

XXIV.

Anatomischer Befund bei einseitigem Kniephänomen.

Von

Prof. **C. Westphal.** *)

Ein 33 Jahre alter Mann, Schauspieler, wurde am 25. Juni 1886 in die Irrenabtheilung der Charité als an allgemeiner Paralyse leidend aufgenommen. Sein Grossvater war geisteskrank. Nach den Angaben seiner Mutter ist er seit einem Jahre blind, seitdem auch geisteskrank, und zwar schwachsinnig. Ueber Kopfschmerzen und Reissen in den Beinen hat er nie geklagt; vergesslich zeigte er sich seit einem Jahre. Drei Wochen vor seiner Aufnahme in die Charité hatte er einen „Schlaganfall“, aber keine Lähmung; darauf wurde er unruhig. Der Schlaf soll seit $\frac{3}{4}$ Jahren sehr mangelhaft gewesen sein.

Status praesens. Am Tage seiner Aufnahme war er unruhig und versuchte einen anderen Kranken zu würgen; übrigens schien er fast blind zu sein.

An den folgenden Tagen gelang es, ihn genauer zu untersuchen. Die Sprache war stark paralytisch, schwer zu verstehen, er schien sich für sehr wohlhabend zu halten, erklärte sich für ganz gesund, war aber vollkommen verwirrt. Die Pupillen waren mittelweit und schienen auf Tageslicht nicht zu reagiren; Patient hatte höchstens noch einen Lichtschein. Strabismus divergens.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab links die Papille scharf begrenzt, ausgesprochen atrophisch; rechts war eine Untersuchung nicht möglich, aber wahrscheinlich verhielt es sich hier ebenso.

Am linken Beine war kein Kniephänomen hervorzubringen, dagegen ganz gut am rechten.

*) Vorgetragen mit Demonstration der Präparate in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 10. Januar 1887. (Siehe Referat in Mendel's Centralbl. 1887. No. 2. S. 46.)

In den letzten Tagen musste Patient häufig wegen Unruhe isolirt werden; er zog sich durch heftiges Schlagen eine von starkem Fieber begleitete Phlegmone an der Hand zu. Trotz sorgfältiger Behandlung trat bei der Unruhe und den gewaltsamen Bewegungen des Kranken eine Lymphangitis an der Innenseite des Oberarms auf, welche schnell zunahm. Der Tod erfolgte am 5. Juli 1886 nach einem Aufenthale von nur dreizehn Tagen auf der Klinik.

Die Autopsie ergab chronische Arachnitis, Pachymeningitis cerebral. und spinal. (poster.); Hyperämie und Oedem der Lungen, Hämorrhagie der Lungen, leichte parenchymatöse Nephritis, leichte hämorrhagische Gastritis, Endocarditis und Myocarditis chronica, deformirende Endoaortitis chron. — Beide Nn. optici grau, atrophisch.

Die Untersuchung des in doppelchromsaurem Kali erhärteten Rückenmarks zeigte das Bestehen einer grauen Degeneration der Hinterstränge, deren Localisation in den Figuren 1, 2, 3 (Halsanschwellung, Brusttheil, Uebergang vom Brust- in den Lendentheil) dargestellt ist.

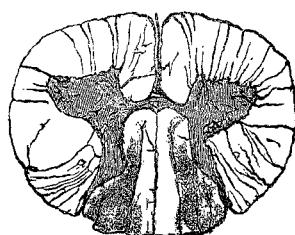


Fig. 1.

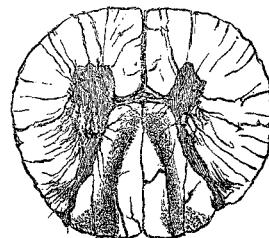


Fig. 2.

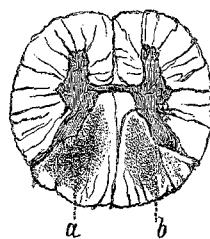


Fig. 3.

In Figur 3 (Querschnitt am Uebergange des Brusttheils zum Lendentheile) sieht man, dass dem Fehlen des Kniephänomens am linken Beine entsprechend, die Degeneration die Partie der Hinterstränge mit betrifft, welche ich als „Wurzeleintrittszone“ bezeichnet habe (a); dieselbe wird

nach innen durch eine Linie abgegrenzt, die man sich von dem einspringenden Winkel des Hinterhorns senkrecht auf die hintere Peripherie des Rückenmarks gezogen denken kann. Die Erkrankung dieser Partie der Hinterstränge an dem genannten Abschnitte des Rückenmarks ist es, welche, wie ich gezeigt habe, das Kniephänomen zum Schwinden bringt*). Rechts (b) ist zwar auch der äussere Theil der Hinterstränge betroffen, aber die Degeneration ist sowohl weniger intensiv (schwächer durch Carmin gefärbt), als auch ihre Ausdehnung in die „Wurzeleintrittszone“, hinein eben nur angedeutet. Es erklärt sich auf diese Weise das Intactbleiben des Kniephänomens am rechten Bein.

Der mitgetheilte Fall dient zugleich als ein neuer Beweis für die Bedeutung, welche der Wurzeleintrittszone mit Bezug auf das Kniephänomen zukommt.

*) Vergl. dieses Archiv Bd. XVII. 2. Heft. S. 547.