichen Gründen liegt der Kranke bei beginnender Rippenfellentzündung so, daß seine gesunde Seite auf der Unterlage ruht, da ihre stärkere Beanspruchung durch die Atmung die Schmerzen herabmindert. Erst dann, wenn sich ein Erguß dazugesellt, dreht sich der Kranke um, um auf diese Weise dem Drucke der Flüssigkeit auf das Mediastinum auszuweichen. Eine ganz bestimmte Seitenwahl 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 auch bei vegetativen Zuständen die Linkslage als quälend empfunden wird.

Sehr häufig wird man schon beim Eintreten in das

Krankenzimmer 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 allgemeine 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 so auffallend eingehalten wird. Ein ähnliches Verhalten zeigt uns auch die allgemeine Bauchfellentzündung. Hier wird aber bald erkennbar sein, 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 ist es für den Kenner auf den ersten Blick möglich, 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 den Kranken veranlaßt, die starre Körperhaltung einzunehmen, sondern die Furcht vor kommenden Ereignissen. Diese vegetative Angst ist es, welche den Kranken, der einmal eine nicht zum Tode führende Pulmonalembolie mitgemacht hat, zwingt, jede Bewegung zu vermeiden. Dieselbe Angst gibt ihm bei einem akuten Koronarschluß das charakteristische, maskenhafte 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. Er will mit anderen Worten dadurch das Wiederauftreten einer Embolie vermeiden oder auch ein vollkommenes Versagen

seines Herzens durch die geringste Überanstrengung hintanhalt.

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 Haltung des Kranken bedingt. Nach vorne gebeugter Oberkörper mit der Hand am rechten Rippenbogen wird wohl auf den ersten Blick zu der Annahme einer Gallensteinkolik berechtigen. 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 man in vielen Fällen daran denken müssen, daß eine akute Pankreatitis vorliegt. Jeder erfahrene Chirurg wird bestätigen, daß die Differentialdiagnose einer Gallensteinkolik und der meist einen sofortigen chirurgischen Eingriff erfordernden Pankreasnekrose überaus schwierig ist. Immer wieder hat uns die schmerzvolle Unruhe des Kranken, der in keinerlei Weise auf seinen Bauch Rücksicht nimmt, dazu veranlaßt, einen baldigen Eingriff 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 nur um Versuche handelt, die immer wieder wegen der vorhandenen Allgemeinschwäche aufgegeben werden.

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

Der Kranke und sein Geschlecht.

Bekanntlich sind eine Reihe von Erkrankungen vornehmlich an das eine oder das andere Geschlecht gebunden, so daß diese Tatsache allein unter Umständen sofort diagnostisch entscheidet. Schon beim Kinde von großer Bedeutung, spielt der Geschlechtsunterschied beim vollausgereiften Menschen in der Diagnostik eine noch wichtigere Rolle. Dazu kommt noch, daß, wenigstens in unseren Ländern, die Verschiedenheiten des Geschlechtes auch in vielen Belangen eine verschiedene Lebensführung bedingen und dadurch das gegensätzliche Verhalten der beiden Geschlechter noch deutlicher in Erscheinung treten kann.

Besonders schwer fällt das Geschlecht in der Diagnostik bei akuter Erkrankung 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. Ganz abgesehen von den Veränderungen, die sich aus Genitalerkrankungen der Frau mittelbar oder unmittelbar ableiten lassen, beantwortet die Frage nach dem Geschlecht gleichzeitig auch das fragliche Wesen vieler unklarer Erkrankungen des Bauches. Ohne Zweifel überwiegen krankhafte Zustände der Gallenblase bei weitem bei den Frauen. Bei unklaren Symptomen in dem Wetterwinkel des rechten Oberbauches werden wir uns daher bei der Frau grundsätzlich für eine Erkrankung der Gallenblase, beim Manne für eine Erkrankung des Zwölffingerdarmes entscheiden. 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 der klassischen 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 eingehender im Abschnitt über das Alter ausführen werden, noch viel mehr bei Gefäß-erkrankungen. Klagen über drückende Schmerzen unter dem Brustbeine werden bei einer Frau besonders in den Zeiten der hormonalen Umstellung in 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 sich sehr häufig durch einen übermäßigen Nikotingenuß zu erleichtern trachtet, trägt sicherlich zu dem Ansteigen der Gefäßkrankungen bei, das wir jetzt in den Ambulanzen und Stationen der inneren Klinik zu beobachten Gelegenheit haben.

Diese geschlechtsgebundenen, aber durch die veränderte Lebensweise hervorgerufenen 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 Gegensatz dazu werden die Frauen wieder mehr von chronischen Darm-

leiden, insbesondere von Stuhlunregelmäßigkeiten, geplagt. Auch hier wird der Geschlechtsunterschied uns bei der Frau mehr an eine chronische Obstipation, beim Manne mehr an eine bössartige, zur Stuhlverhaltung führende Krankheit denken lassen. Obstipierte Männer stellen meist eine besondere Konstitutionsform dar, die in ihrem Gebaren und in vielen Fällen auch in ihrer Kleidung weibliche Züge aufweisen.

Die angeführten Beispiele sind nicht wahllos herausgegriffen, sondern stellen diagnostische Zusammenhänge 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 kann.

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. So beherrscht Freude und Leid die Frau viel mehr als den Mann. Die Gemütslage kann so unter Umständen Bilder vortäuschen, die nur bei Berücksichtigung des körperlichen Befundes dem Arzt oft als ein Täuschungsversuch erscheinen können.

Eine besondere Stellung in der Diagnostik unklarer fieberhafter Erkrankungen nimmt die geschlechtsgebundene Phase der Menstruation ein. Immer wieder kann man sich davon überzeugen, daß Infektionskrankheiten bei Frauen mit dem Beginne der monatlichen Blutungen zusammenfallen. Durch das Vorhandensein des letztgenannten Ereignisses erscheint oft die infektiöse Art der Erkrankung sichergestellt. 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 es auch 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 alle diese wichtigen Fragen eingehen, die unser ärztliches Denken in verschiedener Richtung beeinflussen, je nachdem, ob wir einer Frau oder einem Manne gegenüberstehen. In dieser Hinsicht 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 Krankenzahlen eine Anfälligkeit des einen oder des anderen Geschlechtes für eine bestimmte Erkrankung herausgerechnet werden mag, daß aber anderseits örtliche Verhältnisse dieses Ergebnis 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 Ansichten andernorts 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 in Beziehung auf sein Alter auf uns macht. Nicht das soll wiedergegeben werden, was große Statistiken über das Verhältnis 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. Nicht kennzeichnender kann die Bedeutung dieses Zustandes wie-

dergegeben werden, als wenn die Umgebung von einem Kranken sagt, daß er rasch zum alten Manne geworden ist.

Das Alter eines Menschen gibt uns eine Reihe von diagnostischen Möglichkeiten und läßt uns besonders 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. Jungendliches 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 hinsichtlich seiner diagnostischen 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 auf 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 Um-

ständen 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 klare, durch die Vorgänge in der weiblichen Genitalsphäre ungetrübte 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 bei der Greisin einzuschätzen sind.

So wie bei der Frau Drüsen mit innerer Sekretion normalerweise auf das erscheinungsmäßige Alter wirken, so wird dieses beim Menschen überhaupt wesentlich durch Erkrankungen dieser Drüsen beeinflusst. 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 Vergleiche zum übrigen Körper macht. Gerade bei dem Beispiele der hypophysären 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 besonders 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. Diese sind es wieder, welche unter Umständen die Zeichen eines frühzeitigen Alterns im Gesicht besonders in Erscheinung treten lassen. Überhaupt bietet das Antlitz durch seinen Formenreichtum und durch den Ausdruck 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 An-

blick 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 auffallend jugendliches Aussehen im Vergleich zu ihren Altersgenossen dar. Man konnte sich dabei des Eindruckes nicht erwehren, daß für solche Menschen eigentlich die vorhandene oder abgelaufene Schilddrüsenerkrankung im späteren Alter von einem gewissen Gewinn war. Es hat sich in diesen Fällen selbstverständlich nur um leichtere Formen gehandelt, da gerade bei schweren Basedowkranken gleichsam das Anzünden der Lebenskerze von beiden Seiten zu ganz extremen Formen des raschen Alterns führen kann. Hat man Gelegenheit gehabt, einen solchen Menschen in der Blüte seiner Jahre zu sehen, so ist es ein tragisches Erlebnis, wenn man jetzt, nach oft ganz kurzer Zeit einem Greis gegenübersteht. Im großen und ganzen soll man sich aber doch 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 Anschlusse an die eben besprochenen jugendlich aussehenden älteren Menschen mit hyperthyreotischem Einschlag ist es vielleicht der Erwähnung wert, daß sich viele Karzinomträger im Anfange der Krankheit eigentlich 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 annehmen, daß das Altern als physiologischer Vorgang den ganzen Körper gleichmäßig ergreifen soll. Daher mahnt die Tatsache, daß ein Teil desselben vom Alter auffallenderweise verschont geblieben ist

oder aber beträchtliche Alterszeichen aufweist, zur Vorsicht im Hinblick auf die Diagnose und vor allem auf die Prognose. 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 Alterwerden des Menschen. In keinerlei Weise entspricht der jugendliche Greis oder der überalterte Jüngling den physiologischen Geschehnissen. Dementsprechend sollte auch beim ersten Anblick das ärztliche Auge durch diese Unstimmigkeiten gewarnt werden.

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 haben. 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 gegebenen 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 zwangsläufig zu diagnostischen Überlegungen 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 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 könnte. 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, das sicherlich nicht ausschließlich durch endogene Ursachen zu erklären ist. 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 sein 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 sich eines hinsichtlich der Größe von den 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 zu beweisen sind und besonders von denen verneint 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 bei vielen Kranken die Gemütsstimmung einen nicht zu unterschätzenden Heilfaktor darstellt. Gerade bei solchen 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, für sich allein, ohne daß sie, 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 Körpergröße bei einem jugendlichen, noch nicht voll entwickelten Herzen gefährdet die Ernährung des rein mechanisch 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 Blutversorgung des Gehirnes erleichternde Körperhaltung. Nach dem Gesagten wird es unbegreiflich 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 waagrechten in die senkrechte Lage zu kommen zu schwerer Blutleere des Gehirnes, die nicht nur bedrohlich aussieht, sondern auch oft tragisch endet. 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 keinen solchen klinischen Sinn, 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. Bei einem solchen Ansinnen 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 richtungsgebend in die klinische Gesamtbeurteilung einzureihen, wenn das Wachstum rein altersmäßig voraussichtlich als abgeschlossen betrachtet werden kann.

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 Gegensatz zu der früheren Gruppe ein schon an und für sich ungewohntes Äußeres, indem in einem Falle an dem voll entwickelten Rumpfe die kurzen Extremitäten hängen oder im anderen 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 Extremitäten besteht. Handelt es sich bei ihnen um auffallende Größe, so hat Chvostek diese Gruppe als degenerativen Hochwuchs bezeichnet. Er findet sich in gehäufter Maße 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 körperliche Tüchtigkeit zutrauen und daß diese auch bei ihnen von ihrer Umgebung vorausgesetzt wird. Dadurch ergibt sich meist ein Mißverhältnis zwischen den an den Körper gestellten Forderungen und seiner Leistungsfähigkeit. Im Einzelfalle führt dies zu chronischen Schädigungen, insbesondere am Kreislaufsystem, die wieder im gegebenen Erkrankungsfall unerwartete Zwischenfälle zeitigen können. Diese Menschen stellen auch eine Gruppe dar, die, meist von Haus aus schon sehr nervös veranlagt, zum Hyperthyreoidismus bzw. Morbus Basedowi neigen. Solche Fälle sind nicht nur durch das Mißverhältnis zwischen Stamm und Extremitäten, sondern an diesen selbst wieder durch lange, schlanke Finger mit überstreckbaren Gelenken konstitutionell gekennzeichnet. 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 Eingriffes 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 doch, wie wertvoll solche Gedankengänge für den Hausarzt sein können, obwohl sehr häufig ihre Beachtung dem Patienten als eine meist lästig empfundene Befürsorgung erscheint.

Ebenso wie die eben besprochenen Mißverhältnisse müssen auch abwegige Größenunterschiede einzelner Körperteile als Zeichen dafür angesehen werden, daß wir es hier

mit einem Menschen zu tun haben, der auf irgendwelche Reize unbekannter Natur in unerwarteter Weise 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 Frauen in der Schwangerschaft und letzten Endes bei solchen in den Wechseljahren. 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 besonders die Tuberkulose rasche Fortschritte machen kann. Im übrigen wissen Hundezüchter über ähnliche Erfahrungen an ihren Tieren zu berichten. Der Begriff „junger Hund“ ist ja auch in den allgemeinen Sprachschatz übergegangen.

Die Größe des Einzelmenschen und die Größenbeziehungen zwischen dem Stamm und den Extremitäten gewähren mithin in manchen Fällen einen recht guten Einblick in die Konstitution und die vorhandenen Abwehrkräfte. Ihre Beachtung erscheint namentlich mit Rücksicht auf das Herzkreislaufsystem geboten, das bei den Kranken mit vielen Arten der körperlichen Disproportion besonders gefährdet ist. Wir müssen ihr deshalb auch zur Vermeidung übler Zwischenfälle während des Krankheitsverlaufes ein besonderes Augenmerk zuwenden.

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 erstrebens-

wert angesehen wird, ist in der gegenwärtigen 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 eine Einigung darüber, was als Normalgewicht zu gelten hat, ist noch nicht zustande gekommen. Wir haben uns angewöhnt, einen Menschen dann als normalgewichtig anzusehen, wenn er in Kilogramm seine über Hundert gelegene Zentimeterzahl erreicht, wobei Schwankungen von 10% auf oder ab noch als normal, also noch innerhalb der zulässigen Fehlergrenze liegend betrachtet werden. 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. Sie erweisen sich auch meist als leichter anfällig. Insbesondere, wenn chirurgische Eingriffe in Frage kommen, müssen wir vorsichtig sein. Wir werden bei fettleibigen Menschen nur bei strengster Indikation unsere Zustimmung zur Operation geben. 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 Geißeln der Chirurgie gehören.

Unter Umständen gelingt es oft schon auf den ersten Blick 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 ziehen, da die Wechselbeziehungen dieser Drüsen untereinander und ihre zerebrale Steuerung meist zu Mischformen führen.

Allein schon die Tatsache, daß wir es mit einer fettleibigen Person zu tun haben, kann unter Umständen dazu führen, einerseits gewisse Krankheiten aus der engeren Fragestellung von vornherein auszuschließen, andererseits die Verlaufsart der tatsächlich angenommenen Erkrankung vorauszusagen. So gibt es fast keinen fetten Morbus Basedowi, da ja durch die bei dieser Erkrankung vorhandenen gesteigerten Stoffwechselforgänge sehr bald die Fettdepots aufgebraucht werden. Aber auch ganz im allgemeinen kann man sagen, daß fette Leute nur in verschwindendem Maße zu der genannten Erkrankung neigen. Bekannt ist dagegen das häufige Zusammentreffen von Fettsucht und Diabetes. Dieses ist 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.

Gleichwie die Fettleibigkeit, führt auch 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 eine Untergewichtigkeit oft überschätzen, und daß sie gewohnheitsmäßig in solchen Fällen mit dem ganzen Rüstzeug der Klinik nach deren Ursache suchen. Erfreulicherweise klärt in vielen Fällen die Frage nach den Ernährungsbedingungen den Zustand als einen durch äußere Umstände bedingten auf. Nicht allzu selten gehen auch gewisse 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 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, sondern auch Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Gerade bei letzteren ist es aber oft auffallend, daß die Kranken einen solchen 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, wie die Erfahrungen

an der Klinik lehren, mehr als die bisher gestreiften Ursachen Störungen des Wasserhaushaltes eine große Rolle spielen. 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 geradezu 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.

So wie in dem vorangegangenen Abschnitte über die Größe kommt es auch beim Gewicht eines Kranken nicht so sehr auf die zahlen- als auf die blickmäßige Erfassung an. Zahlen können hier täuschen und ärztliches Abschätzen der Verhältnisse zwischen Gewicht und Gesamtpersönlichkeit zur rascheren Erkennung führen.

Der Kranke und seine Haut.

Die Haut, gleichsam das natürliche Kleid des Menschen, bietet für unsere Betrachtungen wohl eine Hauptquelle dar, da sie ja in bestimmendem Maße das Äußere beeinflusst und kennzeichnet. Wohl kein Organ des menschlichen Körpers ist so geeignet, sinnfällig einerseits akute Veränderungen anzuzeigen und anderseits 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 Geruchssinn manches zutage fördern, was dem Gesichtssinne verborgen ist. Wenn wir von der Haut sprechen, so müssen wir die freigetragenen von den nicht freigetragenen Teilen scharf trennen. Diese unterliegen durch die Einflüsse der Umgebung weitgehenden Veränderungen und zeigen dadurch feinere Vorgänge in geringerem Maße an. Dagegen verraten 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 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 Bewertung einer dunkleren Hautfarbe vor allem bei stärkeren Pigmentationen zur Vorsicht mahnen. Nicht allzu selten haben wir Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, bei denen Farbe und Pigmentbereitschaft der Haut 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. Ähnliche Rassemischungen werden 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- oder Nierenerkrankung vortäuschen kann.

Abgesehen von diesen, meist an die geographische Örtlichkeit gebundenen Eigentümlichkeiten, bietet die Hautfarbe große Möglichkeiten, rasch der Hauptursache eines Leidens näherzukommen. Vornehmlich wird sie, 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 Gegensatz zu der des Kindes diese

Verhältnisse etwas verdeckt. Auch die zartere Haut der Frau gibt über den Blutgehalt bessere Auskunft 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 weitgehend in ihrem Füllungszustande der Haut gleicht, bei der durch Spasmen bedingten Blässe aber meist geringer an dieser Farbenveränderung beteiligt ist. Auch der Tastsinn kann manchmal leicht die Entscheidung herbeiführen, 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, die vorgeschrittenen Fälle von *Anaemia perniciosa* an ihrer strohgelben Verfärbung zu erkennen und von denen der *Endocarditis lenta* zu trennen, deren Hautfarbe mehr an einen ganz dünnen Milchkaffee erinnert. Unter Umständen zeigen auch Kranke mit vorgeschrittenen Karzinomen, insbesondere des Magens, eine Verfärbung, ähnlich wie sie bei der *Anaemia perniciosa* auftritt. Das Verhalten und der sonstige Zustand geben aber wichtige Hinweise: Erstaunliche Lebhaftigkeit der Perniciosakranken und Kachexie der Krebs-träger sind Gegensätze, die oft entscheidenden Aufschluß geben.

Im Gegensatz zu der Blässe steht die rote Farbe der Menschen mit einer Blutfülle, sei diese jetzt durch eine Vermehrung der roten Blutkörperchen oder durch eine Vermehrung der gesamten Blutmenge gegeben. Vom gleichfalls rot aussehenden Hochdruck 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, denn bei diesen Menschen wird die Hautveränderung nicht durch eine diffuse Verfärbung erzeugt, sondern durch die Ausbildung zahlreicher, mit dem freien Auge noch erkennbarer Gefäßchen hervorgerufen.

Bei Nierenkranken kann unter Umständen die Hautfarbe gleichfalls zu einem führenden Symptom werden, wobei die Blässe einerseits durch das Ödem der Haut und anderseits durch die Spasmen in der Peripherie bedingt sein kann. Bezeichnenderweise hat bei Nierenkranken die ödematöse Haut meist eine gewisse Wärme. Bei Herzkranken fühlt sie sich dagegen kühl an. Bei Urämiekranken kommt dazu noch eine leicht schilfernde Beschaffenheit, bedingt durch den Versuch des Organismus, sich durch die Haut der im Blute angehäuften Giftstoffe zu entledigen. Auch Kranke mit einem Myxödem fallen durch eine blasse Hautfarbe auf. Hier verhindert die Verdickung der Epidermis ein Durchschimmern des Blutes.

Eine große Bedeutung hat die Hautfarbe bei allen Formen der Leberkrankheit. Vor allem gilt dies wohl für die „Gelbsucht“. Bekanntlich wird bei dieser Farbenveränderung von vielen ein mehr rötlicher Farbton 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 hatte ich Gelegenheit, eine derartige Menge von Leberkranken zu sehen, welche in ihrer Fülle und Vielfältigkeit wohl nicht so bald übertroffen werden kann. An diesem Krankengute konnte ich mich eigentlich nicht von dem Zurechtbestehen einer solchen 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 Lebercirrhosen bedingen ganz charakteristische Hautveränderungen, die nur dann weniger in Erscheinung

treten, wenn der Untergang der Leber im letzten Akte der Erkrankung zur Gelbsucht geführt hat. Die Haut bei Cirrhosen ist meist glatt und bietet so, wenigstens in Wien, mit seiner spärlichen Bauchbehaarung 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 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 Cirrhosen 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 Josef 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 mit unklaren Krankheitsbildern zumindestens den Verdacht auf eine bestehende Cirrhose 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 Addisoni bräunen sich die Stellen mehr, 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 zumindestens ähnliche 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 Gegenden 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 entsprechende Organdiagnose zu stellen.

Neben diesen, meist mehr diffusen Farbenveränderungen der Haut sind es 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, dazu Veranlassung, augenblicklich an eine schwere Verschlimmerung zu denken. Diese septischen Blutungen, die ja meist aus der Verbindung einer Schädigung des Blutes und der Blutgefäße entstehen, sind oft von den rheumatisch bedingten nur durch die gleichzeitig bestehenden Gelenkschwellungen zu trennen. Die bei Leukämie auftretenden Hautblutungen sind stets größer und lassen durch den Tastsinn auch die Einlagerungen leukämischer Infiltrate erkennen. Im übrigen haben wir schon darauf hingewiesen, daß es zu den gleichen Hauterscheinungen kommen kann, wenn im Körper entgiftete Organe, wie Niere und Leber, in ihrer Arbeitsleistung eingeschränkt sind. Der Skorbut und die

Hämophilie zeichnen sich dadurch aus, daß so wie in der Haut auch in den tiefergelegenen Organen, wie Muskeln und Knochenhaut, Blutungen auftreten, wobei beim Skorbut das Zahnfleisch, bei der Hämophilie die Gelenke im Vordergrunde stehen. Der Vollständigkeit 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 Patienten zu tun haben, deren 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 erstes klinisch in Erscheinung tretendes Zeichen eines bisher unbemerkt gebliebenen Karzinoms vorkommen. Die Hautblutungen teilen somit in ihrer diagnostischen Bedeutung das Schicksal der Pigmentierungen. Durch beide Arten von Veränderungen muß sich der Arzt veranlaßt fühlen, eindringlich nach ihren auslösenden Ursachen zu forschen. Sie geben nur nach streng kritischem Ausschluß aller Möglichkeiten die Berechtigung zur Blickdiagnose.

Oft hilft der Tastsinn weiter, wenn das Auge versagt. Feinere Veränderungen der Haut sind mit seiner Hilfe viel besser zu erkennen als mit dem Auge. Obwohl man bei der Betastung der Haut vieler Menschen zur Überzeugung gelangt, daß es zahlreiche individuelle Verschiedenheiten gibt, so kann dennoch durch diese Methode manche wichtige Erkenntnis in diagnostischer Richtung gewonnen werden. Schon die Haut von Frauen und Männern unterscheidet sich in den meisten Fällen durch die beim weiblichen Geschlechte viel größere Glätte, die an die Haut der Kinder erinnert. Können wir diesen Tastbefund bei einem Manne erheben, so wird dies 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 die Hautglätte zunimmt und auch bei Männern in Erscheinung tritt, wenn es sich um einen Fall von Hyperthyreoidismus, von Morbus Basedowi oder vielleicht nur um einen vegetativ Stigmatisierten handelt. Auch bei vielen unserer Karzinomkranken haben wir diese eigentümliche Glätte beobachtet, die erst dann in den Hintergrund tritt, wenn die Kachexie Fortschritte macht. Diese Beobachtung deckt sich ja mit der landläufigen, daß Krebskranke im Beginne ihres Leidens unter Umständen einen direkt blühenden Eindruck machen. Findet sich diese Glätte örtlich beschränkt, so werden wir uns immer fragen 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 schon oben auf diese differentialdiagnostischen Möglichkeiten auch bei der Besprechung des Tastsinnes im allgemeinen hingewiesen.

Im Gegensatz dazu steht die durch Wasserarmut hervorgerufene Trockenheit der Haut, die, wenn sie mit einer stärkeren Verhornung gepaart ist, unter Umständen beim Darüberfahren sogar eine Schmerzempfindung an der Hand des Arztes 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 trennbar. Auch bei schweren Erkrankungen mit einer Störung des Wasserhaushaltes, bedingt durch eine verminderte Wasseraufnahme oder vermehrte Abgabe, finden sich letzten Endes ähnliche 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 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 Dicke der Haut. Der Verlust 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 wieder verstreichenden, 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, aber doch meist nicht so deutlich. So zeigt sich bei Karzinomen und Phthisen in den 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 an einer solchen Haut 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 Geruchsinn manches diagnostische Hilfsmittel darzubieten haben, geht ja schon aus der Bedeutung hervor, welche vom Laienpublikum der Ausdünstung eines Menschen zugeschrieben wird. Daß auch der Geschmacksinn 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 oder 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 Merkmal darstellt. Wie leicht lassen solche kleine Bläschen die Unterscheidung zwischen einer Pneumonie, einem Paratyphus, einer Polyarthritis 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 beigelegt. Man begnügt sich zumeist 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, welch 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 zuzuwenden. Weiß man doch, daß schwerste, zum Tode führende Sepsisfälle sich aus einer anscheinend so harmlosen Hautveränderung ableiten lassen. Nicht zuletzt ist die Ursache vieler chronischer Nephritiden in diesen scheinbar belanglosen Hautveränderungen zu suchen.

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 dazu 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 durch rein 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. Die Obduktion zeigte in den meisten Fällen die vermuteten schweren arteriosklerotischen Veränderungen in den entsprechenden Hirnanteilen. Das Aufschießen blutroter Kavernome soll uns immer daran mahnen, den Patienten gründlichst auf das Vorhandensein eines Gewächses zu untersuchen. Die Haut, die auch sonst einen überaus feinen Gradmesser für die Geschehnisse im Inneren des Körpers darstellt, zeigt uns auch dadurch eine 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 Aktinomykose, die Lepra und viele andere lassen auf der Haut typische Effloreszenzen aufschießen, und ihre Kenntnis ist unter Umständen, ohne Rücksicht auf ihre Bedeutung für den Hautarzt, 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 klärt manchen Krankheitsfall schlagartig auf.

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, wie Narben aussehenden Veränderungen, die entstehen, wenn die Haut mit einem darunterliegenden Karzinom verwächst, die leider auch in unserer Zeit erst entdeckt werden, wenn es zu spät ist.

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 berechnete Annahme eines Lymphogranuloms nahelegen oder bei Bestehen einer Gelbsucht an cirrhotische 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 im rechten Unterbauch, die die Zeichen einer operativ gesetzten an sich trägt, wird uns bei Schmerzen in dieser Gegend manche differentialdiagnostischen Mühseligkeiten im Hinblick auf das Vorhandensein oder Fehlen einer Blinddarmentzündung ersparen. Ich könnte diese selbsterlebten Beispiele ins Ungemessene vermehren, in denen die Schnittführung und die dadurch bedingte Narbe in klarer Weise operative Eingriffe am Magen, an der Gallenblase und anderen Organen mehr zeigten. Es darf aber auch hiebei nicht vergessen werden, daß diese Zeichen auch täuschen können. Narben am Bauche stellen eben nur Wegweiser aber keine Verbottafeln dar.

So sollen auch diese Zeilen nur die Anregung dazu geben, unter allen Umständen der Haut und ihren Anhangsgebilden 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 anderseits 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 eingepägt durch zwei ganz verschiedene Erfahrungen meiner beiden Lehrer. Bekanntlich hat Franz Chvostek auf Wiener Boden die richtige und sich immer wieder bestätigende Beobachtung gemacht, daß bei ausgebildeten Lebercirrhosen die Haut des Stammes glatt und haarlos ist. 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 geographisch örtliche Unterschiede aufweisen.

Bekanntlich setzt sich das menschliche Haarkleid aus der kräftigen Terminalbehaarung und der flaumigen Lanugobehaarung zusammen. Bleiben wir bei dieser, so ist diese bei den meisten Menschen nur bei seitlicher Belichtung als ein zarter Flaum sichtbar. Ist er 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 der Tuberkulose mit der erwähnten Lanugobehaarung. Jedem, der gewohnt ist, Kranke genau zu untersuchen, wird hier ein 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 Rückenhaut 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 Hinweis auf eine persistierende Spaltbildung in der Wirbelsäule — einer spina bifida occulta anzusehen. Wir haben so 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 in stand setzt, durch sie nicht nur auf anatomische Veränderungen der Wirbelsäule, sondern auch auf solche des Rückenmarkes und seiner Häute zu schließen. Wir werden im Kapitel über die Wirbelsäule noch eingehender auf die Bedeutung von Krankheitszeichen der Haut und ihrer Anhangsgebilde in dieser Gegend hinweisen. Auch in der Gegend der Milchleiste kommen an Stelle oder in Begleitung einer rudimentären Brustwarze solche, auf die Lanugobehaarung zu beziehende Haarbüschel vor. Sie wurden irrthümlicher Weise von anderer Seite, insbesondere, wenn sie sich in der Gegend des rechten Rippenbogens vorfinden, als der segmentale Ausdruck einer erkrankten Gallenblase oder eines erkrankten Zwölffingerdarmes angenommen. Sie stellen aber in dieser Gegend nichts anderes dar als ein kleines äußeres 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 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 der Körperbehaarung 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 aufgefaßten Krankheitsbildern führen können, beginnen oft mit Haarausfall bzw. mit dem Schütterwerden der Terminalbehaarung. Im Gegensatz dazu steht die Hypertrichose beim Morbus Cushing und bei anderen innersekretorischen Erkrankungen. An den behaarten Stellen des Kopfes gibt es einzelne, denen eine besondere diagnostische Bedeutung zukommt. So können die Augenbrauen unter Umständen unsere diagnostischen Überlegungen auf endokrine Erkrankungen leiten, wenn sie, wie dies Neuda bei hypophysären Erkrankungen gezeigt hat, besonders in den lateralen Anteilen schütterer werden oder ganz verschwinden. Dieses Zeichen kommt nach unseren Erfahrungen aber auch bei chronischen Infektionskrankheiten und langsam verlaufenden Vergiftungen vor. Auch die Art des Behaarungstypus kann unter Umständen differentialdiagnostische Möglichkeiten zulassen. Eine schütterere oder fast fehlende Behaarung in der Wangengegend beim Manne findet sich bei vegetativ stigmatisierten Menschen. Bei gleichzeitig bestehenden Magenbeschwerden, soll dieses Zeichen unsere Überlegung auf das Bestehen eines Zwölffingerdarmgeschwürs hinlenken. Auffallend starke büschelförmige Genital- und Achselbehaarung trifft man meist bei Frauen an, die zu schweren neurasthenischen Zuständen neigen und bei denen in späterer Zeit Schwächen einer oder der anderen Drüse mit innerer Sekretion herauskommen. Oft ist dieser Behaarungstypus vergesellschaftet mit einer bei Frauen ungewöhnlichen, starken Behaarung der unteren Extremitäten. Bedeutungsvoll ist dieser Behaarungs-

typus aber nur bei Frauen, die nicht der jüdischen Rasse angehören. Es gab eine Zeit, zu der man dem Behaarungstypus am männlichen Genitale eine besondere Bedeutung für die Beurteilung der Konstitution beimaß. Eine feminine Behaarung galt als Zeichen verminderter Widerstandskraft und geringer biologischer Wertigkeit. Nach unseren Erfahrungen findet sich bei chronischen Infektionskrankheiten der weibliche Behaarungstypus des Genitales beim Manne in unseren Gegenden verhältnismäßig sehr häufig vor. Mit aller Vorsicht wäre daraus der Schluß zu ziehen, daß diese Männer eine geringere Widerstandskraft aufweisen. Von dem Wiener Tuberkuloseforscher Wilhelm Neumann wurde der Farbdysharmonie am Genitale eine besondere Bedeutung hinsichtlich der Prognose dieses Leidens zugemessen. Er versteht darunter eine Verschiedenheit in der Art und der Farbe des Haares am mons veneris einerseits und dem behaarten Streifen, der sich von dieser Gegend gegen den Nabel zu zieht, anderseits. Nach unseren Erfahrungen möchten wir dieses Zeichen ebenfalls für ein degeneratives Merkmal 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. Es 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 und so einer erhöhteren Infektionsgefahr ausgesetzt gewesen sind. 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 einer solchen Bartracht 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, die bei ihnen schwerer verlaufen 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 Schridde erinnert werden, der bei Krebsträgern, besonders in der Schläfengegend, das Vorhandensein bzw. das Wiederauftreten von schwarzen, steifen Haaren gesehen haben will. Wir haben an den Kliniken 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 eines Karzinoms festzuhalten.

Sehr häufig treten an Hautbezirken, die zum Versorgungsgebiet eines früher erkrankten Nerven gehören, Haare auf, die sich in der Farbe und vornehmlich 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 im Sinne einer Vermehrung, Verstärkung und geringen Verfärbung um. Bei stark behaarten Männern, die berufsmäßig einseitig Lasten zu tragen haben, sieht man immer wieder an der benützten Schulter eine Änderung des Haarkleides im oben erwähnten Sinne. Sie kann sich auch bei wenig entwickelter Terminalbehaarung vorfinden und soll wahrscheinlich ähnlich wie in den Achselhöhlen als Walze wirken. Bei genauerer Betrachtung der Haut kann man so unter Umständen gleich einem Detektiv weitgehende Schlüsse hinsichtlich der auf die Haut einwirkenden 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. Da Dunkelhaarige mehr zur Karzinomentstehung neigen sollen, sind Ausnahmen infolge von Metastasenbildung in den Nebennieren möglich.

Schon die alten Ärzte haben sich mit den Zusammenhängen von Haarfarbe und Krankheit beschäftigt. Sie haben insbesondere auf Beziehungen zwischen dieser und dem Ergrauen des Haares geachtet. Versucht man, die Bedeutung dieser Verfärbung der Haare in die klinische Beobachtung einzufügen, so muß man sich immer vor Augen halten, daß ein frühzeitiges Ergrauen in manchen Familien erblich ist. Aus eigener Beobachtung müssen wir aber auch andere Erfahrungen bestätigen, daß besonders bei schweren Kriegs-

traumen, wie Verschüttungen, ein plötzliches, meist büschelförmiges Ergrauen der Haare zustande kommen kann. Anscheinend gibt es ein solches Ereignis auch nach schweren seelischen Erschütterungen. Auch Basedowkranke klagen relativ häufig über rasches Ergrauen des Kopfhaares, während Schnurr- und Backenbart von ihm meist nicht mitbetroffen werden. Überhaupt findet man bei innersekretorischen Erkrankungen, die mit einer auffallenden Kachexie einhergehen, das Ergrauen und das Ausfallen der Haare verhältnismäßig häufig, wobei namentlich die Genitalbehaarung in Mitleidenschaft gezogen wird. Für unsere Überlegungen heißt also starkes und plötzliches Ergrauen, daß der Träger schwere seelische oder körperliche Erschütterungen seines Gleichgewichtes mitgemacht hat. Auch bei chronischen Infektionskrankheiten tritt diese Haarfarbenänderung Hand in Hand mit dem zunehmenden Verfall des Allgemeinzustandes verhältnismäßig häufig auf. Dagegen verfügen Krebskranke in vielen Fällen meist sogar im Gegensatz zu ihrem Alter über ein noch gut pigmentiertes Haar.

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 behaarten Menschen ergraute Haarbezirke, die sich an das Innervationsgebiet der Nervenstämme halten, auf deren abgelaufene Entzündung 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 als die übrige Terminalbehaarung. Wie schon erwähnt, werden sich unsere diagnostischen Überlegungen bei einem langsameren Haar ausfall auch auf chronische Infektionskrankheiten oder endokrine Störungen richten, während sein rascherer Verlauf in vielen Fällen eine stattgehabte Vergiftung vermuten läßt. In letzter Zeit konnte man dies bei Thalliumvergiftungen

beobachten, die deshalb häufiger vorkommen, weil dieses Gift jetzt im Handel als Rattenvertilgungsmittel leicht zu haben ist.

Neben den schon geschilderten Haarveränderungen spielt die sonstige Beschaffenheit des Haares eine relativ geringe Rolle, da sie einerseits weitgehenden individuellen Schwankungen unterworfen ist und andererseits die früher genannten Veränderungen viel stärker in Erscheinung treten. Es besteht aber kein Zweifel, daß sich im Verlaufe von schweren Erkrankungen, besonders von Infektionskrankheiten, die Haarbeschaffenheit ändert. Hier sind die Haare wahrscheinlich wegen der schlechten Ernährungsbedingungen weniger gelockt und pflegen dünner als früher nachzuwachsen. 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. Herrn Professor Dr. K. Keller verdanke ich den Hinweis, daß sich die Wolle kranker Schafe ganz ähnlich verhält. Überhaupt ist die Kenntnis von Veränderung des Felles bei den Tierzüchtern und Tierärzten weit vorgeschritten und läßt recht brauchbare Hinweise auf das menschliche Haarkleid gewinnen.

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 diese Erfahrungstatsache immer wieder für die Wiener Verhältnisse als richtig erwiesen. Ganz allgemein kann man sogar sagen, daß eine starke Körperbehaarung meistens

mit einer gewissen neuropathischen Veranlagung vergesellschaftet ist. Überhaupt eignet sich die Wiener Bevölkerung, die sich früher aus den jetzigen Nachfolgestaaten ergänzte, sehr dazu, um einen tieferen Einblick in diese einerseits erblich bedingten Eigentümlichkeiten als Zeichen für eine bestimmte Krankheitsbereitschaft, anderseits in die auf äußeren Ursachen beruhenden und diagnostisch wichtigen Veränderungen des Haares zu gewinnen. Auch in diesem Abschnitte darf keineswegs eine ergänzende Übersicht über die im Schrifttum niedergelegten Erfahrungen erwartet werden. Es sollte nur an Hand einzelner Beispiele gezeigt 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. Es zeigt schon normalerweise beträchtliche Unterschiede im Hinblick auf das Alter und das Geschlecht. 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. So handelt es sich z. B. bei der *Dystrophia adiposogenitalis* um nichts anderes als um eine ins Pathologische verzerrte Nachbildung der Fettablagerung eines jugendlichen Körpers bei einem Erwachsenen. Weibliche Fettverteilung bei einem Manne kann ein degeneratives Zeichen sein und anderseits uns die sofortige Kenntnis von einem mehr oder minder beträchtlichen Funktionsausfall endokriner Drüsen vermitteln. Wer aufmerksam die Veränderungen verfolgt, die die Ausbildung der Fettdepots am weiblichen

Körper vom Mädchen bis zur Greisin durchmacht, wird leicht die Phase erkennen, in der sich im gegebenen Augenblicke eine Frau befindet. Gerade der weibliche Körper bietet die beste Grundlage zur Beurteilung der Fettverteilungsanomalien, da 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 gleichmäßig starke Entwicklung der Fettdepots, die sich im übrigen im großen und ganzen an die durch das Geschlecht bedingten Formen 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 auch bei dieser Form ein Myxödem übersehen. Hier schützt die Veränderung der Haut und ihrer Anhangsgebilde 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 heraus eindrucksvoll dadurch zur Anschauung bringen, daß man bei solchen Menschen abwechselnd einmal den Rumpf und einmal die Extremitäten freiläßt. Durch dieses wechselseitige Abdecken erscheinen einmal die Kranken infolge ihres fettreichen Rumpfes direkt unförmig und einmal durch ihre schlanken Extremitäten fast mager. Die Kenntnis dieser

Form ist deshalb wichtig, weil sie jedem therapeutischen Eingriffe trotzt. Diese Kranken können, ohne daß ihr Äußeres sich merklich verändert, bei dem Versuche der Abmagerung dem Hungertode nahekommen. Fließende Übergänge von diesen Formen bieten die Patienten dar, deren Körper durch größere und kleinere, meist noch überdies sehr druckempfindliche 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 adiposogenitalis* und im extremen Maße bei manchen Lipodystrophien, bei denen durch den Fettschwund das Gesicht fast einem Totenkopf ähnlich wird, während die unteren Anteile des Körpers vor Fett strotzen.

Auch die Betastung des Fettgewebes gibt uns gute Kenntnisse von dem Allgemeinzustand des Trägers. Schon das Volk schätzt eine pralle Konsistenz und schließt daraus auf eine gute Gesundheit. Bei beginnenden Abmagerungen ändert sich dieser Tastbefund. In den verschiedenen Fettdepots sind dann die einzelnen Fettläppchen deutlich durchzutasten. Besonders gut ist diese Veränderung 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 neben dem spezifischen Parenchym sehr zu ihrer Formung beiträgt. 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 aber 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 zumindest in der Gefahr schweben, an einer Lebercirrhose zu erkranken. Die Trias der 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 Bauchwandbrüche vortäuschen können und andererseits an die Schwierigkeiten, solche Neubildungen von kalten Abszessen zu trennen. In jüngster Zeit hat man sich ja wieder eingehender mit den Stoffwechselforgängen in diesen Lipomen beschäftigt. Dazu gehört auch die klinische Beobachtung, nach welcher die Lipome sich bei einem durch allgemeine Ursachen bedingten Schwund des Fettgewebes viel langsamer 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 Überschätzung der diagnostischen Bedeutung gewarnt werden muß.

Der Kranke und seine Venen.

Die Betrachtung der Venen und die Deutung der Beschaffenheit ihrer Wand sowie ihres Füllungszustandes ist eine Kunst, die den alten Ärzten geläufiger war als den jungen. Erst in der neueren Zeit hat man wieder, angeregt durch die Untersuchungen meines Lehrers Eppinger, über das Wesen des Kollapses bei der klinischen Untersuchung auf das Verhalten der Venen besser als früher geachtet.

Meistens beschränkt sich aber die Beobachtung des Venensystems nur auf die am Hals gelegenen Venen, wobei ihre klinische Einordnung nicht über die Erkennung eines abnormen Pulses oder Füllungszustandes hinausgeht. 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 anzusehen sein wird. Sie stellen, so glaube ich wenigstens, Menschengruppen dar, die für Infektionskrankheiten anfälliger sind. 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. Meist handelt es sich dabei um Kranke, die schon früher andeutungsweise das oben beschriebene Aussehen darboten und jetzt nur noch „durchsichtiger“ geworden sind. Es ist dabei 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 namentlich bei Schwerarbeitern, die Venen der Arme als dicke Stränge vorspringen können, ohne daß dies auf eine besondere für den allgemeinen Zustand bedeutungsvolle Veränderung der Venen selbst hinweisen würde. Es sind dies fibrös sklerotische Veränderungen der Wand, die nur dann, wenn sie im jugendlichen Alter auftreten, den Verdacht auf eine allgemeine Gefäßerkrankung lenken müssen. Bei dieser Gelegenheit sei auch daran erinnert, daß es nicht die unter der Haut am stärksten strangförmig vorspringenden Venen sind, die sich zur intravenösen Injektion und zur Blutentnahme besonders gut eignen. Gerade sie weichen infolge ihrer Lage in der lockeren Subcutis der Nadel leicht aus. Da sie sich nach dem Einstich überdies oft schlecht zusammenziehen, entsteht dann ein großer, von manchen Kranken übel empfundener und dem Arzte zum Vorwurf gemachter Bluterguß. In diesem Zusammenhange sei auch darauf verwiesen, daß die Venen Seitenverschiedenheiten aufweisen können, indem, anscheinend durch die stärkere Beanspruchung beim Rechts- händler, die Venen auf dieser Seite stärker entwickelt sind. Oft gelingt es so 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 Beachtung 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, so wird man 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. Sie fordern also die Anwendung von Herzmitteln. Leere, sich nach dem Ausstreichen nicht füllende Venen weisen auf einen niedrigen Venendruck, also auf eine Schädigung des peripheren Kreislaufes hin und verlangen den Gebrauch von kreislauffördernden Stoffen. 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. Diese können aber ohne weiteres durch die Prüfung der Venenfüllung ersetzt werden: „Ein Leerlaufen der Venen ist das untrügliche Zeichen eines typischen Kollapses.“ Hand in Hand mit diesen Erscheinungen findet sich Blässe der Haut und der Schleimhäute. Die Extremitäten sind kalt und mit klebrigem Schweiß bedeckt. Auf diese Betrachtungsweise kann nicht eindringlich genug hingewiesen werden, da durch sie die Therapie des Arztes zielsicher darauf gelenkt wird, einmal mit Herzmitteln das kranke, das Angebot von Blut nicht bewältigende Herz zu stützen, das andere Mal den Leerlauf des Herzens durch Tonussteigerung des Gefäßsystems zu verhindern.

Auch in lokaler Hinsicht muß selbstverständlich dem Füllungszustand 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 Verengung im Einstromgebiet der oberen Hohlvene oft zu ganz abenteuerlichen Bildern führen. Es muß dem Betrachter auffallen, wenn der Füllungszustand der Venen an den beiden Extremitäten verschieden ist. Schon oft hat dieser Umstand dazu Veranlassung gegeben, fernabliegende Erkrankungen, wie entzündliche oder geschwulstartige Veränderungen, in der Achselhöhle zu entdecken. Zu empfehlen ist eine genauere Inspektion der Venen am Halse auf ihren Füllungszustand hin. 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 Erweiterung nur eine einseitige ist. So kann oft ein Blick auf eine oberflächlich gestaute Halsvene unsere Aufmerksamkeit auf einen bisher verborgenen spezifischen Prozeß in der Spitzengegend hinleiten. Wenig geübt wurde bisher die Betrachtung des Venenplexus am Zungenrunde. Seitdem wir aber dieser Gegend bei der Inspektion der Mundhöhle eine erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden, sehen wir in ihm einen feinen Gradmesser des Vorhandenseins einer Herzschwäche. Wir haben uns daran gewöhnt, die Richtigkeit unseres therapeutischen Vorgehens durch die Betrachtung dieser Gegend zu überprüfen. Die dünne Schleimhaut des Zungenrundes gewährt hier einen ganz ausgezeichneten Einblick in die Druckverhältnisse der Venen, vorausgesetzt, daß nicht lokale Störungen vorhanden sind, die den Füllungszustand der Schleimhautgefäße unmittelbar beeinflussen.

Schon oben haben wir erwähnt, daß die Halsvenen von jedem Arzte stets einer eingehenden Betrachtung gewürdigt werden sollen. Neben dem Füllungszustande sind es hier die Pulsationen, welche der klinisch diagnostischen Beurteilung 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 erst dieses Symptoms nicht, um eine Insuffizienz der dreizipfligen Klappen zu erkennen. Diagnostisch schwieriger 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 aber das Einschließen der vom Herzen kommenden Pulswelle be-

obachten. Als wenig bekannt sei hervorgekehrt, 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 und die Haut vorwölben. Auch bei einer verfeinerten Herzdiagnostik kann die Betrachtung der Venen weiterführen. So kommt es bei der paroxymalen Tachycardie zu einer starken Pulsation der Jugularvenen, die wieder durch die venöse Überfüllung, die „Vorhofspfropfung“, zu erklären ist. Durch das Fehlen dieser Zeichen kann das klinisch oft nicht von der paroxymalen Tachycardie zu trennende Vorhofsflattern unterschieden werden. Der Kollaps der Halsvenen in der Herzdiastole soll uns an die Möglichkeit des Vorhandenseins einer *Concretio cordis* denken lassen. Auch hier gestattet in manchen Fällen die gleichzeitige Beobachtung von Halsvenenpulsen und Herzspitzenstoß die Sicherung einer solchen Diagnose, sowie diese gleichzeitige Beobachtung bei Reizleitungsstörung im Herzen oft von ausschlaggebender Bedeutung sein können.

Nach der Betrachtung der Halsvenen soll der Blick auf die Brustregion gerichtet werden. 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 schon lange Zeit vor der Geburt strotzend mit Blut gefüllt sein und so bei Nichtbeachtung dieses Umstandes zu Fehlschlüssen Veranlassung geben. Hier haben wir es nicht mit abnormen Stauungsvorgängen zu tun, sondern mit der erhöhten Tätigkeit eines Organes, was in dessen verbreiterten Abflußbahnen recht sinnfällig zum Ausdruck kommt.

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 noch sichtbaren Venenerweiterungen an den seitlichen Bauchpartien, wie sie beginnenden Anastomosen zwischen der Vena 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 meist nur auf die Diagnose einer bestehenden Strombehinderung an, die dann, je nach der Lage des Verschlusses, an verschiedenen Venensystemen in Erscheinung tritt.

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 mit ausgedehnten Ödemen kann mit größter Wahrscheinlichkeit für ein Einströmhindernis, meist hervorgerufen durch einen Erguß im Herzbeutel, spre-

chen. 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 Stellung der Diagnose und Prognose bei den entzündlichen Erkrankungen der Venen gelegt. Dies hängt vielfach damit zusammen, daß eben 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 monatelang auf Gelenkentzündungen, Neuralgien usw. ohne Erfolg und mit Gefährdung ihres Lebens behandelt worden wären. Daß es wichtig ist, hierauf sein 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 eine bisher unter allen möglichen Flaggen segelnde Krankheit 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 fieberhafter 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. Nur die Zirkulationsstörungen und die dadurch bedingte Abflußbehinderung sind es, die auf die drohende Gefahr einer Embolie aufmerksam machen.

Gewöhnlich sind nur entzündliche Vorgänge in den Venen an den unteren Gliedmaßen im geschilderten Sinne gefährlich. Sie können sich aber bei Abflußbehinderungen auch an den oberen Extremitäten selten bemerkbar machen und die Diagnose auf die richtige Bahn führen. Auf einen Umstand möchte ich in diesem Zusammenhange aber noch besonders aufmerksam machen. Bei den Tausenden von intravenösen Injektionen kommt es eigentlich sehr selten vor, daß sich, auch bei schlechter Technik, aus lokalen Entzündungen schwerwiegendere Erkrankungen entwickeln. Nur vereinzelt gibt es Patienten, bei denen jeder Eingriff an den Venen zu langwierigen, sich weit 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 ungünstig zu stellen.

Auch dieser Abschnitt hätte sich wohl noch viel ausführlicher gestalten lassen. Er soll jedoch nur dazu Veranlassung geben, sich bei der Durchuntersuchung des Kranken kurz, aber gründlich mit dem Venensystem zu beschäftigen. Man

wird dann bald selbst erkennen, zu welchem bedeutungsvollen und weitgehenden Rückschlüssen uns diese Betrachtung führen 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. Man kann eigentlich aus der Sichtbarkeit eines Arterienrohres den fast sicheren Schluß ziehen, daß wir es hier entweder mit einer Wandverdickung oder mit pathologischen 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 bloße Sichtbarkeit eines Gefäßrohres gestattet aber noch lange nicht die Diagnose der speziellen Annahme einer Arteriosklerose. Fibröse Wandverdickungen, die in vielen Fällen nichts mit einer allgemeinen Arteriosklerose zu tun haben, können die gleichen Bilder hervorrufen. Sehr häufig wird bei sichtbaren und geschlängelten Adern an den Schläfen zwangsläufig auf eine bestehende allgemeine Gefäßerkrankung geschlossen. Hier sind aber die Bedingungen, welche zur Sichtbarmachung eines Arterienrohres führen, so günstig, daß schon ein geringer Schwund des Fettgewebes die Arterie hervortreten läßt und deshalb nicht die Berechtigung besteht, aus diesem alleinigen Befund die oben angeführte Annahme zu treffen.

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 Schluß-

unfähigkeit der Brustschlagaderklappen bekannt. Weniger beachtet wird 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 Zeichen auch bei schweren Anämien in Erscheinung treten. Ganz besonders deutlich ist es bei der Verbindung einer Blutarmut mit einem Herzklappenfehler zu sehen, wie wir sie bei der Endocarditis lenta vor uns haben. In einem besonderen Zusammenhange muß noch 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 nicht nur die experimentelle Kenntnis, sondern auch die Klinik des Kollapses wesentlich gefördert hat, weist zu wiederholten Malen auf dieses ganz charakteristische und anfänglich unverständliche Symptom hin. Er deutet dies dahin, daß im Kollapse mit Mühe vom Körper die Blutzufuhr nur für die lebenswichtigen Organe, also auch für das Gehirn, aufrechterhalten wird. Deshalb ist in diesen Fällen der Gegensatz zwischen den blassen, abgesperrten Extremitäten und den wildschlagenden Halsarterien kraß, aber nach dieser Auffassung sehr einleuchtend.

Als arterielles und auf den ersten Blick erkennbares Symptom muß letzten Endes auch das Oliver-Cardarellsche Symptom, das systolische Hinaufrücken des Kehlkopfes bei bestehender Aorteninsuffizienz erwähnt werden, das in manchen Fällen einen solchen Grad 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 Be-

reiche 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 dieser Erkrankung, die ja oft durch ihr Übergreifen auf die Aortenklappen mit deren Schlußunfähigkeit verbunden ist, findet sich sehr häufig ein einseitiges Schlagen der Halsarterien durch die ungleiche Einengung ihrer Abgänge. In vorgeschrittenen 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 oberen Brustbeingegend sieht, so sehr kann dieser Anblick täuschen. Unvergeßlich werden mir in dieser Hinsicht zwei Fälle bleiben, bei denen erfahrene Kliniker ein Aneurysma angenommen haben, bei denen es sich aber um maligne Tumoren, ausgehend von einer substernalen Struma, gehandelt hat. In beiden Fällen wurde die Diagnose eines Aneurysma von anderer Seite nach einem kurzen Blick abgelehnt wegen des Fehlens der Pupillenstarre und der 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 rückwärts, also von der Bauchaorta, 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 nach der Form des Brustkorbes und der Gestaltung des epigastrischen Winkels wird uns dazu führen, diese Diagnose zu bestätigen oder

abzulehnen. Im letzteren Falle wird sich die zwingende Notwendigkeit ergeben, daß wir uns mit der Frage nach der Ursache der Vergrößerung des rechten Herzens näher befassen. Pulsationen von rückwärts, also von der Bauch-aorta kommend, sieht man häufig bei Aorteninsuffizienzen, bei arteriosklerotischen Veränderungen des Gefäßrohres und bei Tumoren, die der Aorta aufliegen und dadurch normale Pulsation in übertriebenem Maße fortleiten. Auch eine vergrößerte Leber kann die Pulse der Aorta in der Gegend der Leber sichtbar machen, während sich selbständige Pulsationen der Leber wie bei Schlußunfähigkeit der Trikuspidalklappen mehr unter dem rechten Rippenbogen bemerkbar machen. Vergessen darf man aber dabei nie, daß es sehr häufig auch zu den Kennzeichen eines nervösen Menschen gehört, daß man bei ihm eine abnorme Pulsation der Aorta in der Oberbauchgegend sieht, eine Tatsache, die, dem Patienten selbst spürbar, 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. So sieht man beim Kollapse leichenblasse, mit kühlem Schweiß bedeckte Extremitäten, die uns zeigen, daß der Körper sein letztes Mittel in Anwendung bringt, um 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 nach 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 eröffnet uns im Augenblicke weitgehende Möglichkeiten einer Einsichtnahme in pathologische Zustände. Wir werden dadurch eine Fibrose von einer Arteriosklerose trennen können. Wir werden durch den Nachweis ungleichmäßiger Kalkeinlagerungen zur Annahme einer Mediaverkalkung geführt, und schließlich wird durch den

Tastbefund kleiner Knötchen in der Arterienwand nicht allzu selten ein wiederholt 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 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 sehr rasch errötet, als nervös angesehen. Diese flammende Röte, die vom Halse aufsteigt und das Gesicht übergießt, wird ja auch von dem Betroffenen selber als eine warme, aufsteigende Welle bezeichnet und damit als arterielles Symptom gekennzeichnet. 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, „die Wallungen“, bei älteren Frauen in den Wechseljahren. Jeder von uns hat wohl schon an diesen Anzeichen das beginnende Klimakterium einer Frau erkannt. So einfach 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 einer Todeskandidatin wegen echter Angina pectoris zu tun haben oder ob vasomotorische Störungen vorliegen, 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 eine 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 dem Erröten in ihrem Aussehen unterscheidet und nur dadurch von diesem zu trennen ist, daß sie eben ein ständiges Symptom darstellt. Diese Verfärbung von Hals und Gesicht findet sich aber auch bei Infektionskrankheiten. 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 gut 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 beobachtet. Auch diese Veränderungen können leicht voneinander getrennt werden. Erzeugt man bei diesen Kranken, am besten auf der Stirne, durch Reiben eine blutleere Stelle, so sieht man an ihrer äußeren Begrenzung überaus deutlich den bis in die Präkapillaren durchschlagenden Pulsus celer bei der Aortenklappeninsuffizienz, während bei der Vasoneurose ohne Pulsschwankungen diese blasse Stelle sehr rasch die Röte der Umgebung annimmt. Erstere 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. Diese differentialdiagnostischen Möglichkeiten lassen aber nur den Schluß zu, daß der Puls die Eigenschaften eines Pulsus celer besitzt und berechtigen nicht, einen organischen Herzklappenfehler anzunehmen. Bei Vasolabilität kann die Störung der Windkesselfunktion der Aorta nämlich zu den gleichen Erscheinungen führen.

Man darf selbstverständlich auch sonst nicht vergessen, daß abnorm verlaufende Arterien, aneurysmatische Bildungen und von Arterien gebildete Geschwülste 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 haben wir uns im Kapitel über die Haut eingehender damit zu beschäftigen, welchen großen Anteil an der diagnostisch so wichtigen Hautfarbe die 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 Betrachtung und Betastung über die Beschaffenheit der Lymphdrüsen zu unterrichten. Zu wiederholten Malen haben wir die Beobachtung gemacht, daß die Nichtausführung dieser Untersuchung, bzw. die unrichtige Einschätzung ihres Wertes 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 man es nur mit einer örtlichen oder einer allgemeinen Lymphdrüsenvergrößerung zu tun hat.

Die allgemeine Lymphdrüsenvergrößerung kann die verschiedensten Ursachen haben und trotzdem bei Berücksichtigung von Form, Größe, Konsistenz und Abgrenzbarkeit weitgehende differentialdiagnostische Möglichkeiten zulassen. Bekannt sind die diffusen Lymphdrüenschwellungen bei der Tuberkulose, bei der die einzelnen Drüsen nur gering vergrößert erscheinen, dafür aber eine ziemlich derbe Konsistenz aufweisen. Gleich beschaffene Lymphdrüsen findet man auch

bei chronisch verlaufenden septischen Prozessen und bei der Endocarditis lenta. Sie unterscheiden sich aber von denen bei der Tuberkulose meist durch ihre etwas weichere Konsistenz. Auch bei den schwierig zu deutendenluetischen Exanthenen fördert oft die Tatsache einer vorhandenen diffusen, aber geringgradigen Lymphdrüenschwellung die Diagnose. Vielfache und mächtige Lymphdrüenschwellungen beherrschen das Bild der Leukämien. Sie springen bei der Lymphadenose meist viel stärker in die Augen als bei der Myelose, bei denen sich die einzelnen, mäßig derben Drüsenkörper, entsprechend der nicht entzündlichen Ursache dieses Leidens scharf gegeneinander abgrenzen lassen. Eppinger vergleicht die dabei zu erhebenden Tastbefunde mit denen, die man an einem gefüllten Kartoffelsack erheben kann, wobei er besonderen Wert auf die scharfe Abgrenzbarkeit, die oft erstaunliche Verschieblichkeit und die Schmerzlosigkeit legt. Im Gegensatz 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.

Dagegen 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 einzelnen Stationen der fortschreitenden Infektion bezeichnen. Recht eindrucksvoll und 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 dieser Lymphdrüsenanschwellungen läßt in vielen Fällen die Möglichkeit zu, sie gegen die ähnlich beschaffenen, bei leukämischen Erkrankungen abzugrenzen. Schwierig ist die Differentialdiagnose der unter ähnlichen klinischen Symptomen verlaufenden käsigen Lymphdrüsentuberkulose. Auch hier findet sich die Bahn des Infektionsweges durch Lymphdrüsenanschwellungen gekennzeichnet. Da bei der verkäsigen Tuberkulose der Lymphdrüsen auch deren Kapsel entzündlich verändert wird, so ist in der schlechten Abgrenzbarkeit der einzelnen Drüsenkörper, die, zu großen Paketen verbacken, eine für manche Fälle brauchbare Unterscheidungsmöglichkeit vorhanden.

Während es bei den allgemeinen Lymphdrüsenanschwellungen eigentlich nur wenige Erkrankungsformen sind, die in differentialdiagnostische Überlegung kommen, verhält sich dies bei den lokalen anders. Hier fällt es ins Gewicht, daß man durch den Tastbefund auch auf fernabliegende Krankheitsherde aufmerksam gemacht wird. Gerade in diesen Fällen zeigt sich 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 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 primäre Stelle. Hier ist stets eine genaue Kenntnis der Abflußbahnen der verschiedenen Körperstellen von größter Wichtigkeit, da es nur durch sie gelingt, gleich die richtige Lokalisation der Einbruchspforte zu finden. An dieser Stelle sei es erlaubt, einiger Lymphdrüsengruppen besonders Erwähnung zu tun, deren Kenntnis oft nicht im richtigen Ausmaße bei den Ärzten vorhanden ist. Bei entzündlichen Lymphdrüsenanschwellungen in der Leisten-

beuge wird man, besonders wenn die unteren Lymphdrüsen-
gruppen ergriffen sind, an eine Erkrankung der unteren Ex-
tremitäten, bei Befallensein der oberen, an eine solche der
Geschlechtsorgane denken. Oft wird aber vergessen, daß
auch entzündliche, bzw. krebsige Erkrankungen des End-
darmes und des weiblichen Genitales ebenfalls ihre Abfluß-
bahn in dieser Gegend besitzen. Bei solchen Zusammenhän-
gen haben wir es aber in den meisten Fällen vermißt, daß
sich der Arzt durch eine entsprechende Untersuchung auch
über den Zustand dieses Darmabschnittes Aufklärung ver-
schafft. Da gerade entzündliche Erkrankungen des Mast-
darmes, des Anus und der Glutaealgegend zu den schmerz-
haftesten und auch am häufigsten verschwiegenen Leiden
gehören, erscheint uns diese Kenntnis auf Grund zahl-
reicher Erfahrungen erwähnenswert. Chvostek hat es in
seinen berühmten diagnostischen Vorlesungen bei entzünd-
lichen Erkrankungen des Brustraumes nie unterlassen, sich
durch das Bestreichen der seitlichen Brustabschnitte von dem
Vorhandensein einer in der mittleren Axillarlinie gelegenen
sog. Zebrovskyschen Lymphdrüse zu überzeugen. Diese
Lymphdrüse springt bei mageren Personen meist leicht sicht-
bar vor und kann bei ihrer näheren Untersuchung rasch über
die Art und das Vorhandensein einer Erkrankung im Brust-
raum 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. Mei-
stens 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 Einschmel-
zung zu Abszessen führen, die ganz richtig von den Chir-
urgen als Lausabszesse bezeichnet werden. Schließlich sei
noch daran erinnert, daß nicht selten das Hervortreten von

Lymphdrüsen in den seitlichen Halspartien die Veranlassung dazu gibt, den Arzt aufzusuchen, der dann das Vorhandensein einer Hilustuberkulose, die ihre Grenzen überschritten hat, feststellt.

Nach der Art der Lymphdrüsenanschwellung ist es verhältnismäßig leicht, sich über die auslösende Ursache zu unterrichten. Akute Lymphdrüsenanschwellungen sind schmerzhaft, lassen unter Umständen beim Übergreifen auf das benachbarte Gewebe auch eine erhöhte Wärme und 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 Derbheit aus, die vielleicht verbunden ist mit einer eigentümlich prallen Konsistenz, deren genaue Beschreibung in Worten 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 erlernt man dieses Tastgefühl in der pathologischen Anatomie an exstirpierten krebsigen Brustdrüsen samt dem dazugehörigen Fettpolster der Achselhöhle. An diesem Objekt gewöhnt sich der Finger an die eigentümliche, nur durch das Karzinom hervorgerufene Beschaffenheit einer mit Krebszellen durchsetzten Lymph-

drüse. 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 einander vollkommen, eine Tatsache, von der ich mich auch in meiner chirurgischen Lehrzeit wiederholt selbst 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 solchen Fällen nach einem solchen kleinen Griff das Todesurteil gefällt erscheint, so können wir doch durch Verhinderung unnützer schwerer Eingriffe einerseits und durch Einleitung einer Strahlentherapie anderseits 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. Es ist dies eine kleine, in der linken oberen Schlüsselbeingrube gelegene Drüse, die im Anschlusse an das Auftreten eines Magenkarzinoms krebsig entarten und nunmehr deutlich tastbar werden kann. Die Frühdiagnose des Magenkarzinoms ist aber erfreulicherweise schon so weit vorgeschritten, daß wir nunmehr nur noch selten Gelegenheit haben, die durch

Metastase veränderte Drüse zu finden und auf Grund dieser Tatsache den entsprechenden Fall als nicht mehr radikal operierbar zu erklären. Sie findet sich nach unseren Erfahrungen aber äußerst selten und hat wohl in der jetzigen Zeit ihre diagnostische Verwertung 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 unter Durchbrechung der Kapseln und Fortschreiten auf die Umgebung bald miteinander und bilden so große unverschiebliche Lymphdrüsenpakete, die sich aber von den krebsigen Lymphdrüsen durch eine gewisse Weichheit trennen lassen. Ihre Unterscheidung von entzündlichen Lymphdrüsen ist durch das Fehlen der Schmerzhaftigkeit und durch das starke Übergreifen auf die Umgebung erleichtert. Obwohl es heute fast schon Gewohnheit geworden ist, die besondere Natur der Lymphdrüsenanschwellungen durch indirekte Methoden zu erschließen, muß dennoch oft genug auf die von den alten Ärzten geübte, einfache Lymphdrüsendiagnostik zurückgekommen werden, die sich, wie aus vorstehendem ersichtlich, in gewissen Fällen ausgezeichnet bewähren kann.

Dieser Abschnitt müßte aber unvollständig erscheinen, wenn wir nicht noch auf die Spuren eingingen, die frühere Lymphdrüsenentzündungen auf der Haut zurücklassen. Brechen die eingeschmolzenen Lymphdrüsen durch, so hinterlassen sie in der Haut und im Unterhautzellgewebe Narben, von deren großer 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 der Lues. Oft sind es ganz zarte, aber strahligh verlaufende, unverschiebliche Narben unter dem Unter-

kiefer, die dazu Veranlassung geben sollten, 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 gelernt hat, ein Wiederaufflackern in entsprechender Weise zu bekämpfen. Nach vielfältigen Erfahrungen lassen also diese in den seitlichen Halspartien gelegenen strahligen, zu Keloidbildungen 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 an anderen Orten eine günstige Prognose ergeben wird. Fälschlicherweise werden andere Narbenbildungen besonders in dieser Gegend 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 der bei Kleinkindern in dieser Gegend sehr häufigen Staphylokokkenabszesse 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 durchgemachte luetische Infektion hin. Kann man noch, insbesondere beim Manne am Gliede, die Narbe des Primäraffektes nachweisen, so ist dadurch in vielen Fällen die Genese mancher Herzbeschwerden schlagartig geklärt. 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 Lymphdrüsen-

erkrankungen in 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, deren Erlernung viel Übung und Zeit erfordert, die aber dann im Einzelfalle ungeahnte diagnostische Möglichkeiten eröffnet.

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. Sie findet meist nur Beachtung als Motor für die einzelnen Gelenke, aber nicht als Ausdrucksform für die verschiedensten Allgemeinzustände. So hängt denn das Aussehen des unbewegten menschlichen Körpers wesentlich von den auch im Ruhezustande in der Muskulatur vorhandenen Spannungszuständen ab, dem bis heute noch nicht exakt erfassenden Muskeltonus. Durch diesen wird die Körperoberfläche ganz wesentlich bestimmt. Da aber der Tonus der Muskulatur, der wahrscheinlich ausschlaggebend von den vegetativen Zentren des Gehirnes beherrscht wird, beim gesunden und kranken Menschen große Unterschiede aufweist, gewinnt in dieser Richtung die Betrachtung der Muskulatur eine große diagnostische Bedeutung. Schon das Laienpublikum legt einen gewissen Wert auf gute Körperhaltung und schließt mit Recht aus ihr auf eine gute Gesundheit. Auch in der Ruhelage verleiht eine entsprechend tonisierte Muskulatur dem Körper die Zeichen von Aktivität. Wir wissen ja, wie schwer es ist, Spannungen der Muskulatur, die bei man-

chen Untersuchungen recht hinderlich sein können, zu beheben. Unvergeßlich wird sich aber die Bedeutung des Muskeltonus dem Arzt einprägen, der einen Menschen in der 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 hiebei abspielenden Vorgänge aber nicht restlos ausdrücken. Eigentlich zeigen ja der Tonusverlust, das Herabsinken des Hauptes, das Herunterfallen des Unterkiefers, das Schlaffwerden der Glieder den Eintritt des klinischen und nicht des Zellstaatentodes an. Haben wir in diesem Anblick den vollständigen Tonusverlust vor uns, so zeigt der lebende Mensch in seinem Gang, in seiner Haltung und in seinem Auftreten Übergänge von diesem Zustande zu einem guten Tonus. Dabei muß man sich hüten, diese unwillkürliche Beeinflussung der Muskulatur mit der anezogenen, 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 eines Freundes dazu geführt wurde, eine gründliche Untersuchung vorzunehmen und eine Krankheit zu entdecken. Am eindrucksvollsten wirkt sich die Muskeltonusveränderung im Gesichte aus. Durch sie erfährt die uns so vertraute Mimik beim Kranken eine wesentliche und eigenartige Veränderung. Auch hier zeigt sich wieder deutlich der Unterschied zwischen einer willkürlich entspannten Gesichtsmuskulatur und

einer, die durch Herabsetzung des vegetativen Tonus erschlaft. 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, wenn er unmittelbar nach dem Eintritt ins Krankenzimmer das Antlitz der Kranken betrachtet, das wahre mimische Bild noch gar nicht zu sehen bekommt. Unter der nervösen Spannung, die ja immer das Kommen 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 erschlaftte Antlitz tritt deutlich zutage und es zeigt sich das wahre Gesicht: Die Stirne ist meist glatt, die Augenlider sind 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 vor allem von dem Spannungszustand der Halsmuskulatur abhängt, gibt oft einen Gradmesser des Befindens des Patienten ab. 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 Gegensatz dazu bietet der kraftlos tief in die Kissen eingesunkene Kopf ein Bild, das schwere Krankheit kennzeichnet.

In diesem Zusammenhange möchten wir auf eine Lage des Kopfes aufmerksam machen, wie sie bei neuropathischen Frauen verhältnismäßig häufig zu sehen ist. Hier liegt der Kopf anscheinend kraftlos, umrahmt von dem aufgelösten Haare, den Kissen auf, doch passen die sprechenden Augen und die bei genauerer Betrachtung angespannte Halsmuskulatur nicht zu einem herabgesetzten Tonus.

Mit Recht sprechen alte französische Autoren von diesem „In den Kissen liegen“ als einem neurotischen Stigma. 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 hinten. Die herabfallenden Schultern, zusammen mit den herausstehenden Schulterblättern und der gekrümmten Wirbelsäule, sind wohl ein Bild, welches fast jeder Schwerkranke aufweist. Es ergänzt damit das Bild des paralytischen Thorax und weist auf die innigen später noch mehr zu besprechenden, formbestimmenden Einflüsse der Muskulatur auf den Brustkorb hin. 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., wenn man bei einem Schwerkranken die Decke zurückschlägt, bemerken, daß schon ihr kleiner Druck allein genügt hat, eine Spitzfußstellung hervorzurufen. Es ist schwer, einen guten Tonus in kurzen Worten anschaulich zu beschreiben, der Spannungszustand der Muskulatur wird aber oft mehr als eine genaue klinische Untersuchung über den Allgemeinzustand des Kranken sagen.

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 eine noch recht leistungsfähige Muskulatur vortäuschen. Gerade die Untersuchung einer durch sportliche Betätigung überentwickelten Muskulatur, oft durch einen Griff feststellbar, ist aber auch imstande, recht eindrucksvolle Bilder zu liefern. Hier macht sich der Tonusverlust nicht so sehr in einer Größenabnahme der einzelnen Muskeln, sondern in einer gewissen Schloffheit bemerkbar, die es ermöglicht, auch bei willkürlich ange-

spannter Muskulatur die Muskelbündel weitgehend zu verschieben und vom Knochen abzurücken.

Ein herabgesetzter vegetativer Tonus ist als Zeichen einer schweren 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 Ergebnisse von Untersuchungen, die W. Beiglböck auf Veranlassung meines Lehrers Eppinger an Kollapskranken durchgeführt hat. Es zeigt sich bei den meist akut auftretenden Zuständen ein beträchtliches, meßbares Absinken des Muskeltonus. Sehr schwere Tonusveränderungen geben den tuberkulösen Kranken ihr kennzeichnendes Bild. Charakteristisch ist die Tonussenkung bei der Addisonischen 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 Simmondssche Kachexie oder Erkrankungen der vegetativen Zentren selbst können durch den Tonusverlust der Muskulatur das Bild der Adynamie beim Morbus Addisoni vortäuschen.

Im Gegensatze zu diesen Tonusverlusten steht die Tonussteigerung 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 dabei sind, die gesundheitliche Bedeutung eines größeren oder kleineren Muskelquerschnittes in Betracht zu ziehen, so wollen wir auch der Vergrößerung des Herzens selbst gedenken, die in Form des „Sportherzens“ sicherlich als krankhaft anzusehen ist. Da nun gerade übertrainierte und insbesondere auf Einzelleistungen ausgehende Sportleute meist neben ihrer kräftig entwickelten Muskulatur auch die oben erwähnten hypertrophischen Zustände 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 schlecht 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 verzerren 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 erfassendes und einprägsames Syndrom. 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 der Trismus des Tetanus ein eigentümliches kantiges Hervorspringen der Kaumuskulatur, das dem Gesichte ein mehr energisches 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. Sie 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 Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems handelt.

Neben diesen Überlegungen, die sich bei der Beobachtung der gesamten Muskulatur eines Kranken aufdrängen,

kommt im Einzelfalle eine ebenso große Bedeutung auch der Betrachtung einzelner Muskelgruppen zu. Entzündliche Erkrankungen können unter Umständen gut entwickelte Muskeln vortäuschen, wenn nicht schon ihre Nichtbenützung unsere Diagnose auf die richtigen Bahnen lenkte. Entzündliche Allgemeinerkrankungen der Muskulatur im Sinne einer Polymyositis sind zwar selten. Sie sind aber durch einen sehr eindrucksvollen Gegensatz zwischen Erscheinungsbild und Funktion gekennzeichnet. Der mit seinen geschwollenen, die Haut vorwölbenden Muskeln anscheinend kraftstrotzende Mensch erweist sich beim geringsten Versuche einer Bewegung als schwerst hilflos. 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 Muskulatur bei einem septischen Prozesse wird wohl immer dazu Veranlassung geben, die Prognose des Leidens als überaus ernst einzustellen. 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 Muskelhärten zu tasten, die unter Umständen, und zwar gewöhnlich nur bei Berücksichtigung der anderen Krankheitszeichen, eine Differentialdiagnose ermöglichen. Das von manchen Autoren besonders betonte Befallensein der Augen und der Kehlkopfmuskulatur kommt aber auch bei der selbständigen Polymyositis vor.

Ein ebenso charakteristisches Bild zeigt das Äußere eines Patienten bei einer universellen Muskelatrophie infolge von Inaktivität bei chronischen Gelenkerkrankungen. Es darf nicht vergessen werden, daß auch Nervenkrankheiten, z. B. eine Polyneuritis, schwere Veränderungen in der Muskulatur ergeben können und daß die Muskelkrankheiten überhaupt

in das Grenzgebiet der inneren Medizin und der Neurologie fallen.

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. Schmerzhaftigkeit 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. Damit ist die richtige Diagnose und auch die erfolgversprechende Therapie gegeben. 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 Gummien 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 längeren Nichtbenützung. Für den internen Mediziner besonders eindrucksvoll sind wohl die Atrophien des Musculus trapezius. Unschwer gelingt es, durch einen Blick die „erkrankte Spitze“ festzustellen. Diese Atrophie ist uns dann ein wertvolles differentialdiagnostisches Kennzeichen, wenn wir zwei Möglichkeiten vorher ausschließen. Erstens müssen wir darauf achten, ob es sich nicht um einen Unterschied in der Muskulatur infolge der Rechts- oder Linkshändigkeit handelt. Zweitens müssen wir daran denken, daß auch entzündliche Prozesse im Oberbauche, insbesondere

auf der rechten Seite z. B. eine chronische Gallenblasenentzündung oder ein Zwölffingerdarmgeschwür, 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 ihrer einseitigen Ausbildung oder Verkümmernng 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 eine genaue Untersuchung des Nervensystems veranlassen müssen, bedarf wohl keiner näheren Begründung, doch wird diese Forderung in vielen Fällen leider 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 und es 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 mit unseren Ausführungen darauf beschränken müssen, nur Anregungen dafür zu geben, auch der Muskulatur bei der Erhebung des Allgemeinzustandes erhöhtes Augenmerk zuzuwenden, um mit einem tieferen Einblick in den Allgemeinzustand und in örtliche Krankheitsursachen belohnt zu werden.

Der Kranke und seine Knochen.

Das Knochengerüst des menschlichen Körpers verleiht dem Aussehen des Trägers ganz charakteristische Eigenschaften, die nur insofern etwas in den Hintergrund gerückt werden können, als die deckenden Weichteile ebenfalls einen wesentlichen Anteil an der Linienführung haben. 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 diagnostisch uneinnehmbaren 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 gerne, daß auch Veränderungen der Schädelkapsel von Einfluß auf das Gehirn sein können, und daß sich verhältnismäßig häufig bei einer schweren Rachitis auch pathologische Zustände an den Hirnhäuten finden. Meist sind es diese Begleitumstände, die durch schlechte Resorptionsbedingungen oder durch Verklebungen der Hirnhäute zum Wasserkopf im weitesten Sinne des Wortes führen. 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 seinem Träger anzunehmen, daß er bei stärkerer Belastung seines Gehirnes in einem unerwarteten Sinne antworten wird. Sehr oft bemerkten wir bei Infektionskrankheiten an solchen Menschen eine starke Neigung zum Kollaps, der, wenn man nicht durch den ersten Blick auf solche Möglichkeiten aufmerksam gemacht worden wäre, unheilvoll hätte ausgehen können. Die im Kindesalter bei Rachitis vorhandene Krampfbereitschaft bleibt auch oft für das fernere Leben weiterbestehen. Sie kann sich schon bei leichten fieberhaften Krankheiten äußern 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 Anfälligkeit 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 das Rätsel lösen, warum bei ihrem Träger trotz lange bestehender Magenbeschwerden die röntgenologische Untersuchung immer negativ geblieben ist. Am eindrucksvollsten erlebt dies ja der Militärarzt. Für ihn ist die Gastritis der sonst vollkommen kriegsdiensttauglichen Soldaten ein unlösbares therapeutisches Problem, wenn er nicht an die Grundursache, die schlechten, für die derbe Truppenkost untauglichen Zähne denkt.

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 Überbeanspruchung der Gelenke unterhalten wird. Auch Verkrümmungen der Wirbelsäule werden als ein unabwendbares Schicksal hingenommen, ohne daß dabei bedacht wird, wie viele unklare Erkrankungen des Rückenmarkes damit im Zusammenhange stehen könnten. Jahrelang quälende Neuralgien finden im Druck auf die auslösenden Nervenstämmе ihre Erklärung. Ein Blick auf die Wirbelsäule kann oft den Weg zur erfolgreichen Therapie eröffnen. 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 Zwölffingerdarmgeschwürs 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 Untersuchung zu entscheidenden Schlüssen für den weiteren Heilplan kommen kann. Wichtig erscheinen mir auch die Zu-

sammenhänge zwischen Verkrümmungen der Wirbelsäule und pathologischen Zuständen von seiten des Herzkreislaufsystemes. Auch hier ist oft in einer Kyphoskoliose der Schlüssel für viele unklare Herzbeschwerden zu finden.

Noch aus einem anderen Grunde verdient die Rachitis unsere Beachtung. Viel zu häufig wird sie auch heute noch als die Ursache von Veränderungen am knöchernen Skelette angesehen, die durch ganz andere Erkrankungen bedingt sind. Sehr häufig wird sie mit der Chondrodystrophie verwechselt, obwohl eigentlich die diese Erkrankung kennzeichnende Kleingliedrigkeit der Finger und die Sattelnase genügend Anhaltspunkte für eine Trennung der beiden Krankheitsbilder bieten müßten. Auch gegen die durch eine Sprödigkeit des Skelettes gekennzeichnete Osteopsathyrosis oder gegen die familiär bedingte Osteogenesis imperfecta ergeben sich zahlreiche Unterschiede. Dies insofern, als bei der ersten Erkrankung die Sprödigkeit der Knochen zu zahlreichen Brüchen führen kann, bei der zweiten die Veränderungen des Schädels nicht im Hinterhaupte, sondern in der Gegend der Pfeilnaht gelegen sind. Besonders wichtig ist aber die Unterscheidung der Rachitis gegenüber dem Myxödem, die zu einem therapeutischen Triumph führen kann. Die Befunde an 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 überhaupt 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 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 für

das Alter erstaunliche Elastizität des Brustkorbs auf die vorhandene Osteoporose hin. Immer sollte man auch 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 zwischen den beiden letztgenannten Krankheiten ermöglichen. Es ist dabei oft erstaunlich, welche 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 sich dadurch so lange erhalten, daß die zurückbleibende Hautnarbe durch ihre Fixierung an die Knochenhaut bis an das Lebensende besteht und so Zeugnis einer überstandenen Knochenerkrankung ist. Hier sind es vor allem akut entzündliche Knochenmarkveränderungen oder chronische, wie bei der Syphilis und der Tuberkulose, die unsere Entschlüsse oft entscheidend beeinflussen. Wer kennt nicht die eingesunkenen tuberkulösen Narben an der äußeren knöchernen Umrahmung des Auges und am Jochbogen. Solche Befunde sollen immer 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 ohne weiteres gestatten, die richtige Diagnose zu stellen. Weil man in unseren Breiten erfreulicherweise nur noch ganz selten die Reste gummöser Veränderungen am Knochen zu Gesicht bekommt,

müßte man gerade deshalb diesen Veränderungen ein besonderes Augenmerk zuwenden. Mit kurzen Worten möchte ich noch auf eine weitere Veränderung, die Sattelnase, eingehen, die bei den Ärzten eigentümlicherweise zwangsläufig die sichere Annahme einer vorhandenen Lues auslöst. Hier werden deshalb viele falsche Blickdiagnosen gemacht, weil die Sattelnase ebenso häufig wie bei der Lues auch beim Myxödem und bei vielen anderen kongenitalen Knochenkrankungen auftreten kann. Besonders eindrucksvoll ist mir hier ein Fall in Erinnerung, bei dem ein junges Mädchen der Gesellschaft lange Zeit wegen einer nicht einmal so besonders ausgeprägten Sattelnase verfeimt war, obwohl eine feine über den Nasenrücken verlaufende, durch Nähte geschlossene Narbe die traumatische Genese des Leidens sofort hätte verraten müssen.

Das Knochensystem besitzt sicherlich eine große Bedeutung für die sofortige Erkennung zahlreicher akuter Erkrankungen. Das Schwergewicht seiner diagnostischen Bedeutung liegt aber in den verbliebenen Spuren weit zurückliegender Leiden, die allerdings, wenn man sich nur an ein Symptom allein hält, auch auf Irrwege führen können.

Der Kranke und sein Schädel.

Der Schädel als der Träger des mächtig entwickelten oberen Endes des Zentralnervensystems einerseits und als Eingangspforte zu den Atmungsorganen, zum Verdauungsschlauch und zu den Sinnesorganen andererseits bietet für die klinische Diagnostik eine Fülle von Möglichkeiten. Dazu kommt noch seine exponierte Lage und der Umstand, daß es nicht allein seine durch die Schädelknochen gegebene Form ist, welche uns eindrucksvolle Einzelheiten übermittelt. Die Mimik des Gesichtes ist es ja, welche vor allem das Gesamtbild bestimmt, das wir vom Kranken als unmittelbaren Sinneseindruck bekommen. Es hat sich als zweckmäßig erwiesen, eine Reihe von Organen, wie die Augen, die Ohren, die

Nase, einzeln zu besprechen, da dadurch die Unmittelbarkeit mehr gewährleistet erscheint. Es soll in diesem Abschnitte auch nicht auf Veränderungen eingegangen werden, die mehr als ein Abbild des seelischen Zustandes unserer Kranken angesprochen werden müssen, sondern vielmehr nur auf jene, denen organische Veränderungen zugrunde liegen.

In diesem Sinne muß wohl zuerst als wichtigstes, grobsinnlich wahrnehmbares, formbildendes Element auf das knöcherne Schädel skelett und seiner blickmäßig erfassbaren Veränderungen eingegangen werden. Es würde den Rahmen unserer Betrachtungen sprengen, gingen wir nur auch andeutungsweise auf die Fülle von Wissensgut ein, die uns gerade über den Schädel die Schwesterwissenschaft der Medizin, die Anthropologie gebracht hat. Diese kranilogischen Erkenntnisse sind ohne Zweifel für die rassenmäßige Erfassung der Menschheit sehr bedeutungsvoll. Sie kommen aber in der Medizin nur in einem geringen Maße zur Anwendung, da für deren Zwecke das gleiche Ziel auch durch Anwendung vieler anderer körperlicher Merkmale erreicht wird. Von größerer Bedeutung sind schon Veränderungen des knöchernen Schädel skelettes an der Einzelperson, die in Mißbildungen ihre Ursachen haben. Auch hier wieder sind es nicht jene, die der Gegenstand spezieller Forschungsrichtungen sind, sondern vielmehr solche, die sich von den gewöhnlichen Formen nur gradmäßig unterscheiden. Zunächst einmal sei an die jedem Arzte geläufigen Bilder erinnert, bei denen sich ein Mißverhältnis zwischen der Entwicklung des Schädels und der des Körpers im positiven oder negativen Sinne vorfindet. Schon die Tatsache des Bestehens einer solchen Dysharmonie muß rein blickgemäß dazu veranlassen, den Träger nicht als einen kleinen oder großen Menschen von sonst normalen Körperformen zu bezeichnen, sondern daran zu denken, daß hier tiefgreifendere Störungen in der Knochenentwicklung vorliegen. So läßt uns ein großer Schädel auf einem kleinen Rumpfe die Annahme eines echten Zwergwuchses ablehnen und schließen, daß es

sich um eine angeborene oder erworbene Verknöcherungsstörung handeln muß. Besucht man die Schaubuden eines Jahrmarktes, so kann man aus diesem Mißverhältnis allein die echten Zwerge von den falschen trennen und wird dabei erstaunt sein, wie selten eigentlich der echte Zwergwuchs in unseren Gegenden zu sehen ist. Am häufigsten finden sich unter diesen kleinen Menschen Chondrodystrophiker, seltener Rachitiker. Bei diesen treten die die Kleinheit bedingenden Verkrümmungen allzu sinnfällig vor Augen und erinnern mehr an einen Krüppel als an einen echten Zwerg. Gerade die Rachitis ist es aber, welche uns auch noch im späten Alter durch den mächtigen Schädel mit den vorspringenden Stirnhöckern und dem abfallenden Hinterhaupte die Möglichkeit gibt, manche Reaktionen an unseren Kranken voraussehen oder zu erklären. Wir wollen aber nicht übersehen, daß die Träger eines solchen „Wasserkopfes“ schon von Jugend auf der Gegenstand des Gespöttes der Umgebung sind und daß sich dadurch bei ihnen ein seelischer Zustand herausbildet, der solche Menschen grundlegend von denen seiner Umgebung unterscheidet. Solche Kranke sind es dann, die im Bestreben, ihr ungewöhnliches Äußeres durch besondere Leistungen wettzumachen, sich in körperlicher und geistiger Beziehung zuviel zumuten. Ich habe bei ihnen immer den Eindruck, daß sie bei ihrer durch das Leben erworbenen Härte allzulang den Gang zum Arzt hinausschieben oder aus Überempfindlichkeit mit überschwenglichen Klagen das an und für sich harmlose Grundleiden weit überbauen. Gerade bei den Mißbildungen oder den durch chronische Erkrankungen hervorgerufenen Gestaltsveränderungen des Schädels müssen wir aber immer daran denken, daß auch das darunterliegende Gehirn Schaden erlitten haben kann. Dies gilt in grobmechanischer Beziehung von dem frühzeitigen Verschuß der Nähte und von Mißbildungen anderer Art und im übertragenen Sinne z. B. auch für die Rachitis, bei der ja chronisch entzündliche Veränderungen an den Meningen zu Liquorstauungen und damit zu krankhaften

Veränderungen am Gehirne selber führen. Ein solcher Kranker wird bei einer Infektionskrankheit viel eher zu unvorhergesehenen Zwischenfällen neigen als ein normaler, entsprechend seiner durch das erkrankte Gehirn veränderten Reaktionsweise. Als junger Mediziner habe ich es nicht begriffen, wie einmal Chvostek bei einer anscheinend harmlosen Lungenentzündung wegen eines rachitischen Schädels die Prognose „schlecht“ stellte. Erst später sind mir diese Zusammenhänge, wie wohl jedem seine Kranken genau beobachtenden Ärzte, klar geworden. Sie haben in vielen Schlachten ihre Feuerprobe bestanden, wenn sie auch vielleicht rein zahlenmäßig nicht immer mit mathematischer Genauigkeit zutreffen. Im Gegensatz zur Rachitis, bei der es sich um Veränderungen handelt, die in früher Jugend ablaufen und damit formgebend für das Gehirn sind, stellt die Vergrößerung des Schädels im höheren Alter bei der Pagetschen Krankheit nur ein Zeichen dar, welches uns erlaubt, diagnostische Schlüsse auf die gleichzeitigen Formveränderungen der Gliedmaßen zu ziehen.

Chronische Allgemeinerkrankungen verschiedenster Natur äußern sich oft zuerst am knöchernen Schädeldache und bieten sich hier sinnfällig dem Auge oder der Hand des Arztes dar. Vielfache knotige Vortreibungen weisen darauf hin, daß wir es hier mit einer Allgemeinerkrankung zu tun haben, wobei die Gleichmäßigkeit der einzelnen Höcker im gegebenen Falle mehr für Myelom, die Ungleichmäßigkeit eher für eine Metastasierung eines Karzinoms spricht. Der interne Mediziner ist gefühlsmäßig nicht recht geneigt, solche Vortreibungen des Schädels in seine diagnostischen Überlegungen einzubauen, während der Chirurg sie meistens als lokale, der operativen Entfernung zugängliche Leiden auffaßt. In dem ersten Falle deckt so manchmal erst die Obduktion das bisher nicht erkannte Prostatakarzinom auf, im anderen Falle ergibt erst das histologische Bild der entfernten Geschwulst Veranlassung zur weiteren Untersuchung. Bei rasch auftretenden Geschwülsten soll man sich

durch die Tatsache der Pulsation nicht dazu verleiten lassen, kongenitale Defekte oder andere Ursachen anzunehmen. Die vollständige Zerstörung des Schädels an diesen Stellen kann infolge der Weichheit der Tumormassen zu dem gleichen, durch den Tastsinn zu erfassenden Zeichen führen. Tuberkulöse undluetische Erkrankungen des Schädeldaches können ebenfalls weitgehende und auffallende Zerstörungen erzeugen. Ihre Aufklärung erfolgt aber dann meist durch Veränderungen an fernabliegenden Stellen, seien es jetzt ähnlich beschaffene osteomyelitische Prozesse an anderen Knochen oder krankhafte Zustände obengenannter Art an den inneren Organen und bei der Syphilis am Nervensystem.

Andere Formveränderungen des Schädels mehr oder minder geringer Natur, z. B. der Turmschädel, müssen die Diagnostik in ganz bestimmte Bahnen leiten. So betont Eppinger mit Recht, daß eine Gelbsucht bei Vorhandensein eines Turmschädels mit größter Vorsicht aufzufassen ist, weil gerade mit solchen Störungen des Knochenwachstums häufig der hämolytische Ikterus in Erscheinung tritt. Sie zeigen sich nicht nur in der genannten Veränderung der Schädelkapsel, sondern auch durch den frühzeitigen Verschuß der Nähte an der Schädelbasis, durch eine Einziehung der Nasenwurzel, durch einen leichten Exophthalmus und andere Erscheinungen mehr an. Da es sich bei dieser Form des Ikterus um eine Konstitutionskrankheit handelt, sind daher auch andere degenerative Zeichen zwangsläufig zu erwarten. Sie sind bei dieser Krankheit wissenschaftlich erforscht. Für viele andere Krankheiten fehlen uns noch solche Kenntnisse.

So wie der Knochen einen formgebenden Einfluß auf das Gehirn hat, so hat ohne Zweifel das wachsende Gehirn in der Jugend das Bestreben, den Schädel zu formen, eine gegenseitige Beeinflussung, die sich bei Mißbildungen des Gehirnes immer wieder nachweisen läßt. In dieser Richtung bewegt sich die Schädeldiagnostik, die bei besonderer

Ausbildung einzelner Gehirnteile eine besondere Schädelform voraussetzt. Unter der Fülle der Fragen, die auf einen Arzt der Jetztzeit eindringen, sind diese Beziehungen weit in den Hintergrund getreten. Vielleicht wird es einer ruhigeren Zeit vorbehalten sein, auch hier vom praktischen Arzte immer wieder geahnte, aber nicht festzulegende Beziehungen wissenschaftlich zu untermauern.

In den Jahren nach kriegesischen Auseinandersetzungen hat man immer wieder Gelegenheit zu sehen, welche Bedeutung traumatische Schädigungen des knöchernen Schädeldaches auch für die Allgemeinauffassung von Krankheitszuständen besitzen. Es ist ohne Zweifel richtig, daß ein Kopfverletzter, ähnlich wie ein Rachitiker, anders einzuschätzen und anders zu behandeln ist wie einer ohne diese Veränderungen. Es würde viel zu weit führen, die Beziehungen zwischen Trauma und Allgemeinerkrankungen näher zu besprechen. Die durch eine solche Knochennarbe anzunehmenden Möglichkeiten einer Verletzung des Gehirnes an lokaler Stelle oder Veränderungen fernab von ihr lassen aber doch eine Reihe von diagnostischen Fragen zu. Nur einige Beispiele, die sich im Alltage immer wieder aufdrängen, seien hier kurz gestreift. Ganz allgemein verhalten sich Kopfverletzte oft in ihren Klagen und Beschwerden wie Neurastheniker. Gerade dieser Umstand führt manchmal dazu, daß ihnen nicht das entsprechende Augenmerk zugewendet wird. Kleine, an der Unterlage fixierte Narben des Schädeldaches stellen letzten Endes auch nur die Eintrittspforte dar und geben keinen sicheren Aufschluß über die darunterliegenden möglichen Veränderungen. Die Entdeckung solcher häufig ganz vergessener Erinnerungszeichen an vergangene Tage führt oft zur ätiologischen Klärung unklarer zerebraler Erkrankungen. Nicht allzu selten finden sich in ihnen auch die Ursachen quälender, jeder Behandlung trotztender neuralgischer Schmerzen in der Kopfschwarte, hervorgerufen durch Einbeziehung kleiner Nervenstämmen in die Vernarbung. Schließlich darf nicht vergessen werden, daß

solche Traumen am knöchernen Schädeldache auch weitab von dem Orte der Gewalteinwirkung, z. B. an der Schädelbasis zu schweren Veränderungen geführt haben können. Ähnlich wie entzündliche Vorgänge in dieser Gegend können diese eine Reihe von internen Krankheitsbildern vortäuschen. So finden Zuckerausschüttungen im Harne, Temperatursteigerungen, Störungen im Wasserhaushalte und anderes mehr als Fernwirkungen auf die Schädelbasis und damit auf den Boden des dritten Ventrikels ihre Erklärung. Besonders das Auftreten von Zucker im Harne, das ja hier ähnlich wie beim Zuckerstiche zu erklären ist, hat nach meinen Erfahrungen des öfteren bei bewußtlos Eingelieferten dazu verleitet, an ein diabetisches Koma zu denken. In seltenen Fällen können solche Traumen in späten Jahren noch, ähnlich wie bei der Encephalitis lethargica, zu Krankheitsbildern führen, wie wir sie früher nur bei hormonalen Störungen zu sehen Gelegenheit hatten. Man muß sich bei jedem Zeichen einer stattgehabten Schädelverletzung immer die Möglichkeit vor Augen halten, daß eine Mitbeteiligung des Gehirnes mit allen ihren Folgeerscheinungen nicht auszuschließen ist.

Aber nicht nur das knöcherne Schädeldach, sondern auch seine Weichteilbedeckung gibt Gelegenheit, den diagnostischen Blick zu schulen. Auf die klinische Bedeutung des Haarkleides sind wir an anderer Stelle eingegangen und haben dort seine Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen verschiedenster Art ausgeführt. Aber auch die unbehaarte Stirne läßt manch Wertvolles erkennen. Ungleichmäßigkeiten in der Faltenbildung müssen vor allem auf eine ungleichmäßige Innervation zurückgeführt werden. Eine besondere Bedeutung hat diese Beobachtung für die Differentialdiagnose zwischen einer peripheren und zentralen Lähmung des Gesichtsnerven. Bei dieser bleibt bekanntlich das Faltenrelief der Stirne unverändert. Stärkere einseitige Faltenbildung ist oft nur der Versuch, eine Schwäche des Lidhebers zu verdecken. Die Stirn-Haar-Grenze stellt den

Lieblingssitz chronischer Hautenzündungen dar, vor allem luetischer Natur. Besonderer Fettgehalt der Stirnhaut, meist verbunden mit einem Verstreichen der Falten, kann hier eines der besten Zeichen für eine Erkrankung am Boden des dritten Ventrikels sein. Er kann oft als einziges Zeichen einer stattgehabten Enzephalitis vorhanden sein. Eine gleiche Beschaffenheit zeigt aber auch die Stirne mancher Arteriosklerotiker und Hypertoniker, bei denen eben nicht entzündliche, sondern gefäßbedingte Gehirnveränderungen zu den gleichen Störungen im Gehirne und damit zu den gleichen Krankheitszeichen an der Stirne geführt haben.

Auch hier lassen sich oft, durch die Augenbrauen versteckt, strahlige Narben als Zeichen tuberkulöser Prozesse erkennen, ganz abgesehen davon, daß operativ gesetzte Narben über den Stirnbeinhöhlen für die interne Auffassung mancher Erkrankung von größtem Werte sein können. Unklärliche Kopfschmerzen lassen sich als Folgezustände chronischer Nebenhöhlenkatarrhe aufklären, wenn man darauf achtet, daß die Stirnhaut über ihnen sehr häufig eine leichte Rötung und überdies manchmal deutlich wahrzunehmende Temperaturen aufweist. Schließlich und endlich sei, wie schon oben ausgeführt, darauf verwiesen, daß sich viele abgelaufene Erkrankungen des knöchernen Schädeldaches an der Stirne besonders deutlich bemerkbar machen und daß auch die sogenannte Denkerstirne für den Arzt einen anderen als den im Sprachgebrauch üblichen Sinn hat.

Während unsere bisherigen Ausführungen sich ausschließlich mit dem Gehirnschädel befaßten, sollen die folgenden sich mit den Möglichkeiten auseinandersetzen, die uns die Betrachtung des Gesichtsschädels bietet. Auch hier sind es wieder vornehmlich Mißverhältnisse entweder zwischen dem Gehirn- und Gesichtsschädel, oder Seitenverschiedenheiten, welche zunächst ins Auge fallen. Gerade bei dieser Art der Betrachtung ist es oft überaus lehrreich, sich mit Malern und Bildhauern zu unterhalten. Sehr oft sehen

diese Künstler viel mehr als ein Arzt, der seinen Blick auf diese Unterschiede nicht geschult hat. Dem Künstler fehlt nur die medizinische Deutung des Erschauten, dem Arzte aber manchmal das richtige Sehen überhaupt. Gleichmäßige Kleinheit des Gesichtschädels läßt häufig den Schluß zu, daß Entwicklungsstörungen der Schädelbasis und die dadurch bedingten Veränderungen vom Gehirne und Gehirnanhang im Bereiche der Möglichkeit liegen. Ungleichmäßigkeit beider Gesichtshälften sind so die Regel, daß besondere Ebenmäßigkeiten direkt auffallen und weder vom künstlerischen noch ärztlichen Auge als schön empfunden werden. Erst aus gröberen Unregelmäßigkeiten darf man schließen, daß in früher Jugend Vorgänge abgelaufen sind, die, wie z. B. beim Schiefhalse, die Entwicklung der einen Seite mehr oder minder gehemmt haben. Eine besondere Ausbildung erfährt bekanntlich das Gesichtsskelett bei der Akromegalie. Andeutungen davon sind bei schwangeren Frauen die Regel. Unregelmäßigkeit in der Entwicklung der beiden Kieferhälften stören nicht nur die Ebenmäßigkeit des Gesichtes, sondern geben sehr häufig durch mangelhaften Biß die auslösende Ursache für manche jeder Behandlung trotzen Magenkatarrhe. Entzündliche Prozesse an den Kiefern erzeugen nicht nur auffallende Verunstaltungen, sondern hinterlassen bei ihrem Durchbruche durch die Haut charakteristische Narben, die uns wieder Fingerzeige für Erkrankungen anderer Organe abgeben können. Ich denke dabei an die strahligen Narben nach Tuberkulose und die kleinen, kraterförmig eingezogenen nach osteomyelitischen Prozessen, an die Narben nach Aktinomykose, Lues u. a. m.

Viel mehr als das knöcherne Skelett ist aber die mimische Muskulatur des Gesichtes imstande, den Arzt in bestimmte diagnostische Bahnen zu lenken. Hier reichen die Worte nicht aus. Und auch Bilder, selbst wenn sie einen ganzen Atlas erfüllen würden, wären meiner Ansicht nach nicht imstande, die Erfahrung zu ersetzen, die sich ein Arzt

bei der Betrachtung des Antlitzes seiner Kranken im Laufe vieler Jahre sammelt. Schon die Tatsache, ob gesund oder krank, prägt sich im Gesichte durch den eigentümlichen Tonusverlust der Muskulatur so ein, daß man trotz negativer Untersuchungsergebnisse immer und immer wieder dazu veranlaßt wird, den letzten Grund dieses Gesichtsausdruckes und damit die verborgene Krankheit zu finden. Gerade das Antlitz eines Menschen mit den Spuren, die das Alter und die Krankheit in ihm hinterlassen haben und immer wieder neu einzeichnen, ist der beste Beweis dafür, daß die ärztliche Diagnostik eine Kunst ist, die in diesem Bereiche nur mit dem menschlichen Sinnesorgane, dem Auge, zu erfassen und zu ergründen ist. Die unzähligen Erinnerungsbilder sind es dann, die diesen Eindrücken in Form von ärztlichen Gedankengängen Sinn und Leben geben.

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 seelische und körperliche Vorgänge gesehen. Seinen abwegigen 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 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 betrachtet, die sich schon zwischen dem Wach- und Schlafzustande abspielen, ganz abgesehen davon, daß das Bild eines leben-

den Menschen nie und nimmer durch eine Totenmaske mit ihren geschlossenen Augen 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 zeigen. Auch hier führt meist der Gesamteindruck zum richtigen Ziele, 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 der Rassenfrage, eine geringfügigere Bedeutung. Bekannt ist die Tatsache, die wir auch schon an anderen Stellen erwähnt haben, daß eine auffallende Pigmentarmut der Iris dazu Veranlassung gibt, dem betreffenden Menschen eine geringere Abwehrkraft gegenüber Infektionskrankheiten zuzusprechen. In besonders krasser Weise ist diese Veränderung beim Albinismus zu beobachten. Während bei den blauen Augen nur das Pigment in der Uvea fehlt, mangelt es bei dieser Erbkrankheit auch in der Iris, dem Ziliarkörper und der Netzhaut, so daß bei auffallendem Tageslicht die Pupille rötlich aufleuchtet. In diagnostischer Beziehung treten diese Veränderungen beim allgemeinen Albinismus nicht so sehr hervor. Sie erlangen aber bei den auf das Auge beschränkten Formen ihre besondere Bedeutung einmal als Erbkrankheit und das andere Mal als eine meist gleichzeitig vorkommende Fehlbildung an der Fovea. Verschiedenfarbigkeit der beiden 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, daß bei einseitigen Lungenerkrankungen Farbenabweichungen eines Auges vorkommen. Manchmal ist diese Verschiedenfarbigkeit nur das Zeichen eines degenerativen Stigmas. Sie deutet dann nicht bloß auf eine örtliche Minderwertigkeit des betreffenden Augapfels selbst hin, sondern sie erlaubt auch Rückschlüsse auf die Gesamtpersönlichkeit der betreffenden Kranken. 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 Ansichten einer exakten wissenschaftlichen Nachprüfung standhalten. Wir möchten aber trotzdem die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, daß Farbenveränderungen in den Augen bei gewissen Krankheiten auftreten können. Ihre tatsächliche wissenschaftliche Feststellung bleibt jedoch der Zukunft vorbehalten. Auffallenderweise haben wir sehr oft bei Patienten, die an einem Melanosarkom erkrankt waren, einen starken Pigmentreichtum und eine besondere Nävusbildung 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, ist dies in der internen Diagnostik viel zu wenig bekannt und wird 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 seiner Kranken veranlaßt, sich näher mit der Frage nach einer etwaigenluetischen Erkrankung zu befassen oder aus ihnen die Morphinisten zu erkennen. Das lebhaftes Spiel der Pupillen ist uns ein Gradmesser des Zustandes mancher Kranken. Zu wiederholten Malen konnte ich sehen, wie das Pupillenspiel in gesunden und kranken Tagen wechselt. Es würde zu weit führen, in diesem Zusammenhange, so reizvoll es auch wäre, 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 zu schöpfen.

Auch die Veränderungen der Augenbindehaut können wertvolle Schlüsse auf verschiedene Erkrankungen zulassen. 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 erwiesen und erleidet nur darin eine Einbuße, daß es leider eine Trennung der im Anfange zumindest klinisch, oft gleich verlaufenden Krankheitsbilder bei Grippe und Paratyphus nicht ermöglicht. Auch in einem anderen Sinne bietet die Augenbindehaut wertvolle Hinweise dar. Eine vorhan-

dene 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 die Blickdiagnose „Ikterus“ 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 gelbes Kolorit die Anaemia perniciosa zu trennen. Blaue Skleren sollen uns dazu führen, das Knochensystem 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, uns auf die Vermutung 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 solchen, die eine auffallende Anfälligkeit für tuberkulöse Infektionen besitzen. 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 Langauge 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 zwar besonders kraß bei einem Zurückgehen dieser Erkrankung, da sich hiebei 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 den Verlauf einer tuberkulösen Meningitis nicht dramatischer beschreiben, als wenn man das Herabsinken des Oberlides infolge der eingetretenen Lähmung als das Fallen des Vorhanges nach dem letzten Akte ansieht. Eigentümlicherweise findet sich auch beim Morbus Basedowi eine

beträchtliche Schwäche des Oberlides, die unter Umständen die Sinnfälligkeit eines vorhandenen Exophthalmus wesentlich beeinträchtigt. So wie die Muskulatur der Lider geben die den Augapfel bewegenden Muskeln bei ihren Störungen ein eindrucksvolles Bild ab. Es sollte nicht vorkommen, daß sich der Arzt bei einem solchen Sinneseindruck mit der Diagnose eines angeborenen Schielzustandes zufrieden gibt und erst durch die Klagen des Kranken über das plötzliche Auftreten von Doppelbildern veranlaßt wird, diesem Zustande ein erhöhtes Augenmerk zu schenken. Der Umstand, daß gerade beim Auge die Grenzen zwischen vielen Disziplinen der Medizin, der Augenheilkunde, der Neurologie und der inneren Medizin, nicht scharf sind, gibt oft Veranlassung dazu, sich auf ein anderes Fachgebiet zu verlassen, ohne selbst die diagnostischen Möglichkeiten zur Gänze auszuschöpfen. Das Auge des Kranken ist die Domäne der Blickdiagnose des Arztes.

Der Kranke und seine Nase.

So wie der Geruchssinn des Arztes, stellt auch die Betrachtung der äußeren Nase des Kranken ein Stiefkind der Diagnostik dar, obwohl gerade an ihr sich eine Reihe von differentialdiagnostischen Möglichkeiten ergibt. Die äußere Form der Nase spielt im Volksmund eine weit größere Rolle als im medizinischen Erfahrungsschatze. Die vorherrschende Stellung, welche die Nase im Gesichte einnimmt und seinen Ausdruck wesentlich mitbestimmt, hat schon frühzeitig dazu geführt, ihr im Aberglauben und in der Volksmeinung eine entsprechende Stellung zu sichern. Wir wollen bei unseren Betrachtungen nur ganz kurz darauf verweisen, daß uns der Bau der Nase gestattet, mehr oder minder sichere Rückschlüsse auf die rassische Zugehörigkeit eines Kranken zu ziehen. Die Grundform dieses Vorbaues des eigentlichen Sinnesorgans stellt wohl immer eine unregelmäßige dreiseitige Pyramide dar, wobei sich aus der Längenentwicklung der einzelnen Seiten eine große Fülle verschiedener Möglich-

keiten seiner Gestaltung ergibt. So ist eine stark vorspringende Nase das Kennzeichen europäischer Rassen, während die mongoloiden Menschen eine mehr platte Nase besitzen, deren höchsten Grad dann die vollkommen breitgedrückte Nase der negroiden Typen darstellt.

Der Bau der Nase kann bekanntlich auch durch die verschiedensten Erkrankungen Veränderungen erfahren. So lassen die seltenen Fälle von Mißbildungen der Nase Schlüsse auf Entwicklungsstörungen des Gehirnes oder der knöchernen Schädelkapsel zu. Meistens treten die Veränderungen an der Nase aber gegenüber anderen ins Auge springenden in den Hintergrund. Manchmal sind aber tiefliegende Nasenwurzeln und schlechte Ausbildung des knöchernen Skelettes überhaupt die Zeichen weitgehender Entwicklungsstörungen, die sich an anderen Orten nicht so augenfällig bemerkbar machen. Ihr Vorhandensein führt verhältnismäßig häufig zu Fehldiagnosen, insbesondere im Hinblick aufluetische Veränderungen.

Sehen wir aber von dem durch Knochen und Knorpel bedingten äußeren Aussehen der Nase ab, so gibt schon die Haut allein eine Reihe von diagnostischen Hinweisen. Sie ist an der Nase insofern verschieden, als sie dem knöchernen und knorpeligen Nasenrücken normalerweise fast unmittelbar ohne Subcutis und Fettgewebe aufsitzt und gegen die Nasenspitze zu an Stärke wesentlich zunimmt. In diesen Teilen finden sich die Ausführungsgänge von Talgdrüsen mit kleinen Haarbälgen. Mit der Veränderung des terminalen Haarleides im Alter kommt es hier unter Umständen zu einem, auch mit dem freien Auge bemerkbaren stärkeren Wachstum dieser Haare, verhältnismäßig häufig bei Frauen beim Eintritt in das Klimakterium. Ihr Wachstum ist in diagnostischer Bedeutung gleichzusetzen dem der Haare, die aus dem Naseneingang hervorsprossen. Auch ihr Stärkerwerden spricht für eine Alterserscheinung und läßt, wenn es in jüngeren Jahren vorkommt, den Schluß auf eine Störung in der inneren Sekretion zu. Verhältnismäßig häufig kann man

dieses Auftreten von Haarbüscheln im Naseneingang bei Frauen finden, die auch sonst durch ihre büschelförmige Behaarung in den Achselhöhlen und am Genitale usw. Degenerationserscheinungen aufweisen. Oft machen sich beginnende Ödeme im Gesicht an der Nasenwurzel, insbesondere bei Brillenträgern, bemerkbar, die dann über ein langes Bestehen der durch die Bügel hervorgerufenen Eindrücke berichten. Von den dadurch entstehenden kleinen Hautverletzungen nimmt nicht allzuselten der Rotlauf seinen Anfang, und mancher unklare Schüttelfrost kann durch eine genaue Betrachtung dieser Gegend ergründet werden. Durch die engen venösen und lymphogenen Verbindungen mit den Gehirnhäuten an der Schädelbasis gewinnt ein kleiner, an anderen Körperstellen harmloser Furunkel eine besondere, unter Umständen für das Leben gefährliche Bedeutung. Trotz aller Bemühungen der chirurgischen Lehrer wird an diese engen Zusammenhänge in der medizinischen Allgemeinheit verhältnismäßig wenig gedacht. Viel mehr Beachtung findet die in dieser Gegend auftretende Schmetterlingsflechte, die ihren Träger oft sein ganzes Leben als Lupuskranken kennzeichnet. Ihre Unterscheidung von anderen chronischen Hauterkrankungen dieser Gegend kann unter Umständen überaus schwierig sein, insbesondere dann, wenn die fragliche Erkrankung auf den Naseneingang übergreift oder von ihm aus auf die äußere Haut übergeht. Ich erinnere mich aus meiner Zeit bei meinem Lehrer Sternberg eines Falles, bei dem bedeutende Dermatologen die tuberkulöse Ätiologie nicht anzweifelten, jedoch erst die histologische Untersuchung die wahre Natur des Falles als Rotz enthüllte. Schließlich bilden beide Erkrankungen bei ihrer Heilung strahlige Narben und Verziehungen, die bei bloßer Betrachtung ätiologisch nicht von luetischen auseinanderzuhalten sind. Es kommt aber, wie in so vielen Fällen, nicht unbedingt darauf an, daß auf den ersten Blick die richtige Diagnose gestellt wird. Die Narben haben ihren Zweck erfüllt, wenn sie dazu Veranlassung gegeben haben, über-

haupt über ihre Entstehung nachzudenken. Das gleiche gilt letzten Endes von der Registrierung eines Herpes nasalis. Auch mit seiner Erkennung ist nur der Anstoß gegeben, seinen auslösenden Ursachen um so gründlicher nachzugehen.

Gleich wie die Ohrmuschel stellt auch die Nase als Vorbau des eigentlichen Sinnesorgans ein Gebilde dar, an dem sich Störungen im Gefäßsystem frühzeitig bemerkbar machen. In hohem Grade wird das Gesicht eines Sterbenden durch Veränderungen an der Nase gekennzeichnet. Ihre Blässe und vielleicht auch ihr Spitzerwerden sind ein sinnfälliges Zeichen dafür, daß der Kreislauf weitgehend Schaden gelitten hat und nicht mehr imstande ist, periphere Teile mit Blut genügend zu versorgen. Am anderen Ende der gleichen Reihe stehen die Kranken mit einer Kollapsbereitschaft und einem niedrigen Blutdrucke, die als Vasoneurotiker nicht nur über kalte Hände und Füße, sondern auch über eine kalte Nasenspitze klagen.

Neben den durch verschiedene Blutfüllung verursachten Formveränderungen der Nase spielt aber sicherlich die Muskulatur eine große Rolle. Der im Kollaps auftretende Tonusverlust macht die Nase spitzer und die Nasenflügel weiter, während durch die normale Innervation die Weichteile der Nase nach abwärts gezogen und die Nasenflügel angelegt werden. Auch in einem anderen Sinne hat die Muskulatur der Nase wohl für jeden Kliniker eine große Bedeutung. Der letzte Versuch der Kranken, der schlechten Sauerstoffversorgung der Lungen durch das Nasenflügelatmen Herr zu werden, ist ein für den erfahrenen Arzt prognostisch sehr ungünstiges Symptom, und wirkt auf den jungen Mediziner als ein unauslöschlicher Eindruck. Meist ist sie noch hervorgerufen durch den Sauerstoffmangel des Gehirnes mit anderen einprägsamen Gebärden, wie Grimassieren und „Flockenlesen“ und „Tabakrauchen“ der Hände, verbunden.

Dadurch, daß die Muskulatur imstande ist, willkürlich den Naseneingang zu verändern, ist es verständlich, daß

nervöse Einflüsse auf seine Weite einen Einfluß haben müssen. So sieht man bei Hemiplegikern immer, daß auf der betroffenen Seite der Naseneingang enger ist als auf der gesunden. Dieser Unterschied ist oft dann noch zu sehen, wenn schon alle Zeichen dieser Erkrankung verschwunden oder verschwommen sind. Durch Primarius Dr. Carl Schuberth wurde ich darauf aufmerksam gemacht, daß man in vielen Fällen die Seite einer stattgehabten Lungenerkrankung durch die gleichseitige Erweiterung des entsprechenden Naseneinganges feststellen könne. Wenn man die vielen Fehlerquellen abzieht, die sich dadurch ergeben, daß die Nasenscheidewand den Naseneingang oft ungleichmäßig teilt, so kann ich diese Beobachtung am klinischen Material bestätigen. Sie zeigt, wie unendlich fein die Zusammenhänge zwischen inneren Organen und äußeren Gebilden des Menschen sind, wenn man bedenkt, wie die schlechter atmende Brustseite Einfluß auf den Naseneingang nimmt.

Wie das Ohr, gibt uns gerade dieser Teil wichtige diagnostische Hinweise dann, wenn man sich daran gewöhnt hat, Sekretspuren an ihm zu beachten und sie richtig zu deuten. In diesem Sinne müssen eingetrocknete Blutkrusten eine Fülle von Überlegungen hervorrufen, die weit über das lokale Geschehen hinausreichen. Von der Feststellung eines lokal bedingten Nasenblutens führt der Weg zur Erkennung einer Reihe von inneren Krankheiten. Bei dieser Gedankenrichtung wird es nicht vorkommen, daß ein Kranker mit Hochdruck oder einer mit chronischer Nierenentzündung ausschließlich den Weg zum Laryngologen findet. Bei ihrer Beachtung werden hämorrhagische Diathesen, leukämische und viele andere Erkrankungen frühzeitig erkannt und vielleicht auch einer noch aussichtsreichen Behandlung unterzogen werden können. Gerade die Tatsache, daß das Nasenbluten eine dem Volke geläufige und harmlose Erkrankung ist, macht es dem Arzte zur Pflicht, ihren Ursachen nachzugehen und sich nicht mit einer lokalen Behandlung zu begnügen. Ich weiß, daß die diagnostische

Bedeutung des Nasenblutens Allgemeingut der Medizin ist. Ich weiß aber auch anderseits, daß so und so oft seine diagnostische Bedeutung im Einzelfalle nicht beachtet wird und damit viel kostbare Zeit verlorengeht.

Genau das gleiche gilt eigentlich für die Sekrete der Nase, die sich als Flüssigkeiten und als Krusten am Naseneingange unschwer erkennen lassen. Ist man gewohnt, dankbar dieses diagnostische Zeichen zu verwerten, so wird auch dem inneren Mediziner der sogenannte Schnupfen, den der Patient gar nicht beachtet, nicht als eine harmlose Erkrankung erscheinen, sondern für ihn der Hinweis dafür sein, dem Naseninneren und ihren weitverzweigten Nebenhöhlen eine größere Beachtung zu schenken und damit manches für die Aufklärung unklarer Krankheiten zu tun. Durch eine solche Beobachtung können in vielen Fällen unklare fieberhafte Krankheitszustände aufgeklärt, jahrzehntelang bestehende Kopfschmerzen geheilt und, um nur noch ein Beispiel zu nennen, es kann die Quelle einer immer und immer sich wiederholenden Nierenentzündung aufgedeckt werden. Es kann wohl nicht die Aufgabe dieser Betrachtung sein, sich in Einzelheiten zu verlieren. Ich habe aber den Eindruck, daß der interne Mediziner dem Chirurgen in der Einschätzung der diagnostischen Möglichkeiten nachsteht. Es ist dies wahrscheinlich doch darauf zurückzuführen, daß der Chirurg viel häufiger gezwungen ist, rasch und ohne Hilfsmittel zu arbeiten und ihm so z. B. bei einem Unfalle das Ausrinnen von Liquor aus der Nase nicht als belanglose seröse Exsudation, sondern als bedrohliches Kennzeichen gilt.

Nur so ist es zu erklären, daß ein Asthmatiker einen Lungenarzt nach dem andern aufsucht und keiner darauf achtet, daß ödematöse Schleimhautpolypen aus dem Naseneingang heraushängen, deren Erkennung und Entfernung die Lage des Kranken schlagartig ändert. Das Gebiet der inneren Medizin wird von Tag zu Tag größer und damit für den Einzelnen unübersichtlicher. Gerade deshalb aber sollte

sich der Arzt diese einfachen diagnostischen Hilfsmittel nicht entgehen lassen, die uns die klinische Betrachtung des Empfangsapparates des menschlichen Geruchsorgans bietet.

Der Kranke und sein Mund.

Der Mund verdient sicherlich als Eingang zum Verdauungsschlauche ebenso wie die Nase eine gesonderte Besprechung, da wohl kein Anteil des Gesichtes sich so sinnfällig dem Beschauer darbietet wie dieser. Seine reichliche nervöse Versorgung macht es begreiflich, daß gerade die die Mundöffnung umgebenden Lippen sich ausgiebig am Mienenspiel beteiligen und ihr Muskelspiel dem Arzte mehr verrät als die Worte des Kranken. Weit über diese Betrachtungsweise hinaus können uns aber anatomische Veränderungen dieser Gegend aufschlußreiche Einblicke ermöglichen.

Schon die entwicklungsgeschichtliche Tatsache, daß die Oberlippe sich aus drei, die Unterlippe aus zwei Teilen zusammensetzt und überdies an der Oberlippe wegen des bekannten Zwischenkiefers die Verhältnisse noch verwickelter sind, läßt es begreiflich erscheinen, daß verhältnismäßig häufig Reste von Spaltbildungen zu sehen sind. Diese, oft nur als Schönheitsfehler gewertet, beeinflussen aber, wie wir dies schon an anderen Stellen ausgeführt haben und für den Mund noch besonders betonen möchten, wesentlich die Einstellung ihrer Träger zur Umwelt. Sie können uns aber auch Zeichen dafür sein, daß bei diesen Kranken überhaupt die Möglichkeit von Störungen in seiner embryonalen Entwicklung vorhanden sind. So führte uns einmal rein instinktgemäß der Rest einer Gesichtsspalte, der eben noch bemerkbar war, dazu, bei einem Kranken mit doppelseitiger Ischialgie ein bisher unbeachtetes kleines Knötchen in der Kreuz-Steißbein-Region mit besonderen Augen anzusehen und durch die weiteren Untersuchungen in dieser Gegend ausgedehnte Spaltbildungen nachzuweisen. Solche Hasenscharten können aber auch direkte äußerliche Kennzeichen dafür sein, daß sich solche Spaltbildungen auch weiter nach innen zu fortsetzen und so

rein blickgemäß die näselnde Sprache unseres Kranken in dem Vorhandensein eines Wolfsrachens ihre Erklärung findet. Ähnlich sind, und vielleicht noch schwerwiegender, Veränderungen aufzufassen, die durch Fehlbildungen der Kiefer selbst entstehen. Bei ihnen finden sich nämlich Störungen der gesamten Keimanlage überaus häufig. Daher liegen bei solchen Zuständen Mißbildungen innerer Organe zumindest im Bereiche der Möglichkeit. Das Vorstehen der einen oder anderen Lippenpartie, die ja nicht nur allein durch Entwicklungs-, sondern auch durch Wachstumsstörungen am Kiefer im späteren Leben bedingt sein können, führen zwangsläufig dazu, daß der Biß des Patienten und damit seine Kautätigkeit schweren Schaden leiden. Mit dieser Feststellung ist aber in allen diesen Fällen mehr für die Erkennung und Behandlung mancher langdauernder Magenkrankheiten getan als durch die eingehendsten Untersuchungen des Zustandes der oberen Darmabschnitte.

Die Lippe selbst, die sich bekanntlich aus drei Teilen, dem Haut-, dem Übergangs- und dem Schleimhautteil zusammensetzt, bietet für die blickmäßige Erfassung wertvolle Einzelheiten. Der erste Teil, der sich in seiner Beschaffenheit der äußeren Haut anatomisch fast vollkommen nähert, weist in seinem Anhangsteil, den Haaren, im Schnurr- und Kinnbarte charakteristische Einzelheiten auf, auf die wir schon im Abschnitte über die Behaarung des menschlichen Körpers eingegangen sind. Die Tatsache, daß diese Teile ziemlich reichlich mit Talg- und Schweißdrüsen versehen sind und daß sie äußeren Einflüssen verschiedenster Natur stark ausgesetzt sind, macht es begreiflich, daß sehr häufig kleine Verletzungen zu schwerwiegenden Folgen führen können. Ich denke hiebei besonders an die bekannten Lippenfurunkeln, deren diagnostische und prognostische Bedeutung wohl Allgemeingut jedes Arztes sein sollte. Ebenso darf man nie vergessen, daß die Lage der Lippen das Auftreten von primären Herden verschiedenster Erkrankungen, wie Syphilis, Tuberkulose, Strahlenpilzkrankheit und vieler anderer mehr begünstigt.

Der haarlose Übergangsteil, dessen reiches Kapillarnetz die rote Farbe der Lippen bedingt, verleiht diesem Gesichtsanteile und dem Gesichte selber ein besonderes Gepräge, da der eigentliche Schleimhautanteil bei geschlossenem Munde nur in ganz geringem Ausmaße sichtbar ist. Dieses Verhältnis ist beim Kleinkinde insofern umgekehrt, als hier die Schleimhaut noch einen wesentlichen Anteil an der Bildung des Mundes besitzt und dem kindlichen Munde sein typisches, entzückendes Aussehen gibt. Am ehesten erhält sich diese Form noch in der Mundbildung der Frau und gilt ja bei vielen als ein besonderes Schönheitszeichen. Beim Manne muß man diesen Umstand aber wohl als einen partiellen Infantilismus bezeichnen und man wird wohl nicht fehlgehen, bei seinem Träger auch andere Abwegigkeiten vorauszusetzen. Es sind dies alles Überlegungen, die im Volke und insbesondere bei den Künstlern schon längst Allgemeingut geworden sind. Nur der Arzt sträubt sich in vielen Fällen gegen diese Auffassungen, zum Teile mit der Begründung, daß dies alles nur Äußerlichkeiten darstellen und nichts mit der streng wissenschaftlichen Auffassung zu tun haben. Dieser Standpunkt ist aber meines Erachtens deshalb unhaltbar, weil Künstler und Arzt in dem Bestreben der Erfassung der Gesamtpersönlichkeit gleiche Wege gehen müssen, der eine um seinem künstlerischen, der andere, um seinem diagnostischen und therapeutischen Ziele nahezukommen.

Da diese Anteile von der Zunge benetzt, mit dem Sekret der Mundhöhle in innige Berührung kommen, greifen auf sie sehr häufig Entzündungen der Mundhöhle über. So stellen die strichförmigen Risse, die überaus leicht bluten, in den Mundwinkeln und in der Mitte der Unterlippe als sogenannte gesprungene Lippen Zeichen dar, die Veranlassung geben sollten, sich näher mit der Beschaffenheit der Mundhöhle selbst zu beschäftigen. Da diese wieder innige Zusammenhänge nicht nur mit dem Zustande des Verdauungsschlauches, sondern sehr häufig auch mit Erkrankun-

gen weitabgelegener Gebiete zeigt, so können solche kleine Merkmale oft der erste Hinweis für unsere diagnostischen Überlegungen sein. Chronische Entzündungen dieser Gegend können zu weitgehenden Umgestaltungen der Lippen führen. So sind mehr oder minder narbige Verunstaltungen noch nach Jahrzehnten Zeugen einer stattgehabten Erkrankung und können uns auch im vorliegenden Krankheitsfalle wertvolle Hinweise abgeben. Feine strahlige Narben mit weißlichem Grunde, insbesondere in den Mundwinkeln, werden die Vermutung aufkommen lassen, daß der Kranke der Träger einer kongenitalen Syphilis sein könne.

Die schon erwähnte reichliche Gefäßversorgung der Lippen gibt im Auftreten von Farbenveränderungen wertvolle diagnostische Hinweise im Hinblick auf den Zustand des Herz-Kreislaufsystems ab. Die violette Verfärbung der Lippen, die Zyanose, ist ja eines der sinnfälligsten Zeichen für venöse Überfüllung und damit für Schwächezustände des rechten Herzens. Sie wird dem, der auf sie achtet, ohne langdauernde den Kranken manchmal nicht zuzumutende Untersuchungen die Möglichkeit geben, sich über den Zustand und die Richtigkeit seiner Behandlungsart rasch und sicher zu unterrichten. Voraussetzung dabei muß natürlich immer sein, daß der Beschauer sich nicht an ein einzelnes Zeichen anklammert und nicht übersieht, daß auch lokale Störungen, Stauungen im Gebiete der oberen Hohlvene vorliegen können. Gerade diese Unterscheidung zwischen lokaler und allgemeiner Zyanose, die ja auch für die Lippen gilt, ist eine überaus wichtige und nie außer acht zu lassende diagnostische Überlegung. So ist eine solche Zyanose der Lippen, wenn sie nicht etwa auf einer organischen Schwäche des rechten Herzens beruht, oft das erste Zeichen einer beginnenden Tuberkulose. Im Bilde der *Beauté phthisique* macht sie dann neben der hektischen Röte der Wangen in dem sonst blasseren Gesichte einen kennzeichnenden Wesenszug aus. Stärkere rote Farbentöne sollen veranlassen, uns näher mit der Beschaffenheit des Blutes zu beschäftigen, und klären

in diesem Zusammenhange z. B. den gleichzeitig vorhandenen Milztumor als Polycythaemia vera auf.

Immer wieder ist es das Bestreben Eppingers, mehr aus therapeutischen als aus diagnostischen Gründen eine strenge Scheidung zwischen Herz- und Kreislaufschwäche zu ziehen. Wie bei den Venen haben wir auch in den Lippen und ihrer Verfärbung ein einfaches Mittel, um uns rasch über die notwendigen Maßnahmen zu unterrichten. Zyanose der Lippen mit Ausschluß anderer Ursachen muß dazu Veranlassung geben, wirkliche Herzmittel zu verabreichen. Blässe der Lippen weist uns darauf hin, daß dem Herzen wegen einer schlechten Beschaffenheit des venösen Druckes zu wenig Blut angeboten wird und soll uns zwangsläufig dazu veranlassen, den Kreislauf unseres Kranken mit den entsprechenden Mitteln zu stützen.

Auch der Mund des Kranken bietet hauptsächlich dem Auge des Arztes Gelegenheit zu wichtigen Wahrnehmungen. Es steht also auch hier die Blickdiagnose an erster Stelle. Sonst kann wohl nur noch der Geruchssinn wertvolle Aufschlüsse geben, wenn z. B. schon bei Erhebung der Vorgeschichte ein übler Mundgeruch verspürt wird. Auf seine diagnostische Bedeutung kann hier nicht im einzelnen eingegangen werden. Es sei nur darauf hingewiesen, daß er wertvolle Fingerzeige geben kann, da er uns ja nicht nur krankhafte Zustände des Verdauungsschlauches, sondern auch des Atmungsapparates übermittelt. So wird uns der charakteristische Geruch der Ausatemungsluft eines Lungenabszesses diese Diagnose oft viel früher ermöglichen, als es uns die klinische Untersuchung der Lunge selbst gestattet.

Von großer Wichtigkeit sind als weiteres Mundgebilde die Zähne, die sich beim Sprechen ebenso eindrucksvoll wie die Lippen dem betrachtenden Arzte zur Schau stellen. Schon oben haben wir der innigen und ursächlichen Beziehungen zwischen dem Kauakte und chronischen Beschwerden von seiten des Magen-Darm-Traktes gedacht. In

diesem Sinne können sich schon entwicklungsgeschichtlich entstandene Mißbildungen der Kiefer und der Zähne selbst in Form einer besonderen Steigerung des Überbisses dartun. Gleiche Zusammenhänge werden sich zwangsläufig beim vollkommen zahnlosen Greisenmund ergeben. Tritt dieser schon im jugendlichen Alter in Erscheinung, so werden wir in ihm nicht nur die auslösende Ursache für Verdauungsstörungen sehen, sondern auch zur Frage hingelenkt werden, ob nicht Erkrankungen verschiedenster Art, wie hormonale und Stoffwechselstörungen oder chronische Vergiftungen zu dem frühzeitigen Zahnausfall geführt haben. Die Nichtbeachtung dieser Zusammenhänge führt den Arzt in seiner Diagnostik sehr häufig auf Abwege. Auch sonst lassen sich an den Zähnen manche Spuren erkennen, die wegen der harten Beschaffenheit ihres Aufbaumaterials bis in das späte Lebensalter erhalten bleiben können. Ich möchte in diesem Zusammenhänge nur daran erinnern, daß bei Rachitis uns die Schmelzdefekte oft einen viel besseren Überblick über den Ablauf und die Schwere dieser Krankheit geben, als das durch Haut und Muskeln gedeckte Knochen-system. Die zirkuläre Halskaries der oberen Schneidezähne weist auf eine überstandene oder noch bestehende Skrofulose hin und gestattet z. B. bei Kenntnis dieser Zusammenhänge die richtige Deutung gleichzeitig vergrößerter Halslymphdrüsen. Erosionen der Schneidezähne in Form von halbmondförmigen Einkerbungen am unteren Rande, von sogenannten meiselförmigen Zähnen, haben schon oft den Ausschlag gegeben, Augenerkrankungen und unklare Zustände innerer Organe als eine kongenitale Lues zu deuten. Ganz allgemein habe ich eigentlich den Eindruck, daß trotz aller aufklärenden Arbeit die diagnostische Bedeutung einer schlechten Beschaffenheit der Zähne in der Art einer Zahnfäulnis noch immer zu wenig eingeschätzt wird. Neben der Beeinflussung des Kauaktes geben uns diese krankhaften Veränderungen die Möglichkeit, ätiologisch eine große Zahl von Krankheitsgruppen zu klären. Unklare fieberhafte Zustände

können durch die Beachtung der Zähne rasch beseitigt werden. Immer wieder auftretende Lungenabszesse finden oft in der Aspiration von Zahnteilchen, die gleichzeitig noch mit Bakterien aller Art überladen sind, ihre Erklärung. Es ist dies nur ein kleiner Ausschnitt der Möglichkeiten, wie sie sich für jeden Arzt aus der Betrachtung der Zähne selbst und ihrer Lage zueinander ergeben.

Es erschiene mir dieser Abschnitt unvollständig, wenn ich nicht noch eines Organs Erwähnung täte, nämlich der Zunge, das ja von altersher als Beispiel für eine erfolgversprechende Blickdiagnose angeführt wird. Vor allem ist es der Zungenrücken und der Seitenrand, welche das diagnostische Interesse des Arztes hervorrufen. Die Kenntnis des Zungenbelages ist eine so weitverbreitete, daß ich hier nicht näher darauf einzugehen brauche, ich will nur darauf hinweisen, daß bei der jetzt so häufigen Grippe der Belag durch seine Dicke und seine schmutziggrau-gelbliche Verfärbung ein sehr charakteristisches Aussehen darbietet. Man kann aus ihm allein schon die oft recht schwierige Diagnose stellen, oder in ihm einen Hinweis auf die Möglichkeit eines grippösen Infektes sehen. Die Huntersche Zunge wird noch allzuoft verkannt und nimmt uns in solchen Fällen dadurch die Möglichkeit einer Frühbehandlung der Anaemia perniciosa. Meist stehen hier die subjektiven Klagen der Patienten im Vordergrund. Selbst nur außerordentlich geringgradige Schwellung der Zungenpapillen können zur richtigen Diagnose führen und man wird erstaunt sein, wie rasch bei einer Lebertherapie die allgemeinen Beschwerden schwinden. Ist einmal das atrophische Stadium, die glatte Zunge, erreicht, so ist es nur schwer von gleichsinnigen Veränderungen zu trennen, die, wie H. Kahler aus der Klinik Chvostek beschrieben, sich verhältnismäßig häufig beim Magenkarzinom vorfinden. Auf die typischen Veränderungen der Zungenoberfläche bei den verschiedenen Infektionskrankheiten soll hier nicht näher eingegangen werden. Trotz aller verfeinerten Diagnostik ist es aber auch bei dieser Krank-

heitsgruppe eigentlich erstaunlich häufig der Fall, daß die Veränderungen an der Zungenoberfläche die Diagnose allein ermöglichen oder zumindest weitgehend fördern. Die trockene, borkig belegte, an den Rändern stark gerötete Zunge in einer ebenfalls ausgedörrten Mundhöhle liegend der chronischen Urosepsis ist oft das erste Zeichen der beginnenden Allgemeinvergiftung. Sie soll meines Erachtens z. B. bei einer Prostatahypertrophie unbedingt den Anstoß zu einer energischen Behandlung abgeben.

An den Zungenrändern finden sich häufig Narben, die auch noch in späterer Zeit dafür zeugen, daß einmal epileptische Anfälle aufgetreten sind. Schlecht heilende Wunden an dieser Stelle werden sehr häufig fälschlicherweise auf eine gleichzeitig bestehende Zahnfäulnis bezogen, während schon längst verhärtete Drüsen unter dem Unterkiefer die maligne Natur des Leidens anzeigen müßten. Nervöse Störungen verschiedenster Natur finden in der Zunge ihren sinnfälligen Ausdruck. Eindrucksvoll zwingt uns oft eine Größenzunahme der Zunge, vielleicht verbunden mit einem Nichtpassen des vormals tadellos passenden künstlichen Gebisses, an Akromegalie zu denken. Auch die untere Fläche der Zunge kann mit ihren hier deutlich zutage tretenden Venen uns einen guten Gradmesser für den Füllungszustand dieses Gefäßabschnittes abgeben. Bei schlecht entwickelten Venen an den Extremitäten zeigen die hier oft varikös erweiterten Venen die Schwäche des rechten Herzens an. Auch dieser kurze Überblick über die diagnostischen Möglichkeiten, die uns die klinische Betrachtung des Mundes und seiner Anhangsgebilde gestattet, soll nur ein Hinweis sein, wie bedeutungsvoll für die Behandlung und Erkennung des Einzelfalles kleine Veränderungen sein können, wenn sie nicht richtig eingeschätzt werden.

Der Kranke und sein Ohr.

Im Gegensatz zum Auge bietet das Ohr begreiflicherweise viel weniger diagnostische Anhaltspunkte. Liegt doch

im Auge das Sinnesorgan, welches so viele seelische und körperliche Vorgänge seines Trägers widerspiegelt, dem Blick des Beschauers offen dar, während das eigentliche Sinnesorgan des Ohres im Inneren des Schädels verborgen ist. Nur ein ziemlich untergeordneter Apparat, der Schallempfänger oder Lautsammler — die Ohrmuschel und der äußere Gehörgang — bieten sich dem Beschauer dar. 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 sind die Ohrmuscheln bei den Rassen verschieden gestaltet und verschieden an den Kopf angesetzt. Sie erlauben in manchen Fällen aus ihrer Betrachtung allein die Zuordnung zu einer bestimmten Menschengruppe. So soll ein Drittel der Ohrmuschel beim Kaukasier über der Waagrechten liegen, die durch das Jochbein gegeben ist, während Angehörige semitischer Rasse mit der Spitze des Ohres eben diese Linie erreichen. In diesem Zusammenhange sei darauf verwiesen, daß manche gelbe und schwarze Völkerstämme besondere sie kennzeichnende Ohrformen besitzen.

Aber auch in unseren Ländern zeigen die Größe und die Lagebeziehungen der Ohren 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 sonst Träger degenerativer Stigmata sind. Abstehende Ohren werden nicht nur vom Schönheitssinne als unangenehm empfunden, sondern zeigen 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 beiderseits stärker zurücklegen. Auch beim erwachsenen Kranken hat man oft den Eindruck, besonders wenn man ihn von rückwärts betrachtet, daß die Ohren stärker abstehen. Zum Bilde der Kachexie gehören der dünne Hals, die schütterere Behaarung und die abstehenden Ohren. 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 Gerüstes und ihres geringen Fettpolsters selbst 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 uns übertrieben, aus der Form des Ohres auf die seelischen Anlagen des Menschen zu schließen, aber manches vorher Unerklärliches im Gehaben 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 sind wohl die Gichtknoten, die für sich allein eindeutig die Zeichen einer uratischen Diathese darstellen. 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 Er-

frierungen 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 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, damit die Mißgestaltung der Ohrläppchen 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. So kann diese Gegend auch bei Stauungen für die Differentialdiagnose besondere Bedeutung gewinnen. Reibt man das zyanotische Ohrläppchen, so können nachträglich zweierlei Farbänderungen eintreten. Rötet es sich stärker, so spricht das für eine periphere Stauung, da jetzt gut arterialisiertes Blut einströmt. Verstärkt sich die Zyanose, so liegt eine zentrale Ursache vor, da die schon vorhandene venös bedingte Zyanose durch das Dazukommen des schlecht mit Sauerstoff versorgten arteriellen Blutes vermehrt wird. Der Vollständigkeit halber sei noch daran erinnert, daß von wissenschaftlicher Seite angewachsene Ohrläppchen als ein ausgesprochen degeneratives Stigma zu werten sind, während diese Tatsache im Volke mit einer schlechten 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 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 stößt, 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. 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 einiger Zeit eine solche Fehldiagnose unterlaufen. Ein Jüngling, der schon in vielen Stationen gelegen war, 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 bisher auch von Fachärzten nicht entdeckte 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, welche kleine verborgene und scheinbar belanglose Symptome für das ärztliche Handeln von entscheidendem Einfluß sein können.

Ebenso eindrucksvoll ist eine andere Beobachtung, die, wie ich glaube, von Albert stammt. Bei Schmerzen in der Ohrgegend ist es, wenigstens bei uns zu Lande, Sitte, sich einen Wattepfropf ins Ohr zu stecken. Ein solcher Wattebausch veranlaßte nun in einem Falle den genannten Chirurgen auf eine Neuralgie zu schließen und obwohl der Ohrbefund sonst völlig normal war, gründlich nach Ursachen anderer Lokalisation zu suchen. So gelangte er denn zur Diagnose einer kleinen, aber malignen Struma. Ich hätte dieses Beispiel nicht gebracht, wenn ich nicht gleichfalls Gelegenheit gehabt hätte, ähnliche Fälle zu sehen, in denen ich als Ursache der Neuralgien nicht nur bösartige Geschwülste, sondern auch entzündliche Lymphdrüenschwellungen feststellen konnte. Dieser Weg hat mir schon in vielen Fällen in seiner weiteren Verfolgung die richtige Diagnose eines Hilusprozesses und anderes 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 Ohr.

Schließlich dürfen wir nicht vergessen, daß die Umgebung des Ohres, insbesondere die gegen die Wange zu gerichteten Anteile, in ihrer Entwicklung innige Zu-

sammenhänge 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 in manchen Gegenden direkt von einem Frauenbart. Auch bei Erkrankungen endokriner Drüsen und bei Tumoren des Nebennierenrindenmarkes, die zu einer Vermännlichung führen, konnten wir diese starke Haarbildung beobachten. Die Behaarung an der Ohrmuschel hängt übrigens von zweierlei Ursachen ab. Während die den Gehörgang umgebende und auf die Wange übergreifende Behaarung anscheinend dem Einfluß der Geschlechtsdrüsen unterworfen ist, hängt die Behaarung der übrigen Anteile der Ohrmuschel von den gleichen Reizen ab, die das Terminalhaarwachstum ganz allgemein bestimmen. Eine Umkehrung dieser Schlußfolgerung ist aber nicht immer zutreffend.

Wie bei der Besprechung des Auges haben wir es peinlich vermieden, in die Belange des Facharztes einzugreifen, und uns nur zu zeigen bemüht, wie die Betrachtung eines oberflächlich gelegenen Hilfsapparates eines Sinnesorganes zu einem tiefen Einblick in innere, dem Auge verborgene Verhältnisse führen kann. Die angeführten Fälle, die, wie wir nochmals betonen müssen, keine Seltenheiten darstellen und die sicherlich schon jeder länger in der Praxis Tätige selbst erlebt hat, zeigen, daß der erfahrene Arzt oft mit nur einem einzigen Blick das vom Schicksal schon geschriebene Urteil über Tod und Leben eines Kranken lesen kann.

Der Kranke und sein Hals.

Der Hals, für unsere Betrachtungen die Brücke zwischen dem bekleideten und unbekleideten Menschen, schließt in sich die Verbindungen zwischen den Zentralstellen des

Kopfes und den Erfolgsorganen des übrigen Körpers ein. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit einer großen Reihe von Beobachtungen. Die an diesem Abschnitte des menschlichen Körpers wahrzunehmenden Zeichen lassen aber auch in den meisten Fällen weitgehende Rückschlüsse auf die beiden durch ihn verbundenen Körperteile zu.

Für die blickmäßige Erfassung des Halses erscheint es zweckmäßig, die dabei zu gewinnenden Eindrücke in zwei große Untergruppen zu gliedern, einmal in einen Blick von vorne und einmal in einen von rückwärts.

Schon die Haut, die die vorderen Halsanteile überzieht, läßt oft weitgehende Rückschlüsse auf den Allgemeinzustand des Trägers zu. Sie ist insofern in einer Mittelstellung zwischen der Gesichtshaut und der von den Kleidern bedeckten, als sie einerseits so wie das Gesicht äußeren Einflüssen weitgehend unterworfen ist und andererseits durch das Kinn geschützt wird, gleich einer Hausmauer durch den vorragenden Giebel. Dadurch ist sie imstande, für das Auge des Beschauers viel sinnfälliger auf innere Reize zu antworten als andere freigetragene Hautstellen. Eine besondere Bereitschaft der Gefäße auf innere und äußere Reize macht sich hier durch ein flammende Röte bemerkbar. Von der Schamröte bis zur dauernden rötlichen Verfärbung bei Vasolabilen, z. B. beim Hyperthyreoidismus, finden sich fließende Übergänge, die oft bei unklaren Allgemeinsymptomen auf endokrine oder nervöse Störungen schließen lassen. Insbesondere der Hyperthyreoidismus, der so oft unerkannt bleibt, ist hier auf den ersten Blick zu erkennen. Auch Hochdruckkranke zeigen überaus häufig diese, an die Schamröte erinnernde, aber dauernde Veränderung, wobei sich bei einer beginnenden Herzschwäche violette Farbtöne beimengen. Nicht selten sind diese Hautveränderungen auch bei Hirntumoren zu finden. Sie zeigen auch bei diesen Fällen nur an, daß das nervöse und endokrine System an irgendeiner Stelle infolge des Hirndruckes nicht vollkommen in Ordnung ist. Während sich dieses Symptom bei Männern durch den Kragen ver-

bergen kann, ist es bei Frauen, deren Bekleidung ja meist noch die oberen Brustabschnitte freigibt, derart eindringlich, daß es geradezu als ein führendes Kennzeichen anzusprechen ist.

Die Tatsache, daß schon beim Kinde Faltungen in den vorderen Halsabschnitten auftreten müssen, läßt ebenfalls eine Reihe von diagnostisch wichtigen Spuren zurück. Schon an anderer Stelle haben wir erwähnt, daß gerade diese Falten die Möglichkeit zur Ansiedlung von Hautkeimen geben, die insbesondere bei unrein gehaltenen Kindern zu typischen Hautabszessen führen können. Deren Restzustände, oft als tief eingezogene Narben erkennbar, führen dann zur fälschlichen Annahme einer stattgehabten Hauttuberkulose. Die Narben nach der letztgenannten Krankheit lassen sich immer durch ihre strahlige Beschaffenheit von den oben besprochenen trennen und liegen auch zumeist mehr in den seitlichen Halsteilen. Durch das häufige Wechseln der Fettdepots dieser Hautgegenden leidet gerade an diesen Stellen die Elastizität. Oft kann man, ähnlich wie der Pferdekennner an den Zähnen des Pferdes, an der Haut des Halses das Alter seiner Trägerin erkennen, wenn auch der übrige Körper noch in vorgetäuschter Jugendlichkeit prangt. Nicht umsonst wird das Doppelkinn als das Zeichen des beginnenden Alterns gewertet, und die bei stärkerer Abmagerung zurückbleibende Hautfalte ist das erste Zeichen, welches dem Arzt anzeigt, daß bei dem Patienten eine konsumierende Erkrankung vorliegt oder abgelaufen ist.

In dieser Gegend finden sich gelegentlich kleine Wärzchen, die in der Entwicklungsgeschichte ihre Aufklärung finden. Sie sind durchaus nicht so ganz harmlos, als man etwa meinen könnte. Einmal sind sie überhaupt Zeichen einer nicht vollkommen normalen Entwicklung. Unter Umständen können sie aber als äußere Zeichen die Erklärung für unklare Geschwülste am Halse abgeben. Insbesondere denke ich hier an die Bildungen, die von branchiogenen Fisteln oder Gängen ihren Ausgang nehmen. Unvergeßlich werden mir jene Fälle

bleiben, bei denen unter der falschen Annahme einer kleinen Schilddrüsenzyste eine kosmetische Operation vorgeschlagen und angegangen worden ist. Bei Mißachtung dieser kleinen Hautanhängsel erweist sich nämlich die Operation dieser fehlgedeuteten Tumoren als überaus schwierig und hinterläßt dementsprechend große, verunstaltende Narben, die ihren Träger entschieden noch mehr verunstalten als der vorher bestandene Schönheitsfehler.

Haut und unterliegendes Fettgewebe sind aber nur Überzüge des Halses und beeinflussen in geringem Maße die äußere Linie. Drei Organe sind es dagegen, welche das Bild der vorderen Halskontur weitgehend zu verändern vermögen: die Muskulatur, die Schilddrüse und der Kehlkopf.

Für mich ist es ohne Zweifel, daß die Ausbildung der vorderen Halsmuskeln einen viel tieferen Einblick in die Konstitution des Trägers gibt als z. B. die Schilddrüse. Bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit wird mir jeder recht geben, wenn ich behaupte, daß die Muskulatur des Halses sich in ihrer Ausbildung nicht vollkommen der des übrigen Körpers anschließt. Selbst bei einem athletischen Körperbau müssen die Kulissen, die insbesondere von den Kopfnickern gebildet werden, nicht in dem Maße vorspringen, wie sie bei Kranken zu sehen sind, deren Lungenatmung auf irgend eine Weise erschwert ist. Die bestausgebildeten Muskelbäuche sieht man bei asthmatischen Zuständen. Bei Behinderung der Einatmung im allgemeinen stehen gerade hier diese strotzend entwickelten Muskeln im krassen Gegensatz zu dem oft recht kachektischen Körper. Selbst ein im Training stehender Muskel wird nicht so regelmäßig beansprucht wie die Hilfsmuskulatur des Halses bei erschwelter Atmung. Immer soll also ihre besondere Ausbildung dazu Veranlassung geben, sich auch mit der Lunge des Trägers eingehender zu beschäftigen. Dies wird zur unabweisbaren Forderung, wenn etwa beträchtliche Seitenunterschiede in ihrer Stärke zu bemerken sind. Ohne Zweifel gilt auch hier das allgemeine Gesetz, daß bei Rechtshändigkeit auch die Kopfnicker der

rechten Seite stärker vorspringen. Diese Unterschiede können bei einseitigen Sportarten, wie Fechten oder Tennisspielen, beträchtliche Grade erreichen. In diesen Fällen wird aber ein Vergleich der beiden Hände untereinander unsere Gedanken sofort auf die eben geschilderten Entstehungsmöglichkeiten lenken. Ebenso kann eine stärkere Anstrengung der Muskulatur der einen Seite den Versuch darstellen, irgend ein entzündlich verändertes Organ der betreffenden Halsseite ruhigzustellen. So wird eine stärkere Anspannung des Kopfnickers auf entzündlich veränderte, tiefliegende Lymphdrüsen, Nerven usw. hinweisen oder als erstes Zeichen einer beginnenden Wirbelsäulenerkrankung zu werten sein. Ähnliche Verhältnisse in übertriebenem Maße bieten ja die bekannten Bilder des Schiefhalses dar, bei denen die eine Kulisse mächtig vorspringt und so immer wieder direkt dazu auffordert, mit ihrer Durchtrennung auch die Schiefhaltung des Kopfes zu beseitigen. Allerdings müssen meist gleichzeitig bestehende knöcherne Veränderungen an der Wirbelsäule für den Ausgang des Eingriffes mit in Betracht gezogen werden.

Eine viel größere Bedeutung als der abnormen einseitigen Ausbildung der Halsmuskeln kommt meines Erachtens, zumindestens in der inneren Medizin, ihrer einseitigen Schwäche zu. Während die akute Anspannung eines Muskels ja überhaupt mehr ein aktives Vorgehen erfordert und so eher in die Domäne des Chirurgen fällt, sind die Atrophien als Dauer- oder Restzustände einer abgelaufenen oder chronischen Erkrankung Spuren, die der interne Mediziner zu lesen verstehen muß. Ebenso wie der *Musculus trapezius*, beteiligt sich auch der *Musculus sternocleidomastoideus* bei Erkrankungen der Lungenspitzen. So wie der erstere, erscheint er im akuten Stadium zur Ruhigstellung der erkrankten Seite stark gespannt, wird aber dann atrophisch und gibt uns dadurch eindringliche Hinweise, uns mit der Möglichkeit einer spezifischen Lungenerkrankung näher vertraut zu machen. Bei dieser Auffassung ist es begreiflich, daß wir es nicht

bei den Augen allein bewenden lassen dürfen, sondern uns auch durch die Betastung von dem Spannungszustande und der vorhandenen Schmerzhaftigkeit der Muskeln überzeugen müssen. In eindrucksvoller Weise kann man insbesondere am Kopfnicker Gelosen tasten und durch ihr Wegmassieren oft bedrohlich aussehende spastische Zustände in ihnen beseitigen. Man wird das Betasten der Muskulatur nicht vergessen, wenn man Fälle schwerwiegendster Fehldiagnosen bis zu einer akuten Osteomyelitis der Halswirbelsäule erlebt hat, die durch diese einfachen Maßnahmen geklärt und geheilt werden konnten. Zu Täuschungen führt auch in manchen Fällen der Schmerz. Er wird von den meisten Untersuchern auf den Muskel selbst bezogen und es wird dabei außer acht gelassen, daß entzündliche Lymphdrüsenveränderungen in der Nähe des Muskels eine Druckempfindlichkeit des Muskelfleisches selbst vortäuschen. Die Prüfung der Spannung des Muskels wird uns in solchen Fällen die Unterscheidung leicht machen und uns davor bewahren, entzündliche Lymphdrüsen am Halse als Muskelrheumatismus zu verkennen. In diesem Zusammenhange sei schließlich noch darauf aufmerksam gemacht, daß wir recht häufig, insbesondere an den oberflächlichen Muskeln, nervöse Erkrankungen verschiedenster Art erkennen können. So weisen uns die vielfältigen Veränderungen in der Halsmuskulatur, die sich bei einem etwas angeregteren Gespräche und den dadurch bedingten Mitbewegungen sinnfällig dem aufmerksamen Beobachter darbieten, nicht nur auf örtlich nahegelegene Krankheitsherde hin, sondern geben oft Veranlassung, fernabgelegene Erkrankungen zu vermuten und damit auch ihre Erkennung in die Wege zu leiten.

Für den Chirurgen ist die blickmäßige Untersuchung der Schilddrüse bei Betrachtung des Halses von vorne geradezu eine Angelegenheit seines Unterbewußtseins. Weniger gilt dies für den Internisten und deshalb sei hier besonders vermerkt, daß man bei Vorhandensein eines Tumors in der fraglichen Gegend es nie unterlassen soll, sich durch ein-

fache Prüfungen, wie Schluckenlassen, Feststellung der Lage der Carotiden zu überzeugen, ob tatsächlich eine Struma vorliegt. Dadurch, daß wir uns stets streng die Frage nach dem Wesen einer Schilddrüsenvergrößerung vorgelegt haben, so langweilig und lächerlich dies auch unseren Schülern erscheinen mochte, haben wir uns in einer überraschend großen Zahl von Fällen, die mit falscher Einlieferungsdiagnose in unsere Hände gekommen sind, vor Fehlgriffen bewahrt. Ohne Zweifel kommt auch den durch den Tastbefund zu erhebenden Befunden an der vergrößerten Schilddrüse eine bedeutende, differentialdiagnostische Wichtigkeit zu. Es ist vielleicht an dieser Stelle notwendig, davor zu warnen, die Befunde an dem tastbaren Teil der Struma mit dem durch den Tastsinn nicht erreichbaren Anteil gleichzusetzen. Gerade im Wiener Becken kommt es relativ häufig vor, daß ein Zusammenhang zwischen Schilddrüse und unklaren nervösen Symptomen deshalb abgelehnt wird, weil der Tastbefund eine typische knotige Kolloidstruma ergibt. Besonders bei Einwanderung eines Kropfträgers nach Wien verändern sich einzelne Knoten parenchymatös und können auf diese Weise zu den bekannten Krankheitsbildern einer Überfunktion der Schilddrüse führen. In solchen Fällen bringt uns oft die Auskultation der Schilddrüse der Wahrheit näher. Bekanntlich gehört es zu den kennzeichnenden Symptomen einer Basedowstruma, daß man über ihr entsprechend der starken Erweiterung und Vermehrung ihrer Gefäße ein lautes Geräusch hören kann, dem eine für das Auge und den Tastsinn wahrnehmbare Vibration an der in Frage stehenden Stelle entspricht. Bei den oben angeführten Fällen spricht unter Umständen ein Gefäßgeräusch an einer umschriebenen Stelle der Struma für die eben erwähnten Überlegungen. Häufig kann man sich auch durch indirekte Zeichen über die Art der Wachstumsrichtung und die Beschaffenheit der Struma ein rasches Bild machen, wenn man die Haut und die Venen mit in seine diagnostischen Überlegungen einbezieht. Die Hautveränderungen, wie wir sie oben als kennzeichnend für eine Über-

funktion der Schilddrüse beschrieben haben, werden uns auch bei einem typischen Tastbefund einer knotigen Kolloidstruma daran denken lassen, daß hier einer der Knoten parenchymatös verändert ist. Einseitige Erweiterungen oberflächlicher Hautvenen, meist ohne Pulsationen, mit fehlendem Kollaps bei der Inspiration, lassen uns die Wachstumsrichtung einer Struma erkennen. Ein Mißverhältnis zwischen den mächtig gestauten Venen und einer nur kleinen tastbaren Struma zeigt unter Umständen an, daß sich hier substernal dem Blicke und dem tastenden Finger ein Knoten entzieht, der durch Druck auf die tiefen Halsvenen dieses gegensätzliche Verhalten erklärlich macht. Nicht allzuseiten wird gerade auf den inneren Kliniken die Bösartigkeit eines Kropfes übersehen. Es werden vielmehr nur seine Fernsymptome behandelt. Hier sind es vor allem durch Druck auf die Nervenstämme hervorgerufene Neuralgien, die zu einer abnormen Kopfhaltung Veranlassung geben. Es sei nochmals an das charakteristische Bild eines solchen Schilddrüsenkrebsträgers erinnert, der sich bemüht, seine einseitigen Neuralgien durch Verstopfung seines äußeren Gehörganges mit einem Wattepfropf zu beeinflussen. Durch die sehr bald eintretende Verengung der venösen Bahn kommt es frühzeitig zu einer beträchtlichen Zyanose des Gesichtes und der Haut selber. Gleich wie bei einem Brustdrüsenkrebs fällt schon im Beginn eine eigentümliche derbe Beschaffenheit der Haut über der krebzig entarteten Schilddrüse auf, oft in Verbindung mit der Ausbildung kleiner Venektasien. Es ist wohl selbstverständlich, daß man auch auf den ersten Blick einen aus dem Mediastinum hervortretenden pulsierenden Tumor an der Art der Pulsation als ein Aneurysma erkennen und von ihm unschwer die mitgeteilte Pulsation eines substernalen Knotens trennen kann. Kommt es aber beim Aneurysma zu kleinen Rupturen mit nachfolgender Organisation, so kann sich das Bild weitgehend verwischen. In einem Falle, bei dem auch der Röntgenologe sich für eine substernale Struma und damit für einen operativen Eingriff

entschied, konnte nur durch den Nachweis einer gleichzeitigen Schlußunfähigkeit der Aortenklappen die Operation verhindert werden. Als junge Mediziner haben wir es eigentlich immer für überflüssig gehalten, daß von Hochenegg in seinen klassischen, chirurgisch-diagnostischen Vorlesungen anscheinend bis zum Überdruße diese differentialdiagnostischen Grundsätze seinen Hörern eindringlichst vor Augen führte. Wer aber einmal die Schwierigkeiten einer Differentialdiagnose zwischen Aneurysma und substernalen Strumaknoten womöglich während der Operation und die sich dabei ergebenden Schrecksekunden mitgemacht hat, der wird immer wieder in jedem einzelnen Falle daran denken, daß gerade die anscheinend einfache Diagnostik der Struma ein Schulbeispiel dafür ist, wie hier die Sinnesorgane des Arztes die entscheidende Rolle zu spielen haben.

Oben haben wir als drittes wichtiges, die Linienführung der vorderen Halsabschnitte beeinflussendes Organ den Kehlkopf genannt. Tatsächlich lassen sich bei seiner Betrachtung recht wertvolle Erkenntnisse gewinnen. Bekanntlich finden sich hier schon geschlechtsbedingte Unterschiede insofern, als der Kehlkopf des Mannes viel stärker entwickelt ist als bei der Frau und damit bei jenem auch durch sein Vorspringen mehr in Erscheinung tritt. Wir haben uns angewöhnt, eine schlechte Entwicklung des Kehlkopfes beim Manne als ein degeneratives Kennzeichen zu verwerten. Insbesondere fällt das Fehlen dieses markanten Vorsprunges bei Männern auf, die z. B. in ihrem Haarkleide sich mehr dem weiblichen Typus nähern. Für eine besondere Krankheit, die Lebercirrhose, ist ebenso wie die schlechte Ausbildung des Haarkleides, eine schlechte Sichtbarkeit des Kehlkopfes gleichfalls als degeneratives Stigma kennzeichnend. Ein auffallend starkes Vorspringen des Kehlkopfes beim Mann und bei der Frau fällt meistens mit einer beträchtlichen Abmagerung zusammen. So beherrscht bei schwer Tuberkulösen beider Geschlechter der Kehlkopf das Bild der vorderen Halsanteile, wobei die meist verstärkte Inspiration und die

dadurch bedingten starken Bewegungen den Blick noch eindringlicher auf dieses Organ lenken. Überhaupt sollte man den Bewegungen des Kehlkopfes mehr Aufmerksamkeit zuwenden, als dies für gewöhnlich geübt wird. Bekannt und durch die engen Lagebeziehungen der Brustschlagader mit der Luftröhre erklärt, sind deren systolische Bewegungen bei Erweiterungen der Aorta. Weniger bekannt und von Eppinger in seinen Vorlesungen immer wieder hervorgehoben wird die Tatsache, daß durch Beobachtung der Bewegungen des Kehlkopfes mit großer Sicherheit auf das Vorhandensein eines Zwerchfelltiefstandes und damit auf eine akute oder chronische Lungenblähung geschlossen werden kann. Nähert sich nämlich der Kehlkopf bei etwas stärkerer Einatmung sehr dem Jugulum, so zeigt dies an, daß das tiefstehende Zwerchfell einen abnormen Zug auf die Luftröhre und damit auf den Kehlkopf ausübt. Sehr schön kann man sich von diesem Verhalten dadurch überzeugen, daß man seinen Finger in das Jugulum einlegt, der dann durch den heruntertretenden Kehlkopf in dieser Lage eingezwickelt wird. Verdrängungen des Kehlkopfes lassen oft bessere Rückschlüsse auf die Größe und die Wachstumsrichtung von Schilddrüsen- oder Lymphdrüsengeschwülsten zu, als man sie durch die bloße Betrachtung oder Betastung gewinnen kann. Letztere muß herangezogen werden, da auch sie wertvolle Rückschlüsse erlaubt. Frühzeitige Verkalkungen zeigen uns immerhin an, daß wir es hier mit einem Menschen zu tun haben, dessen Neigung zu Kalkablagerungen auf ein frühzeitiges Altern schließen läßt. In vielen Fällen paart sich ein sogenannter verkalkter Kehlkopf mit einem Emphysem und oft mit einer gleichzeitig vorhandenen vorzeitigen Arterienverkalkung. Durch die gleichmäßigen Bewegungen des Kehlkopfes beim Sprechen kann man sich von dem Intaktsein seiner nervösen Versorgung überzeugen. Unter Umständen ist eine einseitige Erkrankung des Nervus laryngeus inferior durch einen solchen Tastbefund früher zu erkennen als an Veränderungen der Stimme. In einigen Fäl-

len von malignen Tumoren des Mediastinums und aneurysmatischen Erweiterungen der Brustschlagader war das einseitige Zurückbleiben auch schon durch die bloße Betrachtung erkennbar.

Während wir bisher jener Anteile gedacht haben, die schon normalerweise imstande sind, das Bild des Halses von vorne zu beeinflussen, sind die Gebilde, die es erst bei krankhafter Veränderung beeinflussen, von vielleicht noch größerer Wichtigkeit. Es sind dies vor allem das arterielle, venöse und lymphatische System. Die hüpfenden Karotiden beim Morbus Basedow und bei der Aorteninsuffizienz verändern in ganz charakteristischer Weise die sonst ruhigen äußeren Halskonturen. Ihr einseitiges stärkeres Schlagen muß wohl zwangsläufig dazu Veranlassung geben müssen, an eine einseitige Behinderung der Strombahn in den Arterien zu denken, als deren häufigste auslösende Ursache luetische Veränderungen an den Abgangsstellen der großen Halsschlagadern anzusprechen sind. Insbesondere das linksseitige Zurückbleiben der Pulsationen spricht mit größter Wahrscheinlichkeit für eine syphilitische Ursache. Während beim Morbus Basedow die starken Pulsationen meistens auf die großen Gefäße beschränkt bleiben, pflanzen sich diese bei Schlußunfähigkeit der Aortenklappen auch auf die kleinen Gefäße fort und sind bei den meist mageren Patienten eindrucksvoll zu sehen und zu fühlen. Nicht zu verwechseln sind diese optischen und palpatorischen Befunde mit denen, die bei einer Hypertrophie des linken Herzens zu erheben sind. Auf diese Veränderung kann man in leichter Weise dadurch geführt werden, daß durch den Hochstand der rechten Arteria subclavia infolge der Herzvergrößerung der Puls auch in der rechten Halsschlagader besser zu tasten ist als in der linken. Von den in dieser Gegend selten vorkommenden arteriellen Gefäßgeschwülsten sei nur erwähnt, daß sie manchmal sogar auf die Entfernung hörbare Geräusche erzeugen können. Durch die Verwechslung mit den Gefäßgeräuschen der Basedowstruma wurde eine solche

Bildung in einem mir in Erinnerung gebliebenen Falle verkannt. Auf die diagnostische Bedeutung der Halsvenen wurde schon in dem Abschnitte über die Venen im allgemeinen näher eingegangen. In diesem Zusammenhange sei nur nochmals daran erinnert, daß eine genaue Beobachtung der verschiedenen sichtbaren Pulse an den Venen des Halses auch ohne jeden Röntgenapparat oder Elektrokardiographen erlaubt, nicht nur die Beschaffenheit der Trikuspidalklappen, sondern auch des Herzreizleitungssystems in seine diagnostischen Überlegungen erfolgreich einzubeziehen. Die dünnwandigen Venen lassen überdies viel früher als die Arterien Beeinflussungen von seiten der umgebenden Organe zu. So kommt es bei schrumpfenden Spitzenprozessen fast immer zu einseitigen Stauungen der oberflächlichen Halsvenen, die uns zumindest veranlassen, dem entsprechenden Lungenabschnitte eingehendere Aufmerksamkeit zuzuwenden. So sind die Venen des Halses ein feiner Gradmesser für Hindernisse in ihrer Strombahn und ihre Beachtung führt oft zur Aufdeckung bisher verborgener Erkrankungen.

Auf die Bedeutung der raschen Erfassung der lymphatischen Organe am Halse wurde in dem Abschnitte, der den Lymphdrüsen gewidmet ist, hingewiesen. Bei aller scheinbaren diagnostischen Einfachheit dieser oberflächlichen, dem Blicke und dem Finger leicht zugänglichen Organe, wird sich wohl kein Arzt im Einzelfalle eines beschämenden Gefühles erwehren können, wenn er nach Anwendung aller modernen Untersuchungsmethoden, selbst der Probeexzision, bei der Diagnose der alten Ärzte, Tumor colli, stehen bleibt. Gerade in den Halslymphdrüsen, die absteigend die Abflusshbahnen der Tonsillen und aufsteigend der Hilusdrüsen aufnehmen, bereiten uns oft einfache chronische Erkrankungen heikle diagnostische Probleme. Jeder wird diese Schwierigkeiten begreifen, wenn er einmal vor die Aufgabe gestellt ist, die auslösende Ursache eines plötzlichen Aufschießens eines Lymphdrüsenknotens am Halse festzustellen. Hier helfen örtliche Befunde, wie Schmerzhaftigkeit, Beschaf-

fenheit der Haut, Abgrenzung gegen die Umgebung und alle anderen in dem angeführten Abschnitte angegebenen Kennzeichen oft weiter, wenn die klinische Durchuntersuchung versagt hat. Es kann nicht gleichgültig sein, ob man bei einem jungen Menschen eine Lymphdrüse am Halse auf eine Angina bezieht oder sie als den Ausdruck einer bisher nicht erkannten tuberkulösen Infektion anspricht. Gerade letztere Erkrankung zeigt sich glücklicherweise häufig in den hier dem Blicke und der Hand leicht zugänglichen Lymphdrüsen, und ihre nicht richtige Einschätzung kann noch Jahre später zu verhängnisvollen Folgen führen. Derbe, nicht schmerzhaftige Lymphdrüsen im Kieferwinkel und in den oberen Halsanteilen werden uns die Diagnose einer chronischen Tonsillitis und den Entschluß zur Entfernung der erkrankten Mandeln erleichtern und damit in vielen Fällen zur Heilung einer bis dahin unklaren Krankheit beitragen. Die Tatsache, daß die Tonsillen Einbruchspforten der verschiedensten Keime sein können, rückt oft eine kleine harmlose Lymphdrüse in den Brennpunkt einer klinischen Diagnose. Das Lymphogranulom, die bösartigen Geschwülste der Lymphdrüsen und ihre metastatischen Veränderungen sollen stets dazu Veranlassung geben, schon den jüngsten Mediziner auf die Wichtigkeit einer genauen Untersuchung dieser Gegend immer wieder aufmerksam zu machen. Unvergeßlich ist mir in diesem Zusammenhange eine Diagnose von Carl Sternberg, als er bei einer an Peritonitis Gestorbenen durch Palpation des Halses von außen aus einer kleinen, überaus derben, gut verschieblichen Lymphdrüse den Kliniker darauf aufmerksam machte, daß hier auch ein Larynxkarzinom vorliegen müsse. Diese, wenn auch an der Leiche gestellte Diagnose war meisterhaft und nur dadurch zu erklären, daß eben gerade der pathologische Anatom ein besonderes Fingerspitzengefühl für eine durch Metastasen durchsetzte Lymphdrüse besitzt. Durch die Kenntnis dieses Falles habe ich schon einige Male auf das Vorhandensein maligner Tumoren im Kehlkopf und an der Schädelbasis aufmerksam machen können.

Dies stellt nur einen Ausschnitt dessen dar, was man bei der oft nur Sekunden dauernden Betrachtung des Halses und seiner Organe beachten soll. Den Meister dieser Diagnostik erkennt man daran, daß er bei dieser kurzen Untersuchung plötzlich wie von einer Nadel gestochen innehält und aus einem ungewöhnlichen Seh- oder Tastbefund, für die Unwissenden überraschend, seine Diagnose entwickelt.

Während der Hals von vorne betrachtet mehr die Möglichkeiten der Diagnosen an einzelnen Organen bietet, fällt beim Blick auf den Hals von rückwärts zunächst mehr die Form des Halses ins Auge, die vornehmlich von der Wirbelsäule und ihren Veränderungen abhängig ist. Die Krümmung dieses Wirbelsäulenabschnittes im Sinne einer übertriebenen Lordose oder das Vorhandensein einer Kyphose kann das Bild des hinteren Halsabschnittes in entscheidender Weise beeinflussen und bei manchen Erkrankungen sogar Rückschlüsse auf zunächst gar nicht in Zusammenhang stehende Krankheitsbilder ermöglichen. Diese Gedankengänge lassen sich an dem extremen Fall von Kurzhals, wie ihn das „Klippel-Feilsche Syndrom“ bietet, besonders schön darlegen. Die Tatsache, daß die Ohrläppchen fast die Schulter berühren und dadurch der Körperbau dieser Gegend eine recht eindrucksvolle Veränderung erfährt, erweckt zunächst den Anschein, als sei die Halswirbelsäule in ihrer Längenausdehnung zurückgeblieben. Die Betastung zeigt aber dann, daß nur eine übertriebene Bogenbildung diesen Kurzhals hervorruft. Eine solche Diagnose ermöglicht aber, wenn man die tieferen Zusammenhänge kennt, ungeahnte Rückschlüsse. Manchmal stellt das Klippel-Feilsche Syndrom nur einen Teil von Hemmungsmißbildungen dar und ist verknüpft mit Fehlbildungen an der Schädelbasis, insbesondere mit Verschmelzungen des Atlasbogens mit dem Hinterhauptbein und Fehlbildungen an der Schädelbasis selbst. Diese können wieder zu Entwicklungsstörungen des Gehirnes Veranlassung gegeben haben. Da sie sich klinisch durch ihre Lage an der

Schädelbasis nicht erkennen lassen, veranlassen die Veränderungen an der Halswirbelsäule dazu, sich etwas genauer über den Zustand des ganzen Schädel skelettes zu unterrichten. Durch die übertriebene Krümmung der Halswirbelsäule werden aber auch die übrigen Organe des Halses in Mitleidenschaft gezogen. So konnten wir Hemmungen in der Schilddrüsenentwicklung in solchen Fällen nachweisen, die zunächst als jugendliche Myxödeme aufgefaßt wurden. Durch die infolge dieser Mißbildung der Halswirbelsäule auftretende Beschränkung der räumlichen Verhältnisse am Halse selber kann sich natürlich das Auftreten von Organvergrößerungen, z. B. die Entwicklung einer Struma, schon zu einer Zeit äußern, zu der unter normalen Umständen keinerlei Verdrängungserscheinungen nachzuweisen sind. Abwegige Gestaltungen führen auch oft dazu, an abnorme Spaltbildungen in dieser Gegend zu denken, die ihrerseits wieder die auslösenden Ursachen vieler unter ganz verschiedenen Bildern verlaufenden nervösen Erkrankungen sein können. Versteifungen der Halswirbelsäule mit der so überaus charakteristischen, anscheinend stolzen und unbeweglichen Haltung des Kopfes können die ersten Zeichen schwerer, alle Gelenke der Wirbelsäule ergreifender Erkrankungen sein. Viel zu häufig werden harmlose chronische Entzündungen vermutet, während oft, nicht einmal noch röntgenologisch nachweisbar, spezifische Prozesse die auslösende Ursache sind. In solchen Fällen, die von Arzt zu Arzt gehen, führt oft eine sorgfältige allgemeine Untersuchung weiter als wie eine nur örtliche, selbst wenn dabei die besten Methoden zur Anwendung gelangen. So klärte sich z. B. bei einer Patientin die tuberkulöse Natur der Erkrankung der Halswirbelsäule durch die Tatsache auf, daß sich bei ihr am Jochbogen eine kleine, der Unterlage unverschieblich aufsitzende Narbe fand. Gerade in solchen Fällen kann der richtig untersuchende Arzt wahre Triumphe sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie feiern, da uns auch die besten Kenner der röntgenologischen Untersuchungsmethoden

in dieser Gegend, derzeit wenigstens noch, im Stiche lassen müssen, einerseits, weil kleine knöcherne Herde durch die schwierige Darstellung auf einer Ebene nicht erkannt werden können und anderseits deshalb, weil tuberkulöse Prozesse an den Bändern auf der Röntgenplatte überhaupt nicht festzuhalten sind. Sehr häufig können unklare Beschwerden durch knackende Geräusche, die auf Entfernung hörbar sind oder durch Krepitationsempfindungen bei der Betastung aufgeklärt werden. Solche arthritische Veränderungen sind oft die Ursache quälender, muskulärer und neuralgischer Halsbeschwerden. Ohne Zweifel werden solche aber auch durch Erkrankungen der Nerven und Muskeln selbst ausgelöst. Jene lassen sich schon daraus erkennen, daß die zugehörigen Muskeln atrophieren. Bei diesen stellt der tastende Finger im Muskel selber Verhärtungen im Sinne der Gelosen Langes fest und weist uns auf die dadurch gegebene Behandlungsart hin. Durch die Tatsache, daß die Halsmuskulatur nicht nur die Haltung des Kopfes und der Halswirbelsäule zu bestimmen hat, sondern daß sie auch wesentlich im Sinne der Hilfsmuskulatur bei der Atmung beteiligt ist, lassen Veränderungen in ihr Rückschlüsse auf den Zustand der Lunge zu. Insbesondere sei hier der Ausbildung des Kapuzenmuskels gedacht, der ja mit seinen oberen, von der Halswirbelsäule zum Schultergürtel ziehenden Fasern das seitliche Bild des Halses von hinten abschließt. Schon normalerweise ist seine Ausbildung besonders bei sporttreibenden Menschen zwischen rechts und links zugunsten der ersteren Seite verschieden. Finden sich noch überdies krankhafte Zustände, vornehmlich an den Lungenspitzen, so führt die dauernde, zumindest versuchte Ruhighaltung dieser Gegend über eine kurzdauernde Anspannung zu einer Atrophie dieses Muskelanteiles, die ihrerseits wieder unschwer die Erkennung dieser erkrankten Lungenspitze zuläßt. Ein vergleichender Griff, die Prüfung der Spannung und des Schmerzes, werden das Bild vervollständigen. Wie bei allen klinischen Untersuchungen darf auch hier nicht

eine allzu schematische Einstellung vorherrschen. Die Atrophie, der verminderte oder erhöhte Tonus und die Schmerzhaftigkeit einer Seite können, aber müssen nicht die Erkrankung der betreffenden Lungenspitze anzeigen, da letzten Endes Veränderungen im Bereiche der entsprechenden Oberbauchseite zu den gleichen klinischen Merkmalen führen können. Insbesondere wird die Schmerzhaftigkeit auch deshalb oft unrichtig gedeutet, weil dem Muskel aufgelagert entzündlich veränderte Lymphdrüsen eine Schmerzhaftigkeit des Muskels selbst vortäuschen. Dem tastenden Finger werden sie nicht entgehen und den Untersucher wieder darauf verweisen, der auslösenden Ursache, die meist in den Halsorganen zu suchen ist, nachzugehen.

Schließlich sei noch der Haut und ihrer Anhangsgebilde in der Nackengegend gedacht. Bei jedem Arzt wird wohl sofort der diagnostische Kurzschluß Zuckerharnruhr auftreten, wenn er die kreuzförmigen, tief eingezogenen Narben nach überstandenen Karbunkeln in dieser Gegend sieht. Abnorme Fettanhäufungen, die das Überhängen dieser Hautanteile über den Kragen ihrer Träger hervorrufen, finden sich häufig bei solchen Männern, die auch sonst an Fettleibigkeit leiden und zumindest eine Bereitschaft zur Hochdruckkrankheit aufweisen. Ihr Extrem stellt die Dercumsche Erkrankung dar, die als Fetthals zu ganz monströsen Bildern führen kann. Die Bedeutung einer Lanugobehaarung dieser Gegend im Hinblick auf eine gewisse Bereitschaft oder auf das Bestehen einer tuberkulösen Erkrankung haben wir schon im Abschnitte über die Behaarung ausgeführt. Durch ein langes Liegen kommt es zu einer starken Beanspruchung des Haarkleides dieser Gegend und damit zu einem ganz charakteristischen Ausfallen des Haarkleides. Schließlich und endlich darf auch hier nicht daran vergessen werden, daß uns in der Mittellinie auftretende Haarbüschel darauf verweisen sollten, uns näher mit der Beschaffenheit der darunter gelegenen Organe, insbesondere der Halswirbelsäule, zu beschäftigen.

Der Hals als das Bindeglied der Zentralstellen mit den Erfolgsorganen gibt uns durch seine ausgesetzte Lage die Möglichkeit, Erkrankungen auf die Spur zu kommen, die, weitab davon, den Sinnen des Arztes sonst verborgen, ihren unheilvollen Fortgang nehmen.

Der Kranke und seine Brust.

Gerade in diesem Abschnitte zeigt es sich eindrucksvoll, wie die Verfeinerung der Methoden, vor allem das Röntgenverfahren, die Beobachtung von unmittelbar sichtbaren Vorgängen immer mehr und mehr in den Hintergrund gerückt hat. Es kann hier nicht auf die Frage, die sich wohl mancher Praktiker schon vorgelegt haben mag, eingegangen werden, ob sie nicht durch eine allzu starke Betonung der Hilfswissenschaften vielleicht gerade bei der klinischen Beurteilung des Brustkorbes zu kurz gekommen ist. Man kann sich aber auf alle Fälle bei dem heutigen medizinischen Nachwuchse nicht des Eindruckes erwehren, daß die anscheinend einfache und eine besondere Genauigkeit vortäuschende Durchleuchtung des Brustkorbes die klinische Betrachtung in ihrer Bedeutung weit zurückgestellt hat. Für den Wandel der medizinischen Auffassungen ist es dabei recht interessant zu sehen, wieviel ungeklärte und umstrittene Dinge bei der optischen Erfassung der in Rede stehenden Körperregion noch der genauen Erforschung harren. Weltmann hat einmal an der Klinik Chvostek den Vorschlag gemacht, man möge es sich angewöhnen, den Brustkorb so zu betrachten, als wäre man ein tauber Arzt und müßte, ausschließlich auf seine Augen angewiesen, die richtige Diagnose stellen. Es entspricht dies keineswegs ganz unserer Auffassung, nach der wir immer wieder betonen, daß nur durch die Anspannung aller Sinnesorgane der Weg zur Erkenntnis gefunden werden kann. Gerade aber bei der blickmäßigen Erfassung der Brust kann man mit bewußter Ausschaltung

des Ohres seine Beobachtungsgabe weitgehend üben und so auf kurzem Wege zu Schlüssen kommen, die in manchen Fällen sonst nur auf beschwerlichen Umwegen zu erreichen sind.

Auch bei der Betrachtung des Brustkorbes ist es unzweifelhaft fehlerhaft, sich auf ihn allein zu beschränken, da der Hals und vornehmlich der Bauch in weitem Maße seine Gestaltung umändern können. Nur bei steter Berücksichtigung dieser sowohl diagnostisch als auch therapeutisch überaus bedeutungsvollen Wechselbeziehungen kann die äußere Form des Brustkorbes die Erkennung eines krankhaften Zustandes fördern. Schwieriger noch wird die Sachlage, wenn man bedenkt, wie viele formbildende Kräfte am Brustkorbe am Werke sind. In klarer Weise hat dies K. F. Wenckebach in seinen Studien über die pathologischen Atmungs- und Thoraxformen herausgearbeitet. Zunächst einmal erweckt es wohl den Anschein, als würde das Knochengerüst in erster Linie das Aussehen des Brustkorbes bestimmen. Wenn man aber bedenkt, wie lose eigentlich die einzelnen Rippen miteinander im Zusammenhang stehen, wird man begreifen, daß schon Weichteilveränderungen bei Erkrankungen der Lunge imstande sein müssen, das Äußere des Brustkorbes weitestgehend zu verändern.

Trotzdem erscheint es richtig, uns zunächst mit dem Knochengerüste des Brustkorbes etwas näher zu beschäftigen. Im Abschnitte über die Wirbelsäule haben wir Gelegenheit genommen, darauf zu verweisen, welche schwere Folgen selbst geringfügige Veränderungen dieses Skelettabschnittes bewirken können. Meist sind es hier nicht die Verkrümmungen im Sinne von ausgesprochenen Skoliosen oder Kyphosen, welche übersehen werden. Viel bedeutungsvoller sind kleine Abweichungen vom Normalen und dadurch bedingte Änderungen in der Krümmung der Rippen, welche bei ihrer Nichtbeachtung zu diagnostischen Fehlschlüssen führen können. Ohne Zweifel bestimmen auch Veränderungen der Rippen in ihrem knöchernen und knor-

peligen Anteile sowie krankhafte Zustände in der Ausbildung des Sternums die äußere Gestalt des Brustkorbes derartig, daß sich schon auf den ersten Blick Anhaltspunkte für die weiteren Überlegungen ergeben. Zeichen einer Rachitis können sich hier deutlich ausprägen. Oft sind aber gerade diese Formen mehr auf Umwegen zu erkennen, indem z. B. der rachitische Schädel darauf hinweist, daß der kurze und breite Thorax nicht das Ergebnis einer normalen Entwicklung, sondern eine rachitische Umbildung darstellt. In diesem Zusammenhange sei auch eines recht sinnfälligen Zustandes, der Trichterbrust, gedacht, bei der ja schon der Laie Zusammenhänge mit der Rachitis annimmt. Diese trichterartigen bzw. rinnenförmigen Einziehungen der vorderen Brustwand beruhen aber viel häufiger auf angeborenen Wachstumsstörungen und können oft so hohe Grade erreichen, daß Einflüsse auf die Atmung und auf den Kreislauf nicht von der Hand zu weisen sind. Warnen möchte ich davor, der landläufigen Ansicht, daß diese Veränderungen als Berufsschädigung aufzufassen sind, allzu große Bedeutung beizumessen. Solche Bildungen sind auch bei Menschen zu sehen, die nie als Schneider, Schuster, Töpfer und in anderen Berufen tätig waren.

Die angeborene Stellung der Rippen kann für sich allein ohne Zweifel die zwei bekannten Hauptvertreter von krankhaften Formveränderungen des Brustkorbes, den paralytischen und emphysematösen Thorax, ausmachen. Wir werden aber noch später darauf zurückkommen, daß sie allein nur selten die ausschließliche Ursache darstellen, vielmehr sind dabei Tonusänderungen in der Muskulatur, Spannungszustände in der Lunge und im Bauche verantwortlich zu machen.

Während bei diesen Überlegungen also eigentlich der Ausbildung der Rippen in diagnostischer Hinsicht eine geringfügigere Bedeutung zukommt, so bietet die Betrachtung der einzelnen Rippen für sich oft recht wertvolle Hinweise dar. Es sei hier nur daran erinnert, daß chronische

Erkrankungen verschiedenster Art, wie die Tuberkulose und die Syphilis, weitgehend die Form einzelner Rippen zu verändern imstande sind. Es wird zunächst erstaunlich erscheinen, wenn ich es nicht unterlassen kann, an dieser Stelle auch der Rippenbrüche Erwähnung zu tun, die ja eigentlich eine alleinige Domäne der Chirurgie darstellen sollten. Nach meinen Erfahrungen muß sich aber auch der interne Mediziner mit dieser Frage beschäftigen. Unzweifelhaft notwendig erscheint dies, wenn man an Frakturen im Gefolge von metastasierenden Karzinomen denkt. Oft sind derartige Brüche das erste Zeichen einer bisher unerkannten bösartigen Geschwulst. Aber auch Brüche traumatischer Natur gehören hierher. Nicht allzu selten werden von den Patienten die auslösenden Ursachen nicht richtig eingeschätzt, vornehmlich bei älteren Leuten mit ihrer erhöhten Knochenbrüchigkeit. Sie werden dann häufig lange Zeit wegen Neuralgien oder Pleuritiden behandelt. Eindrucksvoll wird mir immer die Tatsache bleiben, daß einmal von einem erfahrenen Chirurgen das Krepitieren der Bruchenden als typisches Pleuraknacken bezeichnet wurde. Vielleicht ist auch hier die Stelle, daran erinnern zu können, daß die berühmte und berüchtigte fluktuierende zehnte Rippe unter Umständen zu recht unangenehmen Beschwerden im rechten Oberbauche Veranlassung gibt, die wieder zu allen möglichen Vermutungen führen kann.

Viel zu geringe Bedeutung wird auch dem epigastrischen Winkel beigemessen, der ja bekanntlich durch den knorpeligen Ansatz der unteren Rippe an das Brustbein zustandekommt. Er bietet oft recht wertvolle Aufschlüsse über die wirkliche Thoraxform dar. Bekannt ist die Tatsache, daß der Winkel beim paralytischen Thorax unter 90° hat, während er sich beim Größerwerden mehr der emphysematösen Form nähert. Wenig Aufmerksamkeit wird aber der Tatsache geschenkt, daß dieser Winkel normalerweise durch die Medianlinie in zwei gleiche Hälften geteilt wird. Asymmetrische Lage also stärkeres Hinauf- oder Hinabrücken

einer Seite, soll immer dazu Veranlassung geben, der Ursache dieser Veränderung nachzugehen. Meistens werden wir dadurch sofort auf pathologische Zustände in einer Brusthälfte verwiesen, wobei aber immer wieder daran gedacht werden muß, daß auch einseitige raumbeschränkende Vorgänge im Bauche oder krankhafte Zustände in seiner Muskulatur den Winkel einseitig verschieben.

Die Besprechung des Knochengerüsts des Brustkorbes darf aber nicht ohne Erwähnung von Formveränderungen der Schlüsselbeine abgeschlossen werden. Diese sollen normalerweise waagrecht verlaufen, nicht allzu stark vorspringen und eben sichtbar sein. Stärkere Krümmungen führen zu Veränderungen der Schlüsselbeingruben und können bei ihrer nicht richtigen Einschätzung Veranlassung geben, z. B. an schrumpfende Vorgänge an einer Lungenspitze zu denken. Sie können auch weiter bei der Perkussion zu Schallveränderungen und den sich daraus ergebenden Trugschlüssen führen. Gerade solche scheinbare Kleinigkeiten haben die klinische Untersuchung des Brustkorbes in Mißkredit gebracht und der röntgenologischen Methode eine überwiegende Vormachtstellung gesichert. Bei dieser Auffassung werden auch verheilte Schlüsselbeinbrüche für die interne Untersuchung an Bedeutung gewinnen. Noch mehr steigert sich aber der Wert dieser Beobachtung, wenn man bedenkt, daß die im Gefolge einer solchen Verletzung notwendige Ruhigstellung auch zu Veränderungen in der zugehörigen Muskulatur führen. Da diese Atrophien, denken wir nur an den *Musculus trapezius*, ein ausgezeichnetes Mittel zur Erkennung von Spitzenprozessen darstellen, kann die Unkenntnis dieser Zusammenhänge auf falsche Bahnen führen. Auch die gelenkige Verbindung der Schlüsselbeine mit dem Brustbein hat ihre wichtige diagnostische Bedeutung. Rötung und Schwellung dieser Gegenden im Sinne einer Arthritis soll uns immer daran denken lassen, daß mit großer Wahrscheinlichkeit eine gonorrhoeische Erkrankung vorliegt, da dieses Gelenk bei der Polyarthritis rheumatica

nur überaus selten mit ergriffen wird. Einseitige Auftreibungen, insbesondere rechts, ohne Entzündung finden sich verhältnismäßig häufig bei der kongenitalen Lues. Schließlich und endlich läßt die recht freie Lage der Schlüsselbeine die Möglichkeit zu, Erkrankungen der Knochenhaut frühzeitiger zu erkennen als an anderen Stellen des menschlichen Knochengerüsts.

Schon bei der Besprechung des Einflusses der knöchernen und knorpeligen Anteile des Brustkorbes haben wir betont, daß vielleicht viel mehr als dieser Anteil die Weichteile formgebend sind. In diesem Zusammenhange ist wohl der Atmungsmuskulatur der Vorrang einzuräumen. Im Abschnitte über die Muskeln haben wir uns über die Bedeutung des Muskeltonus mit Rücksicht auf die blickmäßige Erfassung des Äußeren eines Menschen eingehend verbreitet. Besonders sinnfällig tritt diese an der Atmungsmuskulatur in Erscheinung. Durch einen erhöhten Tonus kann ohne Zweifel ein schwächling angelegter knöcherner Brustkorb Formen annehmen, die bei flüchtiger Betrachtung eine überaus kräftige Entwicklung vortäuschen. Dies sehen wir immer wieder in der Klinik, wenn der anscheinend paralytische Thorax im Gefolge einer zehrenden Grundkrankheit, also nach einer Schädigung des Muskeltonus, nach einiger Zeit bei kräftiger Betätigung der Muskulatur ein ganz anderes Aussehen darbietet. Auch das Gegenteil wird wohl schon jedem Arzte aufgefallen sein, wenn ein gut gebauter Mensch mit einem in jeder Beziehung schönen Thorax schwer erkrankt. Das ganze durch den kräftigen Muskeltonus gehaltene Gebäude sinkt in sich zusammen und schließlich und endlich tritt ein schlecht gewölbter, enger Brustkorb zutage. Selbstverständlich spielen neben allgemeinen Erkrankungen Zustände jeglicher Art an den Lungen hier eine große Rolle und lassen am sichtbaren Muskelrelief ihre deutlichen Spuren zurück. So wird uns oft die vom Träger selbst mit Stolz gezeigte gut entwickelte Muskulatur an den seitlichen Abschnitten verraten, daß wir es hier mit einem chronischen

Huster zu tun haben. Besonders schön sieht man dies an den lateralen Bündeln des *musculus latissimus dorsi*, der als ein deutlich vorspringender Querwulst von der Achselhöhle nach hinten und unten zieht. Da dieser Muskel gleichsam die Sehne auf dem Bogen der Wirbelsäule darstellt, führt er bei seiner Hypertrophie zu einer Krümmung der Wirbelsäule und erzeugt so das typische Bild der chronischen Bronchitiker mit ihrer leicht vornübergeneigten Haltung. Einseitige Anspannung von verschiedenen Muskelanteilen wird uns dazu Veranlassung geben, an örtlich umschriebene Erkrankungen der darunterliegenden Lungenanteile zu denken. So ist ja das bekannte Verstrichensein der Zwischenrippenräume in den meisten Fällen nicht dadurch bedingt, daß raumbeschränkende Prozesse im Inneren die Interkostalräume vorwölben. Gleich wie über einer erkrankten Lungenspitze der *Musculus trapezius* zunächst stärker vorspringt, um dann später bei längerem Krankheitsverlaufe durch die Atrophie schwächtiger zu werden, so bringt die stark angespannte Interkostalmuskulatur als Schutzmaßnahme für die darunter liegenden entzündlichen Veränderungen die Interkostalräume zum Verstreichen. Schließlich und endlich ist ja das Nachhinken der einen oder anderen Seite bei der Atmung genau so wie die Veränderungen am epigastrischen Winkel zum Teile das Werk der Muskulatur und nur zum geringen Teile das der bestehenden Verwachsungen oder entzündlichen Prozesse.

Einen der wichtigsten Atmungsmuskeln stellt ohne Zweifel das Zwerchfell dar. Wenn es auch im Inneren des Leibes verborgen ist, so läßt sich doch vieles über seinen Zustand durch die Beurteilung der äußeren Körperform erschließen. Bei mageren Menschen ist das Spiel des Zwerchfelles und sein Stand leicht an dem Einsinken der Zwischenrippenräume bei der Atmung zu erkennen. So weit diese am Beginne der Einatmung einfallen, so hoch steht das Zwerchfell. Von ähnlichem Werte ist die Beobachtung des Littenschen Zwerchfellschattens, der durch das Abrollen der seitlichen

Anteile des Zwerchfelles von der Innenseite des Brustkorbes zustandekommt und als eine von oben nach unten zu verlaufende Welle erkennbar ist. Sein Vorhandensein spricht begrifflicher Weise für ein freies Spiel dieses Muskels und damit für ein Fehlen von Verwachsungen. Durch diese Beobachtung läßt sich auch der Stand des Zwerchfelles ablesen. Leider ist sie nur bei mageren Menschen sicher möglich und da oft nur bei entsprechender Beleuchtung. Das Fehlen des Schattens darf also keineswegs als pathologisch gewertet werden. Unter Umständen muß sogar ein besonders schönes Hervortreten dieses Kennzeichens den Verdacht auf Rippenfellverwachsungen erwecken, da durch sie manchmal das Einsinken der Interkostalräume gefördert werden kann.

In besonders eindrucksvoller Weise zeigt sich der Wert einer solchen klinischen Betrachtung bei sichtbaren Pulsationen in der Herzgegend. Diese bieten wohl eine wahre Fundgrube rasch zu erfassender diagnostischer Möglichkeiten dar. Im Gegensatz zu manchen Beobachtern möchten wir glauben, daß normalerweise beim Stehen und in der Rückenlage der Herzspitzenstoß nicht sichtbar ist. Erst bei einer erhöhten Herz Tätigkeit läßt er sich durch eine kurze ruckartige Vorwölbung des fünften Interkostalraumes erkennen. Sein deutliches Hervortreten soll zumindestens Veranlassung geben, an die Möglichkeit des Vorhandenseins krankhafter Veränderungen an Herz oder Lunge zu denken. Während der vom linken Herzanteile erzeugte Herzspitzenstoß eine umschriebene Vorwölbung hervorruft, finden sich bei Erkrankungen des rechten Herzanteiles mehr diffuse Erschütterungen, die auch ziemlich weit gegen die Mittellinie zu sichtbar sind, wobei der eigentliche mehr durch die Palpation feststellbare Stoß nach oben und außen drückt. Ähnlich beschaffene, aber diastolische Vorwölbungen im dritten Interkostalraume links vom Brustbein lassen uns an abnorme Spannungsvorgänge in der Lungenschlagader denken. Gleichsinnige systolische Vorwölbungen rechts vom Brustbein weisen auf krankhafte Zustände in der

Brustschlagader hin. Bei besonders schweren Veränderungen der Klappen können sich unter Umständen auch die Geräusche mit einem eigentümlichen Zittern in den entsprechenden Interkostalräumen verbinden. Wichtiger als wie die doch den meisten Ärzten geläufigen Vorwölbungen erscheint mir ein kurzer Hinweis auf die Bedeutung der Einziehungen. Gerade solche in der Gegend des Herzspitzenstoßes sind häufig zwangsläufig mit der Annahme einer *Concretio cordis* gekoppelt. Nun gilt gerade für diese Krankheit ein immer wieder von Chvostek in seinen Vorlesungen gebrauchter Satz. Diese Krankheit hätte die besondere Eigentümlichkeit, nicht da zu sein, wenn man an sie denkt, und vorhanden zu sein, wenn kein klinisches Symptom für sie gesprochen hat. So finden sich sehr häufig in der Gegend des Herzspitzenstoßes Einziehungen, die dann zustande kommen, wenn er sich selber hinter einer Rippe versteckt. Ebenso können Verwachsungen des Herzbeutels mit dem Rippenfell oder der Lunge zu solchen Einziehungen führen, ohne daß eine *Concretio cordis* vorliegen muß. Es kann in diesem Zusammenhange nicht unsere Aufgabe sein, auf die vielfältigen noch möglichen Beobachtungen und insbesondere auf ihre bis heute noch umstrittenen theoretischen Grundlagen einzugehen. Es sollen in diesem Rahmen diese Zeilen nur Veranlassung geben, auch dieser Gegend unsere besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Bewußt unterlassen wir es auch, im einzelnen auf die durch den Tastsinn gegebenen Möglichkeiten einer raschen und zielsicheren Diagnostik einzugehen. Es sei nur darauf verwiesen, daß der Tastbefund eines deutlichen systolischen Klappenstoßes an der Herzspitze und eines diastolischen im zweiten oder dritten Interkostalraum links vom Brustbein die Diagnose einer Mitralklappenstenose zumindestens ebenso rasch ermöglicht wie der Blick durch den Röntgenschirm. Das gleiche gilt letzten Endes für alle in dieser Gegend zu tastenden Sinneseindrücke.

Von nicht geringerer Bedeutung wie für die Diagnostik der Herzkrankheiten ist die Erhebung der Tastbefunde auch

für die Erkennung der Lungenkrankheiten. Im Abschnitte über den Tastsinn im allgemeinen haben wir auf die Bedeutung von örtlichen Temperaturunterschieden an der Haut und anderer Sinneseindrücke verwiesen. Aus der Fülle der Eindrücke sei hier nur ein Beispiel besonders erwähnt, weil dieses in der Diagnostik zur Anwendung kommt. Bei der palpatorischen Durchmusterung der Interkostalräume soll man besonders bei einem Verdachte auf einen malignen Prozeß im Sinne eines Bronchuskarzinoms auf das Resistenzgefühl achten, das die Zwischenrippenmuskulatur dem tastenden Finger in solchen Fällen bei Übergreifen auf das Rippenfell darbietet. Während, ähnlich wie bei der akuten Appendizitis, je nach ihrem Grade die Spannung der Muskulatur eine verschiedene sein kann, so gilt dasselbe auch für das in Rede stehende Resistenzgefühl. In besonders hohem Maße ist diese Resistenz aber dann ausgesprochen, wenn nicht entzündliche, sondern neoplastische Veränderungen am Rippenfell vorhanden sind.

So wie die Muskulatur kann unter Umständen auch das Fettgewebe über die Beschaffenheit des knöchernen Thorax täuschen. Am eindrucksvollsten zeigt sich dies wohl am Obduktionstische, wenn nach Wegschälung der typischen Hautlappen an Stelle des erwarteten mächtig gewölbten Brustkorbes ein schwächtiges Gebilde zutage tritt. Bei genauerem Zusehen und vor allem aber bei einer entsprechenden Betrachtung werden solche Täuschungen wohl leicht zu vermeiden sein. Für die Haut und ihre Anhangsgebilde gilt eigentlich das in dem allgemeinen Teile Gesagte. Auch die Lymphdrüsen wurden schon in den entsprechenden Abschnitten besprochen. Es sei hier nur nochmals im Zusammenhange darauf verwiesen, daß Schwellungen dieser Gebilde in den seitlichen Thoraxabschnitten immer dazu Veranlassung geben sollen, sich eingehender mit der Untersuchung der im Inneren des Brustkorbes befindlichen Organe und insbesondere der Lungen zu beschäftigen.

Wir sind uns klar bewußt, daß vielen die Abschnitte über

die Brust und den Bauch unserer Kranken als Fragmente erscheinen müssen. Sie können letzten Endes nichts anderes darstellen, da es unmöglich ist, das, was das beobachtende Auge von Generationen von Ärzten gerade an diesen Gebieten des menschlichen Körpers an Erkenntnissen gesammelt hat, in ein paar kurzen Seiten zusammenzupressen. Wer den Zweck unserer Ausführungen erkennt und ihnen, und das ist ja schließlich die Voraussetzung, freundlich oder zumindestens nicht ablehnend gegenübersteht, der wird in ihnen das sehen, was wir wollen, auch hier zu trachten, mit unseren Sinnesorganen zumindestens Richtlinien für den weiteren Gang unserer Überlegungen zu gewinnen.

Der Kranke und seine Hand.

Es ist ein dem Leben ausgezeichnet abgelaschter 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. Die Hand, eines der vollkommensten Werkzeuge 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 Krankheitszeichen zu suchen. Im Laufe des Lebens macht die Hand die inneren und äußeren Schicksale ihres Trägers mit und wird solcherart zu einem in vielen Fällen unauslöschbaren Dokument für den, der diese Schrift zu enträtseln 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 auftreten 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 schlanken Fingern, die einerseits nichts anderes zu bedeuten

braucht als eine eigentümliche Konstitutionsform, die andererseits aber oft, insbesondere wieder bei Erkrankungen der Schilddrüse, als Zeichen eines Hyperthyreoidismus anzusehen ist. Bei den vielen Klagen, mit denen solche Kranke von Arzt zu Arzt eilen, kann oft ein Blick auf die 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, um aus ihnen auch ein abwegiges Verhalten gegenüber irgendeiner Erkrankung erschließen zu können. 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 in Form einer fleckweisen Rötung zeigen uns an, daß wir es hier mit Menschen zu tun haben, deren Nervensystem und insbesondere deren Gefäßsystem nicht in Ordnung ist. Meist kommen dazu Neigungen zu starken Schweißausbrüchen, verbunden mit einer auffallenden Kälte. Höhere Grade von bläulicher Verfärbung zeigen an, daß Zirkulationsstörungen vorhanden sind. Sie weisen, wenn sie an beiden Händen 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

3. und 4. Finger der linken Hand 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. Meist 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 die Venendicke 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 Einströmungshindernis 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 Krankheitsursache 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. Besondere Pigmentierungen der Handfurchen an der Innenfläche werden an einen Morbus Addisoni denken lassen. Im Gegensatze dazu sind gerade diese Stellen bei pigmentreichen Rassen blasser.

Es würde zu weit führen, auf alle Veränderungen hinzuweisen, die der Beruf eines Menschen seiner Hand einprägt. Aber auch aus ihnen 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, wie Scharlach, Masern und schwere Stoffwechselstörungen, sich durch einen quer verlaufenden Wulst kundtun, der solange sichtbar ist, bis er durch das physiologische Wachstum des Nagels verschwunden ist. Besonders bei Kindern sind die Nagelverunstaltungen durch das Kauen und Abreißen oft sehr weitgehend. 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 ist die übermäßige Härte der Nägel bei Myxödem und ihre auffallende Weichheit bei konsumierenden Erkrankungen. Nie soll man bei irgendwelchen Auffälligkeiten am Nagel die Frage unterlassen, in welchem Zeitabschnitte die Nägel geschnitten werden müssen. Ein langes 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 an Stelle der normalen Konkavität zu eigentüm-

lichen 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 und manchmal auch bei schwereren Vasoneurosen 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, wie schon oben erwähnt, 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 vielleicht noch vorhandenen aktiven tuberkulösen Herden zu suchen. Der Rheumatismus läßt tiefgreifende Spuren an den Gelenken, den Gelenkbändern und den Sehnenscheiden 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 Lähmungen. Die Handstellung bei der Tetanie wird wohl un-

zweifelhaft 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 seine Wirbelsäule.

Die Wirbelsäule, die das Grundgerüst des menschlichen Körpers darstellt, wird sehr zu unrecht oft nur zu stiefmütterlich behandelt. 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, die durch die *Processus spinosi* gezogene Linie am stehenden und entkleideten Menschen zu betrachten, auch wenn die Angaben des Patienten nicht für eine Erkrankung der Wirbelsäule zu sprechen scheinen. Gewöhnt man sich daran, ihrem Verlaufe zu folgen und Abweichungen von der normalen Krümmung zu beachten, so wird es leicht zu vermeiden sein, in den häufigen Fehler zu verfallen, regelwidrige Krümmungen zu übersehen und damit z. B. fehlerhafte diagnostische Schlüsse bei der Lungenperkussion 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 übersehenen Einzelheiten auf Veränderungen der Lunge selbst bezogen werden. In gleichem Sinne können diese Veränderungen der Wirbelsäule auch unsere übrigen diagnostischen Hilfsmittel bei der Untersuchung des Brustkorbes in ihrer Bedeutung beeinflussen. 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 bei dieser Betrachtungsweise 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. Wenn sich der junge Mediziner daran gewöhnt, den Stand der Lungengrenzen auf die Brustwirbelsäule zu beziehen, so wird er nicht bloß die Dornfortsätze zählen, sondern zwangsläufig ihre Lage und damit den Verlauf der diese Lage an der Rückenoberfläche kennzeichnenden Konturlinie beachten. 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 ragen hier die Dornfortsätze nicht mehr vor, sind aber bei nicht allzu starkem Fettpolster und bei richtiger Beleuchtung noch immer zu erkennen. Sind sie aber gar nicht mehr wahrnehmbar und springt hier die die Wirbelsäule auf beiden Seiten begleitende Muskulatur stark vor, so muß unser Verdacht geweckt werden, daß wir es mit einer 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 wiederholt den ganzen diagnostischen Apparat der modernen Medizin über sich ergehen ließ. 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 hier ein pathologischer Prozeß vorliegt. 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. Sie sind einmal nur als belanglose Einzelheiten abzutun und können uns ein andermal wertvolle Hinweise für die Erkennung eines Krankheitsherdens abgeben. Ich denke hier zunächst an die sonst 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 hier als ein untrügliches Kennzeichen dafür gelten, daß sich 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 ist in vielen Fällen belanglos. Es kann aber sein Vorkommen der Hinweis dafür sein, daß sich hier mehr oder minder ausgedehnte Entwicklungshemmungen der Wirbelsäule, vor allem 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 besonderes Augenmerk zu schenken.

Gewöhnt man sich auf diese Weise an eine genauere 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 zu machen und eine spezielle Diagnostik der Wirbelsäulenerkrankungen zu geben. Es sollen diese Zeilen den Leser aber 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 Wirbelsäule, der sie umgebenden Muskulatur und der sie deckenden Haut auf den ganzen Menschen zu schließen, der wird mit einem Blick die Hautveränderungen der Pityriasis versicolor und ihre diagnostische Bedeutung erfassen, da sich jene 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 dieser Ausführungen weit überschreiten, wollten wir auf alle Einzelheiten eingehen. Es kommt uns aber auch in diesem Abschnitte im wesentlichen darauf an, die Aufmerksamkeit auf diese äußere Körperregion zu lenken. Man wird erstaunt sein, welche Fülle von differentialdiagnostischen Möglichkeiten sich dem Arzt bei der Betrachtung der Wirbelsäule aufdrängt.

Der Kranke und sein Bauch.

Auch in diesem Abschnitte besteht, gleich wie in dem über die Brust, die Gefahr, längst Bekanntes zu wiederholen und dadurch den Sinn unserer Betrachtungen zu verwischen. Andererseits sieht man bei einem ständigen Zusammenleben mit dem ärztlichen Nachwuchse, daß sehr häufig die einfachsten diagnostischen Grundsätze ob der Fülle der Eindrücke, die in den klinischen Jahren und auch später auf den Arzt einströmen, nicht eingehalten werden. Werden sie aber beobachtet, so unterbleiben oft die sich eigentlich zwangsläufig ergebenden Rückschlüsse auf eine große Zahl nicht immer im Bauche lokalisierter Leiden oder es wird ihre Bedeutung zu gering eingeschätzt.

Dies kann man z. B. immer an dem frei auf dem Rücken liegenden Patienten bei der einfachen Feststellung, ob die Ebene des Bauches ober oder unter der des Brustkorbes gelegen ist, sehen. Welche Fülle von Erkenntnissen lassen sich aber schon aus dieser einfachen Beobachtung ableiten. Da bei solcher Lage des Kranken die Bauchdecke gewöhnlich entspannt ist, muß ein Vorspringen der Bauchwand über den Brustkorb daran denken lassen, daß krankhafte Zustände im Inneren des Bauchraumes Ursache für diese Erscheinung abgeben müssen. Ein Blick auf die Flanken wird uns belehren, ob die Vergrößerung des Bauches, gekennzeichnet

durch ein Überhängen derselben, auf einer Flüssigkeitsansammlung beruht, während sich der Meteorismus mehr durch eine Kugelform kennzeichnet. Fettreiche Bauchdecken können in vielen Fällen in dem ersten Faile ohne weiteres zu blickmäßigen Täuschungen veranlassen. Wenige Perkussionsschläge werden aber die Entscheidung bringen und die Frage nach dem Bestand eines Aszites klären. In gleicher Weise wird der Meteorismus dazu veranlassen, uns näher mit der Ursache seiner Entstehung zu beschäftigen. Sein Vorhandensein wird auf den ersten Blick bei älteren Personen das Heer von sogenannten kardialen Beschwerden ursächlich klären und zur folgerichtigen Behandlung führen. Die Beschaffenheit der Haut, ihre auffallende Glätte, frische oder frischdurchblutete Striae werden uns sicherer die Zeit der Entstehung einer Größenzunahme des Bauches angeben, als es auch eine noch so genaue Selbstbeobachtung unseres Kranken vermag. Unregelmäßige Vortreibungen werden uns bei dieser Betrachtungsart seltener entgehen und gleichzeitig unsere diagnostischen Überlegungen in die richtigen Bahnen weisen.

Im gleichen Sinne bietet auch der eingesunkene Bauch ein kennzeichnendes Bild dar und mag im Einzelfalle bei den verschiedensten Krankheiten richtunggebend sein. Oft unterliegt man hier insofern Täuschungen, als man gerne unter dem Eindrücke des kahnförmig eingezogenen Bauches bei meningealen Erkrankungen geneigt ist, das Sinken der Bauchebene auf einen aktiven Vorgang in der Bauchmuskulatur zu beziehen. Sehr häufig ist es aber der starre emphysematöse Brustkorb mit den ausgeweiteten Rippenbögen, der die gegenseitigen Ebenen zu ungunsten des Bauches verschiebt. In besonders deutlicher Weise kommen diese Verhältnisse dann zur Anschauung, wenn bei kachektischen Kranken das diese Unterschiede ausgleichende Bauchfett verschwunden ist.

Viel zu wenig Beachtung findet nach meinen Erfahrungen die diagnostische Betrachtung eines sehr ursprünglichen

Merkmale an den Bauchdecken, nämlich des äußeren Nabels. Seine Lageänderung muß immer als ein krankhaftes Zeichen angesehen und richtig in das diagnostische Gebäude eingesetzt werden. Am wertvollsten erscheinen mir hier das Hinauf- oder Hinunterrücken des Nabels in der Mittellinie, also eine Änderung in dem Abstände zwischen dem Schwertfortsatze und dem Nabel, oder zwischen ihm und der Schambeinfuge. Ein Hinunterrücken, also eine Verlängerung der erstgenannten Linie, muß immer dazu Veranlassung geben, an eine raumbeschränkende Erkrankung im Oberbauche zu denken. In gleicher Weise wird sein Hinaufrücken, also eine Verlängerung des Abstandes zwischen Nabel und Schambeinfuge, uns an eine aus dem kleinen Becken aufsteigende Geschwulst denken lassen. In geläufiger Weise tritt eine solche Verschiebung bei dem schwangeren Uterus auf. Beim Manne sollte man es bei diesem Zeichen nie unterlassen, sich durch einen Griff vom Füllungszustande der Blase zu unterrichten. Es ist mehr als ein Schönheitsfehler, wenn erst bei der Obduktion ein oft mehrere Liter umfassender Blaseninhalt bei einem lange bewußtlos gewesenen Menschen entdeckt wird. Ich bin mir bewußt, daß die Kenntnis der Bedeutung von solchen einfachen Befunden zu den primitivsten Voraussetzungen der Diagnose gehört. Eine vielfältige Erfahrung hat mich aber anderseits darüber belehrt, wie wenig solche elementare Tatsachen erkannt und, was noch viel wichtiger ist, auch verwertet werden. Bei ihrer richtigen Einschätzung würde manchem Patienten eine doch mit einigen Unannehmlichkeiten verbundene sogenannte klinische Durchuntersuchung erspart bleiben. Die gleichen diagnostischen Überlegungen müssen sich dem Beschauer aufdrängen, wenn eine seitliche Verschiebung des Nabels auf einen raumbeschränkenden Prozeß der der Verschiebung entgegengesetzten Seite hinweist. Im allgemeinen stehen aber die Abweichungen nach rechts oder links in ihrer diagnostischen Bedeutung weit gegenüber denen nach oben und unten zurück.

Aber auch die Beschaffenheit des Nabels selbst sollte viel mehr als gewöhnlich für die Erkennung mancher krankhafter Zustände herangezogen werden. Es kann an dieser Stelle nur erwähnt werden, daß selbstverständlich ein Nabelbruch erkannt werden muß. Sein Vorhandensein geht aber meines Erachtens weit über das chirurgische Interesse, das diese Form seiner Erkrankung meist findet, hinaus. Verwachsungen seines Bruchsackes, sei er jetzt mit Darmschlingen oder nur mit Netzipfeln, können die Grundlage mancher unklarer Magen-Darm-Beschwerden sein. Es muß als ein Fehler einer genauen Untersuchung betrachtet werden, wenn ein solcher Patient monate- und jahrelang unter allen möglichen Annahmen immer wieder erfolglos behandelt wird, wenn ein einfacher chirurgischer Eingriff ihn von seinen fälschlicherweise angenommenen Ulkusbeschwerden heilt. Das Vorhandensein eines Nabelbruches in jungen Jahren zeigt eine gewisse Bindegewebsschwäche an und läßt uns so auch manche andere Erkrankungen in ursächlicher Beziehung erkennen. Ein Auftreten im höheren Alter ist oft verbunden mit einer krankhaften Größenzunahme des Bauches überhaupt. In einem solchen Falle wieder wird der interne Mediziner vor einer chirurgischen Behandlung warnen müssen, da ein solcher Nabelbruch sicherlich nicht als eine örtliche Erkrankung, sondern als „zweite“ Krankheit aufzufassen ist. Die oft dünne Haut über dem Bruche ermöglicht uns in manchen Fällen auch, krankhafte Zustände im Inneren des Bauchraumes zu erkennen. Am eindrucksvollsten erschien mir immer die bläuliche Verfärbung des Nabels bei einem Bluterguß in die Bauchhöhle. Dieses diagnostische Kennzeichen hat schon manche Frau vor einem örtlich unter falschen Voraussetzungen angelegten Bauchschnitt bewahrt, da diese Nabelveränderung doch in den meisten Fällen bei einer geplatzten extrauterinen Schwangerschaft zu beobachten ist. Unter Umständen kann man aber eine solche Verfärbung auch bei Flüssigkeitsansammlungen tuberkulöser oder krebziger Natur beobachten. In diesem Zusammenhange darf

nicht daran vorübergegangen werden, daß verhältnismäßig häufig ein Härterwerden des Nabels auf eine Metastase zu beziehen ist. Dabei darf aber nicht vergessen werden, daß auch Reste des Dotterganges zu gutartigen Geschwülsten, in seltenen Fällen wohl auch zu Krebsen, in der Nabelgegend Veranlassung geben können. Es darf eine solche Veränderung, wie ich dies in einem Falle sah, nicht dazu führen, den Fall als hoffnungslos aufzugeben. Ebenso können langwierige Nabeleiterungen Hinweise auf schwere entzündliche Vorgänge in der Bauchwand abgeben. Auch hier darf nicht daran vergessen werden, daß der Nabel eine Örtlichkeit darstellt, bei der sich nach der Geburt recht tiefgreifende Umänderungen vollziehen müssen. Eitrige Erkrankungen in der Nabelgegend sind immer mit besonderer Vorsicht einzuschätzen, da ihre Verbindungen mit der Pfortader zur Miterkrankung der Leber führen können. Dies gilt keineswegs ausschließlich nur für die Neugeborenen, sondern kann bei mehr oder minder erhaltener Durchgängigkeit der Nabelvene auch beim Erwachsenen im Bereiche der Möglichkeit liegen.

Aus der Betrachtung der Verbindungslinie, die vom Nabel einerseits zum Schwertfortsatze und anderseits zur Schambeinfuge zieht, ergeben sich aber noch mancherlei andere diagnostische Möglichkeiten. Unter normalen Verhältnissen ist die obere Verbindungslinie meist nur eine gedachte und zeigt sich höchstens durch eine stärkere Ausbildung der Lanugobehaarung an. Am behaarten Bauche ist sie aber ohne weiteres an einer stärkeren Wirbelbildung in der Terminalbehaarung zu erkennen. Eine diagnostische Bedeutung erlangt sie dann, wenn durch ein Auseinanderweichen der Muskelbäuche hernienartige Vorwölbungen zu sehen sind. Diese oft nur durch genaue Beobachtung oder Betastung wahrnehmbaren Bauchwandbrüche sind es aber, die überaus häufig, viel mehr als Nabelbrüche, zu unklaren Beschwerden im Oberbauche Veranlassung geben. Im Gegensatz dazu ist die untere Verbindungslinie des Nabels mit der Schambeinfuge durch die stärkere Pigmentierung und oft durch eine

stärkere Behaarung gekennzeichnet. Bekanntlich stellt eine Vermehrung ihres Pigmentgehaltes eines der vielen Schwangerschaftszeichen dar. Unstillbares Erbrechen mit einer solchen stark hervortretenden Linea fusca sollte vor jeder anderen Überlegung dazu Veranlassung geben, nach dem Bestehen einer Schwangerschaft zu forschen und sich vom Zustande des Genitales zu überzeugen. Stärkere Pigmentierungen sind oft rassenmäßig bedingt, finden sich aber auch bei Erkrankungen, die schon an und für sich, wie im ausgesprochenen Maße der Morbus Addisoni, zur Erhöhung des Pigmentgehaltes führen. Verhältnismäßig häufig ist sie bei tuberkulösen Kranken zu sehen. Über die diagnostische Bedeutung der Behaarung dieser Linie sind wir in den Abschnitten über die Haare und über das Genitale der Kranken näher eingegangen.

Die Haut des Bauches, die ja passiv oder aktiv an allen seinen Veränderungen teilnimmt, trägt dementsprechend deren Spuren. Sie zeigen uns in den Striae stattgehabte Schwangerschaften an. Diese können aber, wie schon an anderer Stelle ausgeführt, auch in einer durch andere Umstände bedingten starken Größenzunahme ihre Ursache haben. Durch den stärkeren Fettgehalt der Bauchwand, der ja wieder bei den verschiedenen Zuständen ein wechselndes Schicksal erleiden kann, wird die Beschaffenheit ihrer Oberfläche wesentlich beeinflusst. Eine leicht faltbare, ihrer Elastizität beraubte Bauchhaut führt uns in eindrucksvoller Weise das Schicksal ihres Trägers von guten zu bösen Tagen vor Augen. Dieser Wandel läßt sich auch recht deutlich am Fettgewebe erkennen. Durch die Abmagerung werden die einzelnen Lappchen besser tastbar, während sie bei guter Füllung des Fettdepots nicht voneinander abgrenzbar sind. Die Bauchhaut kann Träger kleiner Geschwülstchen sein, auf deren diagnostische Bedeutung wir an anderem Orte schon eingegangen sind. Auch auf die Kenntnis der durch die Chirurgie gesetzten Narben und ihre wichtige Bedeutung haben wir an anderer Stelle schon hingewiesen. Das Ödem

der Bauchdecke ist oft das erste Zeichen einer Stauung im Pfortadergebiete und geht fast immer der Venenerweiterung voraus. Die gleiche Veränderung pflanzt sich auch oft bei einer Thrombose der Fußvenen auf die Bauchhaut fort und bleibt hier manchmal viel länger bestehen als an den Extremitäten.

Aus der Beschaffenheit der Bauchdeckenoberfläche lassen sich sehr häufig auch indirekte Schlüsse auf den Zustand der Bauchwandmuskulatur ziehen. Ich erinnere in diesem Zusammenhange nur an den bekannten Dreihügelbauch, an den so charakteristischen Bauch der Enteroptosen u. a. m. Ihre diagnostische Bedeutung erlangt die Oberfläche des Bauches im besonderen Maße bei ihrer aktiven Bewegung. Ihre Beobachtung bei der Atmung kann weitgehende Rückschlüsse auf den Stand des Zwerchfelles ermöglichen. Örtliche Anspannung wird uns den Herd der Erkrankung zeigen. Ebenso lassen umschriebene Erschlaffungen, gleichwie die des Musculus trapezius über einer erkrankten Lungenspitze, für immer den Ort einer einmal stattgehabten entzündlichen Erkrankung erkennen. Allgemeine Erschlaffung kann eine Fülle von intraabdominellen Beschwerden erklären.

Bei allen diesen Überlegungen haben wir die blickmäßige Erfassung des Bauches in den Vordergrund gestellt. Es erscheint uns in dem gesteckten Rahmen nicht zweckmäßig, auf die Verwertung des Tastsinnes näher einzugehen, da eine Besprechung derselben mit einer solchen der Palpation des Bauches überhaupt zusammenfallen müßte. Es sei nur darauf verwiesen, daß auch an der Bauchhaut der Tastsinn durch die Erfassung der feineren Hautbeschaffenheit, örtlicher Temperaturunterschiede, kleiner Geschwülstchen und unzähliger anderer Zustände eine Fülle von diagnostischen Möglichkeiten gibt, bevor man an eine ins einzelne gehende Palpation herangeht. Auch das Ohr des Arztes kann im gegebenen Falle schlagartig die Lage klären, wenn es z. B. durch die Betastung angeregt, Spritzgeräusche vernimmt. Eine Besprechung der Untersuchung des Bauches

durch Auskultation liegt außerhalb des eingehaltenen Rahmens. Es müssen aber, so wie überall, auch hier sämtliche Sinnesorgane auf der Wacht sein, um sich keine der unzähligen diagnostischen Möglichkeiten entgehen zu lassen.

Der Kranke und seine Geschlechtsorgane.

Es sind nicht sosehr die Geschlechtsorgane selber, welche in erster Linie diagnostische Erwägungen fordern, sondern vielmehr die sekundären Geschlechtsmerkmale, die das Äußere eines Menschen grundlegend zu bestimmen imstande sind. Von ihnen wird schon in den Abschnitten über das Fettgewebe und die Haare gesprochen. Von den weitgehend unter dem Einfluß der Geschlechtsdrüsen stehenden Organen seien hier zunächst die Brustdrüsen besprochen. Diese hochdifferenzierten Hautdrüsen sind wohl bei beiden Geschlechtern in derselben Weise angelegt, aber bei der Frau entsprechend ihrem nach der Geschlechtsreife auftretenden erhöhten Ausbildungsgrade weitaus formgebender als beim Manne.

Schon ihre Entwicklung aus dem sogenannten Milchstreifen, der von der Achselhöhle über die normalen Brustwarzen, die Leistenbeuge bis an die Innenseite der Oberschenkel verläuft, ergibt die Möglichkeit, daß es zur Ausbildung überzähliger Brustwarzen kommt. Wenn auch deren klinische Bedeutung geringer ist, so deutet ihr Vorkommen beim Manne, viel mehr noch bei der Frau, darauf hin, daß wir es mit einem Menschen zu tun haben, in dessen Entwicklungsgang Abwegigkeiten vorgekommen sind. Bei der Durcharbeitung eines großen klinischen Materiales fanden wir solche überzählige Brustwarzen sehr häufig bei Kranken, die auch sonst die Träger degenerativer Stigmata waren. Bei solchen Patienten ist der Arzt nie vor Überraschungen sicher. Solche Stigmata sind Hinweise auf alle möglichen Entwicklungsstörungen und krankhafte Zustände. Sie finden sich häufig vergesellschaftet mit einem abnormen Haarkleid bei Geisteskranken. Auch hier ist uns eigentlich

die Volksmeinung schon vorausgeeilt, indem sie solche Mißbildungen als tierähnlich anspricht und bei ihren Trägern körperliche oder seelische Defekte voraussetzt.

Da die Entwicklung der Brustdrüse insbesondere bei der Frau weitgehend von der Funktion der Geschlechtsdrüsen abhängt, ist es begreiflich, daß man aus dem Zustande der Brustdrüse selber unter Umständen rasche und zielgerechte Schlüsse auf die Funktion der Keimdrüsen ziehen kann. Insbesondere tritt die diagnostische Bedeutung dann hervor, wenn die Entwicklung der Brustdrüsen im Gegensatz zu der des übrigen Körpers steht. So wird eine übermäßige Ausbildung der Brustdrüse in früher Jugend dazu Veranlassung geben müssen, sich mit dem Verhalten der Drüsen mit innerer Sekretion eingehender zu beschäftigen. Hier tritt dann nicht nur das Sehen, sondern auch die Palpation in ihre Rechte. Bei Störungen der Hypophyse, z. B. bei der *Dystrophia adiposogenitalis*, kommt es zur Ausbildung großer Brüste, die aber meist aus Fettgewebe bestehen, während bei der *Pubertas praecox* ein echter Drüsenkörper zur frühzeitigen Vergrößerung führt. Meist sind aber diese zeitlich fehlerhaften Entwicklungen der Brustdrüse nur ein Teilmerkmal im Rahmen eines ganzen Krankheitsbildes und treten daher in ihrer diagnostischen Bedeutung in den Hintergrund.

Individuelle Gestaltung der weiblichen Brust ist so häufig, daß Rückschlüsse auf Allgemeinzustände nur dann erlaubt sind, wenn sie ein besonderes Maß überschreitet. Dies gilt insbesondere von der Größe der weiblichen Brüste, die oft weitgehenden Schwankungen unterliegt. Auf alle Fälle muß man sich immer vor Augen halten, daß der Eintritt in das Pubertätsalter und in eine Gravidität schon physiologischerweise zu einer besonderen Größenzunahme führen können. In beiden Fällen setzt diese vornehmlich mit einer Wucherung des Drüsenparenchyms ein und läßt sich dadurch von den Hypertrophien trennen, wie sie als abwegiger Fettansatz bei Frauen im Klimakterium oder im Rahmen einer Mastkur

aufzutreten pflegen. Nie soll es aber auch der interne Mediziner verabsäumen, sich in den Zustand der Brüste einen Einblick zu verschaffen. Das Vorhandensein eines ausgeprägten Parenchymkörpers, einer stärkeren Pigmentierung des Warzenhofes und erweiterter Hautvenen sollen immer Veranlassung geben, auf die Brustwarze einen Fingerdruck auszuüben, der geeignet ist, über den Sekretionszustand der Brustdrüse aufzuklären. Dieser ist für die Erwägung der Schwangerschaftsfrage von besonderer Bedeutung. Wenn man auf Kliniken, die nicht ausgesprochen im Dienste der Geburtshilfe stehen, Gelegenheit hat, junge Ärzte in den Ambulanzen arbeiten zu sehen, kann man feststellen, daß die oben erwähnten Schwangerschaftszeichen viel zu wenig beachtet werden. Lange Zeit werden auf diese Weise unklare nervöse Erscheinungen, unstillbares Erbrechen und andere Schwangerschaftszeichen unrichtig gedeutet und dementsprechend auch falsch behandelt. Kleine Erlebnisse sind oft eindrucksvoller als langatmige Ausführungen. Einmal kam ich verfrüht in die Röntgenstation, als noch andere Klinikärzte ihre Kranken durchleuchten ließen. Mit beschwörenden Worten an den Röntgenologen wurde eine Patientin zum dritten Male einer Magenuntersuchung unterzogen, da das häufige Erbrechen trotz bisheriger negativer Röntgenbefunde den Verdacht auf eine Pylorusstenose nahelegte. Die auffallend starke pralle Entwicklung der Brüste veranlaßte uns dazu, mehr scherzweise den Kollegen zu fragen, ob er schon eine bestehende Gravidität ausgeschlossen habe. Der sehr erfahrene Kliniker gestand mir dann erst Jahre später, daß unsere damalige Frage berechtigt war. Dieses einfache Erlebnis im Rahmen eines klinischen Betriebes wiederholt sich aber nicht allzuseiten in der Sprechstunde. Ein Übersehen kann hier zu recht unangenehmen Folgen für Arzt und Patientin führen.

Chronische Entzündungen und Geschwülste der Brustdrüse gehören vornehmlich in das Gebiet der Chirurgie und die jetzt schon weitgehend aufgeklärten Frauen suchen meist

selbständig den entsprechenden Facharzt auf. Trotz alledem soll man es nie unterlassen, wenn auch nur im Unterbewußtsein, bei der Inspektion des Thorax den Brustdrüsen seine Aufmerksamkeit zu schenken, da letzten Endes ein übersehenes Karzinom auch dem internen Arzt als Schuld angerechnet werden muß. Wie notwendig es ist, immer und immer wieder auf die kleinsten Zeichen zu achten, und auch bei speziellen Untersuchungen nie an ihnen vorüberzugehen, hat mir kürzlich ein recht eindrucksvolles Erlebnis gezeigt. Bei der Untersuchung der Lungen mit einer ganz speziellen Fragestellung wurde durch eine kleine Einziehung der Haut die Aufmerksamkeit auf die Brustdrüse gelenkt und so ein Brustdrüsenkrebs festgestellt, der bisher trotz wiederholter Untersuchungen des Brustkorbes den Beobachtungen entgangen war, nur deshalb, weil weitabliegende Fragestellungen den Blick ablenkten.

Es ist oft erstaunlich, was für weitgehende Veränderungen der weiblichen Brust dann übersehen werden, wenn Allgemeinerkrankungen den Arzt ganz in ihren Bann ziehen, daß er diese sinnfälligen Veränderungen übersieht. Letzten Endes können solche Veränderungen aber auch für den Praktiker wertvolle Hinweise auf die Art weitabliegender Erkrankungen ergeben. Einseitiger Tiefstand der Brustdrüse und insbesondere ein Nachauswärtswandern der Brustwarze lassen oft, wenn angeborene Anomalien auszuschließen sind, darauf schließen, daß durch Erkrankungen der Pleura bedingte Umgestaltungen des knöchernen Brustkorbes zu dieser Lageveränderung geführt haben. Die Narbe nach einer operativen Entfernung der Brustdrüse auch ohne nachweisbare lokale Metastasen wird uns das Auftreten einer Rippenfellentzündung unter einem ganz anderen Gesichtswinkel erscheinen lassen. Die sogenannte schmerzhafte Brust wird dann für den Internisten eine besondere Bedeutung erlangen, wenn sie nur linksseitig auftritt. Sehr häufig verstecken sich unter diesen Klagen anginöse Beschwerden, die durch keine andere anamnestische Angabe genauer gekennzeichnet wer-

den. Oft werden sie als Mastodynien abgetan und erst ein dramatischer Anfall einer Angina pectoris zeigt an, welche kostbare Zeit durch das Nichtbeachten dieses Symptomes verloren worden ist. Gefäßerkrankungen allgemeiner Natur spielen auch hier eine besondere Rolle. Bei schwerem Nikotinmißbrauch kommt es aus gleichen Ursachen ähnlich dem intermittierenden Hinken zu krampfartigen Schmerzen in der Brustwarze, die im Anfalle oft leichenblaß erscheinen kann. Auch hier kann bei richtiger Einschätzung eines solchen Zeichens die früheinsetzende Therapie das Allgemeinleiden und den allgemeinen Schaden beseitigen. Schließlich und endlich darf nicht vergessen werden, daß auch lange zurückliegende akute Erkrankungen der Brustdrüse zu Lymphdrüenschwellungen in den Achselhöhlen führen, deren Deutung dann Schwierigkeiten macht, wenn man daran vergißt, daß diese Lymphdrüsengruppe die Abflußbahn der Brustdrüsen aufnimmt. Besitzt eine solche Kranke neben einer Lymphdrüenschwellung in der Achselhöhle noch eine vergrößerte Milz sowie Hiluslymphdrüsen und fiebert sie unklar, so kann eine solche Verkenntung zu den unwahrscheinlichsten Diagnosen führen.

Schon mehr Beachtung finden Veränderungen in der Brustdrüse dann, wenn sie, das gewohnte Äußere wesentlich verändernd, beim Manne auftreten. Eine solche Größenzunahme der Brustdrüse kann als Gynäkomastie in jedem Alter vorkommen. Sehr häufig ist sie, ähnlich wie bei der Frau, bei der Geschlechtsreife zu beobachten und bildet sich dann bald zurück. Besteht sie weiter, so ist sie in einer großen Zahl der Fälle durch eine Veränderung der Geschlechtsorgane bedingt und läßt insbesondere den Rückschluß auf eine Unterfunktion des Hodens zu. Meist wird eine solche Vergrößerung als ein Nebenfund hingestellt. Sie ist aber fast in allen Fällen kein solcher, wenn man sich nur daran gewöhnt, auch diese scheinbar belanglosen Zeichen als Bausteine in die Diagnostik, das heißt in die Gesamterfassung der Persönlichkeit des zu untersuchenden

Kranken, einzubauen. Sie können sehr frühzeitig dazu Veranlassung geben, den Drüsen mit innerer Sekretion ein erhöhtes Augenmerk zuzuwenden und eine schwere Erkrankung ankündigen. Ähnlich wie bei der Frau muß auch hier die Trennung zwischen einer durch Fettgewebe und durch Drüsengewebe bedingten Größenzunahme der Brustdrüse durchgeführt werden. Erstere läßt Rückschlüsse auf eine Erkrankung der Hypophyse zu, letztere soll immer dazu Veranlassung geben, den Geschlechtsdrüsen erhöhtes Augenmerk zuzuwenden, da anscheinend ein funktionstüchtiger Hoden die Entwicklung der Brustdrüse hemmt. Besonders eindrucksvoll sind wohl die Formen der Gynäkomastie, die wir bei Lebercirrhose beobachten: der haarlose Rumpf und die weiblich gestaltete Brust stehen in einem auffallenden Gegensatz zum Geschlechte ihres Trägers. Weltmann, ein Assistent Chvosteks, hat dieses Syndrom in einer Reihe von klinischen Fällen niedergelegt. Die sehr häufige, bei Lebercirrhosen zu beobachtende Atrophie des Hodens führt zu der schon oben erwähnten Unterfunktion und zur Enthemmung des Brustdrüsenwachstums.

Im Vergleiche zur Brustdrüse bieten die eigentlichen Geschlechtsorgane für die Beurteilung der allgemeinen Verfassung des Patienten verhältnismäßig nur wenig Befunde. Diese Organe sind übrigens die Domäne für Fachärzte, so daß die Aufmerksamkeit des Internisten gewöhnlich nicht durch den Kranken unmittelbar auf sie gelenkt wird. Für unsere diagnostischen Betrachtungen liefert das männliche, unserem Gesichts- und Tastsinn mit seinen Hauptanteilen bequem zugängliche Genitale mehr Anhaltspunkte als das weibliche.

Mißbildungen, die sich vornehmlich am Penis selber deutlich bemerkbar machen, sind häufig verbunden mit Mißbildungen anderer Art und haben als solche zunächst die Bedeutung von abwegigen Kennzeichen überhaupt. Ein Umstand darf aber dabei vom Arzte keinesfalls vernachlässigt werden.

Derartige Mißbildungen machen aus dem Träger einen Einzelgänger. Wer sich einmal die Mühe nimmt, die

Krankengeschichte eines solchen Mannes, z. B. mit einer Hypospadie, genau aufzunehmen, der wird sehen, daß schon von frühester Jugend an seelische Traumen auf einen solchen Patienten einströmen. Sie werden noch überdies durch die meist zahlreichen und dabei oft vergeblichen Versuche einer operativen Beseitigung verschärft. Bei solchen Gedankengängen erscheint es begreiflich, daß Träger dieser Fehlbildungen ein abwegiges Verhalten an den Tag legen, daß aber viele ihrer Klagen neurotisch einer organischen Grundlage entbehren, letzten Endes auf seine Minderwertigkeitsgefühle zu beziehen sind. Nie sollte man es unterlassen, sich über den Zustand der Hoden zu unterrichten. Schon in vielen Fällen hat die Tatsache des Fehlens eines Hodens schlagartig die Genese unklarer Bauchgeschwülste geklärt. Verhärtungen des Nebenhodenkopfes lassen daran denken, daß ihr Träger chronische Entzündungen nach Art einer gonorrhöischen oder tuberkulösen Erkrankung mitgemacht hat. Mit einer einfachen Tastuntersuchung ist man oft in der Lage, den Sachverhalt und damit im ersten Falle die Ursache unklarer rheumatischer Beschwerden aufzuklären und den Weg zu einer erfolgversprechenden Behandlung zu weisen. Schwere, anscheinend grippöse Zustandsbilder, bei denen man auch bei der röntgenologischen Untersuchung der Lungen keine besonderen pathologischen Veränderungen nachweisen kann, erscheinen in einem ganz anderen Lichte, wenn man durch die Untersuchung der Hoden auf eine tuberkulöse Ätiologie hingelenkt wird und wenn damit die Möglichkeit einer Miliartuberkulose in den Vordergrund rückt. Es ist auffallend, wie häufig einerseits Miliartuberkulosen vom Genitale ihren Ausgang nehmen und wie häufig andererseits diese Zusammenhänge deshalb nicht erkannt werden, weil die übrigen Erscheinungen so sehr im Vordergrund stehen, daß man an diesen leicht zu überschenden diagnostischen Möglichkeiten vorübergeht. Im gleichen Sinne wird uns auch eine an und für sich belanglose Hydrocele bedeutungsvoll erscheinen, wenn wir nur daran denken, daß

hinter ihr die verschiedensten auslösenden Ursachen im Sinne spezifischer oder blastomatöser Erkrankungen stehen können.

Gleich wie bei anderen Körperöffnungen soll man nie versäumen, die Ausmündung der Harnröhre einer Betrachtung zu unterziehen. Reste von Blut und Eiter werden unsere Gedankengänge rasch in Bahnen lenken, die zur Aufklärung vieler Krankheiten Wertvolles leisten. Narbige Veränderungen in dieser Gegend, vielleicht verbunden mit strahligen Narben in den Leistenbeugen, beleuchten schlagartig die Ursachen unklarer Herzbeschwerden. Diese Beispiele könnten beliebig vermehrt werden, sie sollen aber nur dazu Veranlassung geben, auch den Genitalorganen des Mannes die entsprechende Aufmerksamkeit zu widmen. Man wird mit der Aufklärung vieler bisher erfolglos angegangener Fälle belohnt werden.

Der weibliche Geschlechtsapparat, von dem nur die Eintrittspforte freier zugänglich ist, eignet sich zwar weniger für die Blickdiagnose, doch gibt es immerhin genug Fälle von unklaren Krankheitsbildern, in denen die bloße Betrachtung des äußeren Genitales in überraschender Weise zur richtigen Diagnose führen kann. Hier drängt sich mir ein eindrucksvolles Jugenderlebnis auf. Ein ganzes Heer von Ärzten war bei einer jüngeren Frau bemüht, die Ursache einer rätselhaften Hämaturie zu klären. Unter der Annahme einer hämorrhagischen Nephritis wurden bei der Patientin in der üblichen Weise systematisch alle für einen Focus in Betracht kommenden Organe entfernt, ohne Erfolg. Die Klärung des Rätsels blieb einem jungen Mediziner vorbehalten, der, nachdem die Patientin schon jahrelang in Behandlung war, das Ei des Kolumbus in Gestalt eines an der äußeren Mündung der Harnröhre sitzenden blutenden Urethralpolypen feststellte. Ich bin mir bewußt, daß erstens ein solches Beispiel allzu drastisch ist und zweitens man bei ihm nur die Oberflächlichkeit der Untersucher anschuldigen kann. Dem ist aber, wie bei so vielen Vorkommnissen in der Medizin, nicht ganz so. Es waren ganz ausgezeichnete und gründliche Untersucher am Werke, nur waren sie viel-

leicht allzu spezialistisch eingestellt oder dachten nicht im entferntesten an eine so einfache Lösung. In diesem Zusammenhange sei eines zweiten Falles gedacht, der uns recht eindrucksvoll zeigt, wie die Sinne eines Arztes immer und immer wieder wachsam sein müssen und auch bei anscheinend feststehender Diagnose sich nicht in Sicherheit wiegen dürfen. An einer Frauenklinik wurde eine Patientin beobachtet, bei der die Klitoris das typische Bild eines Karzinoms darbot. Unklare fieberhafte Zustände und leichte Lymphdrüenschwellungen gaben Veranlassung zu einer internen Untersuchung vor der Operation und diese stellte zur Überraschung eine leukämische Myelose fest. Die operative Entfernung der Klitoris ergab dann bei der histologischen Untersuchung, daß die Vergrößerung dieses Organs nichts anderes darstellte als eine Vergrößerung des Penis, wie man sie allerdings viel seltener als man in den Lehrbüchern zu lesen gewohnt ist, bei Leukämien als leukämischen Priapismus sieht. Von den Sekreten der weiblichen Harnröhre und der Scheide gilt letzten Endes das beim männlichen Geschlechtsorgan Gesagte. Ihre Wichtigkeit kann nicht entsprechend genug unterstrichen werden. In den meisten europäischen Staaten wird jetzt die Einleitung eines Abortus mit strengen Strafen belegt. Es kommt nun vor, daß hochseptisch fiebernde Frauen nach einem Abortus bewußt interne Kliniken aufsuchen. Nichts kann unheilvoller sein, als wenn man sich bei ihnen, insbesondere bei Grippezeiten, mit einem roten Halse zufrieden gibt und den Meldungen der Schwester von einem bestehenden Ausflusse kein Gewicht beilegt. Wenn man dabei noch überdies bedenkt, daß manche Frauen mit einem unüberwindbaren Widerstande den darauf gerichteten Fragen der Ärzte ausweichen, so mag es begreiflich erscheinen, daß solche Fälle erst vom Obduzenten in ihren tragischen Ursachen erkannt werden. Es mag dem Leser manchmal banal erscheinen, wenn wir in einem Buche, das der Blickdiagnose gewidmet ist, auf solche Dinge eingehen. Wer aber als Arzt nur einen solchen Fall

fühlenden Herzens miterlebt hat, der wird diese Ausführungen verstehen und es begreiflich finden, daß auch der interne Mediziner den Sekreten der weiblichen Geschlechtsorgane seine Aufmerksamkeit zuwenden muß, will er nicht auf die Sicherheit der Diagnose überhaupt verzichten.

Ekzematöse Veränderungen in der Umgebung des Genitales und die damit verbundenen subjektiven Symptome müssen unbedingt dazu veranlassen, an einen bestehenden Diabetes mellitus zu denken. Die Zahl der uns bekannten Fälle ist mit hundert nicht zu klein angenommen, in denen solche Patienten mit allen möglichen, man kann wohl sagen, unmöglichen Behandlungsarten gequält wurden, ohne daß an die Möglichkeit solcher Zusammenhänge gedacht worden wäre. Auch bei der Betrachtung dieser Gegenden muß der Arzt immer und immer wieder auf der Hut sein und daran denken, welche besondere Rolle die Geschlechtsorgane im Leben des Menschen spielen und in wie vielfacher Art sie sein körperliches und seelisches Befinden zu beeinflussen vermögen.

Der Kranke und sein After.

Im Gegensatz zu der oberen wird der unteren Leibesöffnung viel zu wenig Augenmerk zugewendet. Ihre diagnostische Bewertung wird höchstens fachärztlich geschulten Ärzten überlassen. Wenn überhaupt der After und seine Umgebung in den Kreis der Allgemeindiagnostik einbezogen wird, so wird das hier Gesehene höchstens als lokale Veränderung bewertet. Ich selbst aber habe unter Hochenegg gelernt, die Bedeutung der in dieser Gegend zu sehenden Veränderungen entsprechend einzuschätzen und aus ihnen Schlüsse auf den Allgemeinzustand des Körpers zu ziehen. Meistens sind diese Merkmale so eindrucksvoll, daß sie, wenn man überhaupt darauf achtet, rasch und sicher zu oft schwerwiegenden Diagnosen führen können.

Wir wollen hier nur eine von den Fehlbildungen dieser Gegend erwähnen, die nicht allzu selten bei Neugeborenen

zur klinischen Beobachtung gelangt, nämlich der Atresia ani. Es ist jedenfalls sehr eindrucksvoll, wenn bei Säuglingen, die mit allen möglichen und unmöglichen Diagnosen an die Klinik eingeliefert werden, die bloße Betrachtung der Analgegend, die zur Feststellung des Enddarmverschlusses führt, den scheinbar rätselhaften Fall aufklärt.

Die Tatsache, daß wie am Munde auch hier die Schleimhaut des Darmes in die Haut übergeht, macht es begreiflich, daß Entzündungen der ersteren sich in gleichsinnigen Veränderungen der letzteren in der Umgebung des Afteres bemerkbar machen müssen. Chronische Durchfälle sind immer durch ein chronisches Ekzem dieser Gegend gekennzeichnet. Ebenso lassen Entzündungen im Inneren des Enddarmes meistens auch ihre Spuren an der Haut zurück. Insbesondere wäre hier der Fisteln zu gedenken, die ja immer eine Fülle von diagnostischen Möglichkeiten ergeben. Trotz des meist charakteristischen Aussehens solcher Fisteln wird sehr häufig ihre wahre Natur nicht erkannt. Abgesehen von der Lues, hinterlassen auch die Aktinomykose und andere seltene Krankheiten an der Analöffnung ihre Spuren. Besonders aber sei auf die Tatsache hingewiesen, daß die Tuberkulose verhältnismäßig häufig zu chronischen Entzündungen dieser Gegend führt. Die zahlreichen Fistelöffnungen, aus denen sich eine eitrigwäßrige Flüssigkeit entleert und die mit speckigen Granulationen ausgekleidet sind, geben dem After ein nicht zu verkennendes Aussehen. Die bloße Feststellung einer solchen Erkrankung schließt schon eine schlechte Prognose in sich, da erfahrungsgemäß die Rektumtuberkulose nur bei Kranken mit stark herabgesetzter Widerstandskraft aufzutreten pflegt. Nicht allzu selten kommt es aber vor, daß erst die durch eine solche Erkrankung sich ergebenden Beschwerden den Weg zum Arzte veranlassen. Wie unheilvoll sich hier eine Fehlentscheidung auswirken kann, zeigen dann jene Fälle, bei denen unter falschen Voraussetzungen operative Eingriffe durchgeführt werden, die dann eine miliare Tuberkulose und

den Tod zur Folge haben. Wer einmal solche Zusammenhänge miterleben mußte, dem wird die Betrachtung dieser Gegend immer und immer wieder als eine unbedingte Notwendigkeit erscheinen. Um den Wert einer solchen Betrachtungsweise zu unterstreichen, bedarf es aber keineswegs nur solcher tragischer Beobachtungen. Es genügt darauf hinzuweisen, daß oft ein einfacher Schleimhautriß die Ursache für eine durch nichts zu behebende Obstipation sein kann. Ein einfacher Eingriff, veranlaßt durch die Kenntnis solcher Beziehungen, kann schlagartig das Leiden beendigen.

In ihrer diagnostischen Wertigkeit bekannter sind die Erweiterungen der Mastdarmvenen, die Hämorrhoiden. In ihnen, insbesondere bei ihrer raschen Entwicklung und im jugendlichen Alter, kann man unter Umständen die ersten Zeichen einer Störung im Pfortadersystem sehen, der wieder z. B. eine Leberzirrhose zugrunde liegen kann. Sie können ein sinnfälliges Zeichen für die bei einer chronischen Obstipation sich abspielenden Vorgänge sein und durch ihre Entzündung im Sinne eines Circulus vitiosus die Veranlassung zur Erschwerung der schon vorhandenen Verstopfung abgeben. Immer wieder wird auf die Tatsache vergessen, daß gerade die für das Auge sichtbaren Hämorrhoiden, zum Teile wenigstens, ihr Abstromgebiet in der unteren Hohlvene besitzen. Bei ihrer eitrigen Einschmelzung können sie hier die Ursachen von Lungen- und Leberabszessen abgeben. Einzelbeobachtungen sind gerade hier eindrucksvoller als langatmige Ausführungen. So kam einmal auf der Klinik Chvostek ein Mann mit multiplen Lungenabszessen zur Beobachtung, bei dem trotz genauester Untersuchung die Ätiologie nicht festgestellt werden konnte. Diagnostisch erschwerend war der Umstand, daß bei dem Patienten eine positive Wassermannsche Reaktion vorhanden war. Der Patient selber bewahrte sich vor der angesetzten antiluetischen Kur, indem er nachdrücklichst auf seine Selbstbeobachtung hinwies, daß sich seine Lungenerkrankung an eine sehr schmerzhaft, mit geringem Eiterabfluß einhergehende Er-

krankung des Afters zeitlich anschloß. Eitrige Embolien führten hier zur Entwicklung der Lungenabszesse. Der Fall kam im übrigen noch zur Ausheilung.

Der Umstand, daß Hämorrhoidalleiden in Laienkreisen sehr bekannt sind und von den Kranken oft selbst behandelt werden, führt dazu, daß Krebsfälle zu spät in die Hand des Arztes kommen. So begreiflich solche Vorkommnisse sein mögen, so wenig entschuldbar sind die Irrtümer von seiten der Ärzte, die einen vermeintlichen Hämorrhoidalträger behandeln, dem der Krebs schon zum After herauswächst. In diesem Zusammenhange sei nochmals daran erinnert, daß der Lymphabfluß des Hautteiles des Afters zu den Leisten drüsen führt. Vergrößerungen derselben müssen demnach unbedingt dazu Veranlassung geben, auch auf die Analgegend das Augenmerk zu richten. Andererseits führt der Lymphstrom aus der Rektalschleimhaut wenigstens zum Teil zu einer in der Nähe des Foramen ischiadicum gelegenen Lymphdrüse, die somit oft den Schlüssel zur Differentialdiagnose darstellt zwischen einer bisher vergeblich behandelten Ischialgie und einer entzündlichen oder neoplastischen Erkrankung des Enddarmes.

Ähnlich wie Borken und Krusten an den Lippen uns wertvolle diagnostische Hinweise geben können, sind es hier Stuhl- und Sekretreste, welche unsere Überlegungen in ganz bestimmte Bahnen leiten müssen. Blut und Eiter in der Umgebung des Afters führen oft zur Entdeckung schwerwiegender Veränderungen. Parasiten oder der Nachweis von deren Eiern klärt mit einem Schläge unklare Magen-Darm-Beschwerden. Diese kurzen Hinweise müssen genügen, um die Wichtigkeit der blickmäßigen Erfassung auch dieser Gegend zu unterstreichen.

Der Kranke und sein Fuß.

Da der Fuß durch seine Bekleidung vorerst meist dem Blicke des Arztes entzogen ist, steht er hinsichtlich seiner diagnostischen Bedeutung wesentlich gegenüber der Hand zurück. Der Schuh erzeugt überdies sehr häufig künst-

liche Veränderungen, die ebenfalls das diagnostische Bild 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 Wachstums 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. Insbesondere 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 eingehender 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. Die Erkennung des Plattfußes ist nicht immer leicht. In vielen Fällen geben aber atypisch gelagerte Schwielen an der Fußsohle dazu Veranlassung, sich näher mit Verhältnissen des Fußgewölbes zu befassen. Entzündliche Erkrankungen der Gelenke werden beim Gange besonders stark in Erscheinung treten. Überhaupt ist es der Gang, welchem der Arzt eine Reihe von Augenblicksdiagnosen verdankt. Viel mehr ist diese Art der Diagnostik bei den Tierärzten im Gebrauche, die bei ihren Schützlingen ohne Vorgeschichte und ohne Klagen nur aus der Gangart allein zur Diagnose kommen müssen. 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, soll

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. Diese starken, vom Körper nicht kontrollierten Bewegungen sind ja auch Teilursachen der tabischen Arthropathien. Nach unseren Erfahrungen werden diese monströsen Veränderungen des Fußskelettes oft nicht erkannt und als Folgeerscheinungen schlecht verheilter Brüche gewertet. Sehr häufig wird auch nicht daran gedacht, daß gröbere Verletzungen der Haut mit geringer Heilungstendenz, die am gleichen Fuße zu bemerken sind, gegen eine *Tabes dorsalis* und für eine *Syngomyelie* sprechen.

Die Haut des Fußes gibt uns oft weitgehende Aufschlüsse über manche Krankheitsbilder. Kleinste Verletzungen führen, begünstigt durch die Treibhaustemperatur im Schuhinneren, zu Entzündungen, 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 nach längerem Stehen unzweifelhaft darauf hin, daß die Blutversorgung der Extremität schweren Schaden erlitten hat. Die Blässe geht 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 deutlich Kunde von der langsam, aber sicher fortschreitenden Erkrankung. Daß auch der Tastsinn hier bei Begutachtung des Pulses von ausschlaggebender Bedeutung sein kann, sei hier nur anhangsweise erwähnt, weil seine genauere Besprechung den uns gesetzten Rahmen weit überschreiten würde. Letzten Endes ist auch seine Beschaffenheit nur ein Glied in unseren diagnostischen Überlegungen, das im Einzelfalle zu Fehlschlüssen führen kann. So spricht z. B. ein gut gefüllter Puls keineswegs gegen

schwere Veränderung im Arterienrohre, da er auch bei bestehendem Verschuß oberhalb durch die Ausbildung von Kollateralen am Fußrücken wieder auftreten kann.

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 mehr eingegangen 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 zurückzuführen sind. Vom einfachen Schuhdruck finden sich hier eine Reihe von Krankheitsformen, die in fließendem Übergang zu ganz schweren Erkrankungen führen. Nie soll man daher 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 genauerer Betrachtung sah man aber auf dem Grund des Geschwüres einen schwarzen Punkt. Geschwollene Lymphdrüsen deuteten 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 melanosarkomatös entartete Warze. 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, ohne dabei der lokalen Einflüsse zu vergessen.

Schlusswort.

Wer sich die Mühe genommen hat, diese Seiten durchzublättern, der wird gesehen haben, 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“ wollte ich nur Veranlassung dazu geben, sich einmal selbst Rechenschaft darüber abzulegen, mit welchen Mitteln jeder einzelne der Diagnose zustrebt. Ich habe es unterlassen, meine Ausführungen durch Abbildungen zu unterstützen, da dadurch nur die Überwertung eines Sinnesorgans, des Auges, zum Ausdruck kommen würde. Mir kommt es, getreu den Lehren meiner Lehrer, vielmehr darauf an, alle Sinnesorgane in den Dienst der inneren Medizin zu stellen.

Nicht große wissenschaftliche Entdeckungen sind hier zusammengetragen, sondern es wurde lediglich der Versuch unternommen, die Erfahrungen am Krankenbette, das Leid so vieler Menschen, für die Zukunft nutzbringend zu verwerten und festzulegen.

Ich wollte dem Praktiker, der auf sich allein gestellt und auch nur sich allein verantwortlich ist, einen moralischen Halt geben, damit er auch in schweren Fällen, gestützt auf seine durch jahrelange Arbeit geschärften Sinnesorgane, den Kampf mit Krankheit und Tod mit wirksamen Waffen aufnehmen kann.

Nie und nimmer darf man aber aus diesen Zeilen den Schluß ableiten, daß die Blickdiagnose allein in allen Fällen den Arzt befriedigen darf. Die Klinik hat die hohe Sendung, in jedem Kranken auch ein wissenschaftliches Problem zu sehen. Sie stellt dem vielgeplagten praktischen Arzt geprüfte und im Feuer der wissenschaftlichen Forschung erhärtete Ergebnisse zur Verfügung, um ihm ein rasches und folgerichtiges Handeln zu ermöglichen.

Ich habe es auch bewußt unterlassen, in eine spezielle Diagnostik einzugehen. Ich wollte lediglich das in Worte kleiden, was bei der Erhebung des allgemeinen Befundes an leicht erkennbaren Zeichen zu sehen, hören, fühlen, tasten und riechen ist.

Röntgendiagnostik des Herzens und der großen Gefäße.

Von Dr. **Erich Zdansky**, Primararzt und Vorstand der Röntgenabteilung am Krankenhaus Wieden in Wien. Mit 384 Abbildungen im Text. VIII, 407 Seiten. 1939. RM 63.—, Ganzleinen RM 66.—

Die Diät- und Insulinbehandlung der Zuckerkrankheit.

Für Studierende und Ärzte. Von Dr. **Franz Depisch**, Wien. Mit einem Vorwort von Professor Dr. N. v. Jagić, Wien. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 10 Abbildungen. VIII, 155 Seiten. 1939. RM 4.80

Die Leberkrankheiten. Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Leber. Von Professor Dr. **Hans Eppinger**, Vorstand der I. Medizinischen Universitätsklinik in Wien. Mit

111 zum Teil farbigen Abbildungen. XIV, 801 Seiten. 1937. RM 66.—, Ganzleinen RM 69.—

Einführung in die Kinderheilkunde. In 115 Vorlesungen

für Studierende und Ärzte. Von Dr. **E. Glanzmann**, Professor der Kinderheilkunde an der Universität Bern. Mit 72 Abbildungen im Text. VII, 512 Seiten. 1939. RM 15.—, Ganzleinen RM 16.80

Konservative Therapie der Frauenkrankheiten. Anzeigen,

Grenzen und Methoden einschl. der Rezeptur. Von Professor Dr. **Heinrich Kahr**, Wien. Dritte, neubearbeitete und verbesserte Auflage. VIII, 334 Seiten. 1940. RM 16.50, Ganzleinen RM 18.—

Konservative Therapie in Schwangerschaft, Geburt und

Wochenbett. Von Professor Dr. **Heinrich Kahr**, Wien. VIII, 435 Seiten. 1939. RM 27.—

Einführung in die gynäkologische Diagnostik. Von Professor

Dr. **Wilhelm Weibel**, Vorstand der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien. Fünfte, neubearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 204 Abbildungen im Text. V, 191 Seiten. 1941. RM 7.80

Kurze Kriegsaugenheilkunde. Von Professor Dr. **Arnold Pillat**,

Direktor der Universitäts-Augenklinik in Graz. Mit 38 Abbildungen. XII, 207 Seiten. 1941. RM 6.60, Ganzleinen RM 7.50

Lehrbuch der inneren Medizin. Von H. Assmann, K. Beckmann, G. v. Bergmann, H. Bohnenkamp, R. Doerr, H. Eppinger, E. Grafe, Fr. Hiller, G. Katsch, W. Nonnenbruch, A. Schittenhelm, R. Schoen, R. Siebeck, R. Staehelin, W. Stepp, H. Straub†, Fr. Stroebe. Fünfte, umgearbeitete und ergänzte Auflage. Zwei Bände. Mit 360 Abbildungen. XII, 984 bzw. XIV, 896 Seiten. 1942. Ganzleinen RM 52.60

Grundriß der inneren Medizin. Von Dr. A. von Domarus, außerplanm. Professor für Innere Medizin an der Universität Berlin, Ärztlicher Direktor am Horst-Wessel-Krankenhaus im Friedrichshain Berlin. Sechzehnte, verbesserte Auflage. Mit 80 zum Teil farbigen Abbildungen. XV, 768 Seiten. 1942. (Ganzleinen RM 16.80, z. Zt. nicht lieferbar), Halbleinen RM 16.65

Funktionelle Pathologie. Eine klinische Sammlung von Ergebnissen und Anschauungen einer Arbeitsrichtung. Von Dr. Gustav von Bergmann, ordentl. Professor der Inneren Medizin und Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik Berlin. Zweite, umgearbeitete Auflage. Mit 73 Abbildungen. VII, 547 Seiten. 1936. Ganzleinen RM 26.60

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; Ganzleinen RM 42.—

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

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

Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Von Professor Dr. M. Matthes†. Fortgeführt und neu bearbeitet von Professor Dr. Hans Curschmann, emer. Direktor der Medizinischen Universitätsklinik in Rostock i. M. Zehnte, neubearbeitete Auflage. In Vorbereitung

Moderne Therapie in innerer Medizin und Allgemeinpraxis. Ein Handbuch der medikamentösen, physikalischen und diätetischen Behandlungsweisen der letzten Jahre. Von Dr. Rudolf Franck, Facharzt für Innere Krankheiten und Stoffwechselkrankheiten in Leipzig. Elfte, vermehrte und verbesserte Auflage. IV, 736 Seiten. 1941. Ganzleinen RM 18.60
