

Korrespondenzen.

Ueber Epicondylitis humeri.

Erwiderung auf die Bemerkungen M. Bernhardt's in No. 5 dieser Wochenschrift.

Von Prof. Felix Franke in Braunschweig.

Es tut mir leid, daß ich den Aufsatz Bernhardt's im Neurologischen Zentralblatt 1896 und die andern von ihm erwähnten Arbeiten nicht gekannt und infolgedessen in meinem Aufsatz nicht erwähnt habe. Man wird mir aber zugeben müssen, daß sowohl die Titel der Aufsätze Bernhardt's, Remaks und anderer, als auch der Erscheinungsort der fremden Arbeiten geeignet sind, mich zu entschuldigen. Von Bernhardt's „Erkrankungen der peripheren Nerven“ kannte ich nur die erste Auflage, die ich ja auch gewissenhaft bei meiner Arbeit über den Fußsohlenschmerz (diese Wochenschrift 1904, No. 52 und 53) benutzt habe.

Zur Sache selbst bemerke ich, daß ich mich natürlich über die Bestätigung meiner Schilderung der klinischen Erscheinungen der Epicondylitis durch so bedeutende Autoren freue, daß ich aber deren Auffassung in Beziehung auf die Aetiologie des Leidens durchaus nicht teilen kann, sondern bei der meinigen, die ich ja, wie ich glaube, in meinem Aufsatz ausführlich genug begründet habe, bestehen bleiben muß, daß es sich nämlich um eine primäre engumschriebene Knochenentzündung handelt. Das möchte ich auch gegenüber dem eben erschienenen (No. 6 dieser Wochenschrift) Aufsatz Momburg's „Ueber Periostitis am Epicondylus humeri“, der eine traumatische Reizung des Periosts annimmt, betonen.

Ich kann die von mir angeführten positiven Beweise, über die die Herren hinweggegangen sind, wie z. B. das Auftreten des Leidens bei Damen ohne irgend das geringste Trauma, an beiden Armen während völliger Ruhe bei Kranken, die zugleich an anderen Influenzaaffektionen, z. B. auch punktförmigen Ostitiden an anderen Knochen litten, u. a. hier nicht wiederholen, möchte aber gegen die Auffassung des Leidens als einer „Beschäftigungsneurose“ oder einer „Reizungsperiostitis“ nur das eine und meiner Meinung nach Ausschlaggebende anführen, daß die „Neurose“ bzw. die Periostitis verschwindet, selbst wenn die gleiche Beschäftigung fortgesetzt wird. U. a. kann ich mich sowohl in dieser Beziehung als auch nach anderer Richtung hin als Beispiel anführen: 1. Ich habe trotz der Erkrankung meines rechten Armes weiter operiert und gerade im vorigen Jahre reichlich, habe wieder Tupfer ausgedrückt etc., und doch ist der Schmerz allmählich geringer geworden, flackerte nur nach Erkältungen wieder auf, ist jetzt seit Monaten verschwunden, — aber der Epicondylus ist außen unten noch ziemlich druckempfindlich und jetzt auch etwas verdickt! 2. Vor etwa drei Wochen habe ich nach einer leichten Influenza, die ich mit meiner Familie durchmachte und von der ich jetzt noch Schnupfen und Neuralgien, auch in Knochen und an der Fußsohle zurückbehalten habe, die Affektion typisch am linken Arme bekommen, frühmorgens vor der Arbeit, und ohne daß eine besondere Anstrengung oder ein Trauma vorhergegangen wäre. Nun sind auf sofortige kräftige Anwendung von Phenacetin und Aspirin die spontanen Schmerzen völlig verschwunden, fehlen auch beim kräftigen Zufassen, aber der Epicondylus ist an einem Punkte noch sehr druckempfindlich.

Es dürfte vielleicht auch die Mitteilung interessieren, daß mein Sohn heute früh im Bette sehr heftige Schmerzen an einem Punkte vorn

an dem Rande der unteren Tibiaepiphyse bekam mit deutlicher Schwellung nach dem Gelenk zu, die auf Aspirin, Ruhe und Priessnitzsche Umschläge sich bis zum Abend wesentlich gebessert haben; auch hier handelte es sich doch wohl ohne Zweifel um eine punktförmige, nicht traumatische Ostitis auf gleicher Basis wie meine Epicondylitis.

Daß die Erkrankung von solchen Personen, die ihre Vorderarmmuskeln tüchtig anstrengen müssen, eher und stärker empfunden wird, als von solchen, die keine schwere Arbeit verrichten, sich bei Fortsetzung der gleichen Arbeit leicht verschlimmert und nun als Beschäftigungsneurose imponiert, ist erklärlich. Daraus aber kann man ebenso wenig wie aus der Tatsache, daß das Leiden öfters nach einem Trauma beobachtet wird, das Recht ableiten, die Beschäftigung oder das Trauma als Ursache der Krankheit zu bezeichnen. Das sind alles nur Gelegenheitsursachen, genau so wie wir jetzt das Trauma bei einer Osteomyelitis oder Knochentuberkulose oder die Erkältung bei der Pneumonie nur als Gelegenheitsursache auffassen.

Was den Zusammenhang des Leidens mit der Influenza betrifft, so bitte ich jeden Zweifler, erst einmal meine Arbeiten über die Influenza, namentlich auch die über die chronische Influenza (Medizinische Klinik 1909, Novemberheft) gründlich zu studieren und dann den Kranken noch einmal genau zu untersuchen (einschließlich Anamnese); ich bin sicher, daß sein Zweifel verstummt.

Wenn sich Bernhardt gegen die von mir vorgeschlagene Abmeißelung des Epicondylus wendet, so kann ich das ihm als Neurologen nicht verübeln. Ich möchte aber doch hervorheben, daß ich den Vorschlag nur für besonders hartnäckige Fälle in der arbeitenden Klasse gemacht und die Operation selbst nur einmal ausgeführt habe. Ich tröste mich damit und bin zugleich erfreut, daß der unschuldige Meißel-schlag meine Patientin viel schneller geheilt hat, als alles Abwarten, Schonung, Elektrisieren etc. getan hätte.

Und wenn nun in diesem einzigen bisher operierten Falle sich keine Spur von Periostitis zeigte, dagegen, wie in ähnlichen z. B. kürzlich erst von mir operierten Fällen an der Ulna, am Knie die deutlichen Zeichen der einfachen Ostitis bestanden, so habe ich ein Recht, die Krankheit Epicondylitis zu nennen. Und ich möchte bitten und raten, diesen Namen beizubehalten, weil er die Krankheit kurz und klar bezeichnet.