

XXV.

(Aus der Kgl. Universitäts-Psychiatrischen- und Nervenklinik zu Halle a./S.

Syphilitische Sensibilitätsstörungen am Rumpfe.

Von

Oberarzt Dr. Knapp.

In den Arbeiten von Baumgarten, Jürgens, Buttersack, Oppenheim, Eisenlohr, Kahler und besonders von Nonne ist bald vom klinischen bald vom anatomischen Gesichtspunkt aus den syphilitischen Veränderungen an den sensiblen Rückenmarkswurzeln und Nerven eine eingehende Besprechung gewidmet. Ich kann die Kenntniss von diesen Affectionen durch zwei Beobachtungen erweitern, von denen mir die erste durch die Güte Professor Cramers in Göttingen, meines früheren Chefs, überlassen worden ist. Sie machen uns mit einer Art von Sensibilitätsstörungen bekannt, die bisher noch nie beobachtet zu sein scheinen, jedenfalls noch nie beschrieben worden sind. Da dieselben auch differentialdiagnostisch von Bedeutung sein können, mag die Veröffentlichung gerechtfertigt sein.

I. Krankengeschichte.

Vorgeschiede: Der Schornsteinfegermeister A. A. aus A. suchte am 24. April 1903 die Poliklinik auf mit der Klage, dass er seit Kurzem von Ziehen und Reissen in den Zähnen geplagt werde. Die Schmerzen haben sich bald nach den Wangen hin ausgebreitet, erst nach rechts, dann auch nach links hin. Jetzt empfinde er die Schmerzen bald am Mund, bald an der Wange, bald am Auge, zuweilen auch in und auf dem Kopf. Ein „taubes spannendes Gefühl“ im ganzen Gesicht verlasse ihn nie.

Auch in den linken Fingerspitzen mache sich eine ähnliche Empfindung zeitweise bemerklich, „so wie Ameisenlaufen“.

Schon vor etwa $\frac{1}{4}$ Jahr haben sich vorübergehend plötzliche Schwindelanfälle eingestellt, zuweilen gefolgt von einem dumpfen Gefühl im Rücken, „einer Art Lähmung“.

Früher habe er keinen Geschmack auf der Zunge gehabt und noch jetzt beiße er sich häufig auf Lippen und Zunge.

Vor dem Einschlafen seien einmal Zuckungen „im ganzen Körper“ aufgetreten, die Arme seien durch einen gewaltsamen Ruck gestreckt worden, wie die Beine sich verhielten, wisse er nicht mehr so genau.

Wiederholt sei er nachts davon aufgewacht, dass die Zahnenreihen auf einander gepresst waren, die Zunge dazwischen steckte, und der Mund mit Blut gefüllt war. Einmal habe er sogar ein halberbsengrosses Stück aus der Zunge heraus gebissen.

Schlaf, Appetit, Urinenteerung und Potenz seien ungestört. Das Gedächtniss habe nachgelassen.

Beim Militair habe er Syphilis gehabt. Eine Schmiercur habe er wegen Stomatitis abgebrochen. Sobald eine Jodkalicur bei ihm eingeleitet werde, verschlimmere sich sein Zustand.

Status praesens: A. ist ein stattlicher, kräftig gebauter, blühend ausschender, 37 jähriger Mann, der sich sicher und geschickt bewegt. Eine auffallende Empfindlichkeit für Druck und Beklopfen ist nirgends am Schädel, auch nicht an den Austrittsstellen des Trigeminus nachzuweisen. Die linke Pupille ist etwas weiter, beide reagiren normal. Augenhintergrund und Gesichtsfeld sind unverdächtig, die Sehschärfe ist normal. Die Augenbewegungen sind frei, In der rechten Gesichtshälfte ist die Empfindung für alle Qualitäten aufgehoben. Die Grenze des anästhetischen Bezirks wird etwa von der Medianlinie und dem Haaransatz gebildet; während Ohr und hintere zwei Drittel der Unterkiefergegend frei bleiben, greift die Anästhesie am Kinn noch etwas auf die linke Seite über. Kauen und Schlingen sind ungestört. Gesichtsmuskulatur bald rechts, bald links weniger gut innervirt; Augenschluss erfolgt kräftig.

Auffallend oft versteht A. die an ihn gestellten Fragen nicht. Auch seinem Schwager ist diese „Schwerhörigkeit“ aufgefallen. A. selbst ist sich dessen nicht bewusst. Das Trommelfell ist beiderseits intakt, und die Stimm-gabelprüfung ergibt normale Hörschärfe.

Die Sprache ist etwas verwaschen. Bei einzelnen Paradigmen ist eine Andeutung von Silbenstolpern zu bemerken.

Die Zunge wird gerade, unter leichtem fibrillären Zittern vorgestreckt.

Der Geruch ist ungestört, der Geschmack ist an den zwei vorderen Dritteln der rechten Zungenhälfte fast aufgehoben, am hinteren Drittel dagegen intact.

Am ganzen übrigen Körper ist die Sensibilität intact, nur an der rechten Hälfte des Abdomens liegt zwischen Mammillar- und vorderer Axillarlinie in der Mitte zwischen Darmbeinkamm und Rippenbogen eine etwa Fünfmarkstück grosse Stelle, an welcher Berührungs- und Schmerzempfindung deutlich herabgesetzt sind. Der Kranke selbst macht auf diese unempfindliche Stelle aufmerksam.

Die Kniephänomene sind sehr schwach, die Achillesphänomene etwas

lebhafter. Im linken Knie- und in beiden Hüftgelenken ist die passive Beweglichkeit etwas gesteigert. Der übrige Befund an Armen und Beinen ist vollständig normal. Die inneren Organe erscheinen gesund.

Die Merkfähigkeit ist bei einer Prüfung mit Zahlen anscheinend etwas herabgesetzt. Das psychische Verhalten des Mannes ist durchaus unverdächtig, sein Auftreten ist sicher, sein Benehmen correct, seine sprachlichen Aeusserungen nicht ungewandt.

Die Einleitung einer Quecksilber- oder Jodkalieur lehnt er ganz entschieden ab. Die Furcht vor einer specifischen Behandlung war offenbar auch der Anlass, weshalb er am nächsten Tage gegen sein Versprechen nicht mehr in der Poliklinik erschien und trotz seines lebhaften Krankheitsgefühls sich nicht klinisch behandeln lassen wollte.

Mehrere Monate später theilt uns der Mann in einem stilistisch gewandten, orthographisch tadellosen Briefe mit, dass sich das Spannungsgefühl und die Unempfindlichkeit bei Berührungen nunmehr auch auf Kopf und linke Gesichtshälfte ausgedehnt habe. Am schlimmsten sei es an Lippen, Kinn und im Munde, so dass ihm das Essen schwer falle, und er die Speisen beim Kauen verliere. Häufig bleiben die Speisen auch in den Backentaschen sitzen. Doch könne er alle Muskeln willkürlich bewegen. Die Beschwerden wechseln stark, bald sei es besser, bald schlimmer. Zuweilen treten auch „kurze zuckende Schmerzen“ auf „in fast allen Muskeln des Körpers“.

Zusammenfassung.

Ein 37 jähriger Mann, der vor etwa 15 Jahren eine luetische Infection durchgemacht hat, ohne eine spezifische Behandlung zuzulassen, bekommt zuerst Schmerzen und Parästhesien im rechten Trigeminusgebiet, vorübergehend und weniger ausgesprochen, später aber fast ebenso stark auch im linken; objectiv lässt sich eine Sensibilitätsstörung nachweisen, die genau der Ausbreitung des rechten 5. Gehirnnerven entspricht, und eine Geschmacksstörung feststellen im Gebiet des rechten Lingualis. In späteren Monaten ist es besonders auch eine Anästhesie der Mundschleimhaut, die sich durch Störungen beim Essen sehr unangenehm bemerkbar macht. Die Beteiligung der motorischen Componente des Trigeminus verrieth sich in Kaumuskelkrämpfen. Eimal waren tonische Krämpfe in den Extremitäten, wenigstens mit Sicherheit in den Armen, vorhanden.

Die übrigen Gehirnnerven waren frei, abgesehen von einer deutlichen Pupillendifferenz, einer kaum als pathologisch zu betrachtenden, wechselnden Ungleichheit in der Innervation der Gesichtsmuskeln und einer nur in der Unterhaltung, nicht bei direkter Stimmgabelprüfung zu beobachtenden Schwerhörigkeit. Die Sprache war etwas verwaschen, von Silbenstolpern konnte kaum die Rede sein.

Von Allgemeinerscheinungen waren nur Schwindelanfälle, besonders aber keine Kopfschmerzen vorhanden.

Auf eine Beteiligung des Rückenmarks bzw. seiner H äute und Wurzeln wiesen einmal die Tonusherabsetzung an den Beinen und die Abschw ächung der Kniephänomene, ausserdem die Parästhesien an den linken Fingerspitzen, das dumpfe Gefühl im Rücken und die im späten Verlauf sich einstellenden „kurzen zuckenden Schmerzen in fast allen Muskeln des Körpers“ hin. Sämtliche Erscheinungen fluctuirten.

Für die Differentialdiagnose kommen nur solche Affectionen in Betracht, die gleichzeitig Gehirnnerven und Rückenmark zu schädigen im Stande sind: basaler Tumor mit secundären Veränderungen am Rückenmark bzw. hinteren Wurzeln, multiple Sklerose und Lues cerebrospinalis in Betracht.

Gegen Tumor spricht das Fehlen von Allgemeinerscheinungen, besonders der Stauungspapille, trotzdem zur Erklärung der spinalen Symptome eine Steigerung des Hirndrucks angenommen werden müsste. Auch wäre bei einer Geschwulst eher mit einer langsamem Propagation als mit einem Auf- und Abschwanken der Symptome zu rechnen.

Gegen multiple Sklerose fällt vor Allem das Alter in die Wag schale. Es fehlen auch die charakterischen Symptome: Augenmuskel störungen, Nystagmus, Augenhintergrundveränderungen und Intentions tremor. Statt der bei multipler Sklerose zu erwartenden Spasmen war vielmehr Hypotonie vorhanden.

Auch wenn nicht die anamnestischen Erhebungen den Verdacht einer luetischen Erkrankung besonders nahe gelegt hätten, wäre man durch den Symptomcomplex genötigt gewesen, die Diagnose auf Lues cerebrospinalis zu stellen. Der Wechsel in der Intensität der Krankheiterscheinungen, das Kommen und Gehen einzelner Symptome, die Trigeminuslähmung, die bulbäre Sprachstörung, die Schwerhörigkeit, die tonischen Krämpfe an Kaumuskeln und Armen und die sensiblen und reflectorischen Veränderungen an den Extremitäten lassen sich restlos durch eine syphilitische Entzündung der basalen Gehirnh äute und der Rückenmarksh äute erklären.

Dann müsste mit grösster Wahrscheinlichkeit auch die Sensibilitätsstörung am rechten Abdomen auf das syphilitische Grundleiden zurück geführt werden.

II. Krankengeschichte.

Vorgesichte: Der 54jährige Zimmerwärter H. V. aus Halle klagt über Schmerzen in der rechten Hüfte und im rechten Bein. Seit etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren habe er zuweilen Mühe, das Wasser los zu werden. Vor acht

Monaten sei die Potenz verloren gegangen. Seit etwa 3 Monaten habe sich der Gang verschlechtert; besonders beim Treppensteigen mache sich die Störung fühlbar. Zuweilen sei er unsicher „wie ein Betrunkener“. Besonders das rechte Bein wolle nicht gehorchen. Etwa vor 7 Jahren habe sich ziemlich rasch, und zwar an beiden Ohren gleichzeitig, Schwerhörigkeit eingestellt. An der rechten Hüftgegend sei eine Stelle, in der er ein Gefühl von Taubheit habe. Vor 18 Jahren habe er Lues gehabt.

Status praesens am 1. November und den folgenden Tagen: Der Mann hinkt mit dem rechten Bein und hält es beim Gehen steif. Dasselbe fühlt sich kühler an, als das linke. Sämtliche Muskeln sind paretisch, die Verkürzer des Beines sind entschieden am stärksten geschädigt. Während die Kniephänomene in gleichem Grade bis zum Clonus gesteigert sind, ist am rechten Bein Fussclonus leichter auszulösen als am linken. Rechts lässt sich der Fussclonus stets, links nur gelegentlich in infinitum unterhalten. Im rechten Kniegelenk sind initiale Spasmen vorhanden. Babinski oder Oppenheim ist auch bei Stichen in die Fusssohle nicht nachzuweisen.

Am rechten Bein ist das Ueberdehnungssymptom angedeutet. Der obere äussere Glutaealquadrant ist druckempfindlich. Die übrigen für Ischias charakteristischen Druckpunkte sind weniger ausgesprochen. Der Umfang des rechten Oberschenkels 15 cm über der Patella beträgt 40, der des linken $40\frac{1}{2}$ cm, der Wadenumfang rechts 34, links $34\frac{1}{4}$ cm.

Die galvanische und faradische Erregbarkeit der Beuger des Knie, der Plantar- und Dorsalflexoren des Fusses ist rechts quantitativ unbedeutend herabgesetzt.

Atactische Störungen sind beim Kniehackenversuch am rechten Bein zuweilen angedeutet. Die Sensibilität ist überall, auch am linken Bein normal. Nur am rechten Abdomen findet sich ein Fünfmarkstück grosser Bezirk mit tactiler Hypästhesie, Hypalgesie und Herabsetzung der Kälteempfindung, während die Wärmeempfindung normal ist. Die Peripherie dieses Bezirkes berührt medianwärts die Verbindungsline zwischen rechter Brustwarze und Spina ilei superior, und reicht nach unten bis 1 cm unter die Crista ossis ilei.

Das linke Trommelfell ist etwas eingezogen. Die Luftleitung ist aber an beiden Ohren besser als die Knochenleitung. Die Hörschärfe ist an beiden Ohren stark, am linken stärker herabgesetzt. Die hohen Töne werden unverkennbar schlechter percipiert als die tiefen. Der Augenhintergrund und sämtliche übrigen Gehirnnerven sind frei von Störungen.

Unter Jodkalidarreichung und regelmässiger Faradisation des rechten Oberschenkels tritt rasch eine entschiedene subjective und objective Besserung ein.

Am 13. December ist der Gang ohne Störung, eine Schwäche des rechten Beines lässt sich nicht mehr nachweisen, der electrische Befund ist normal. Eine Andeutung von initialer Steifigkeit ist bei brüscher Beugung des rechten Knies noch gelegentlich vorhanden. Die Kniephänomene

sind lebhaft, der Fussclonus erschöpf't sich schon nach 2—3 Schlägen und ist nicht mehr constant. Der Oberschenkelumfang 15 cm über der Patella beträgt rechts 42, links 41 cm, der Wadenumfang hat sich nicht verändert. Die Ischias-symptome sind verschwunden.

Die Sensibilitätsstörung am rechten Abdomen ist nicht mehr deutlich nachzuweisen. Das Gefühl der Verfaulung an dieser Stelle ist verschwunden.

Zusammenfassung.

Der 54jährige Mann hat vor 18 Jahren sich eine nicht genügend behandelte syphilitische Infection zugezogen. Während eine nervöse Schwerhörigkeit auf beiden Ohren sich schon vor 7 Jahren ausgebildet hatte, stellte sich vor 1½ Jahren eine Erschwerung der Urinentleerung, wenige Monate später ein Nachlassen der Potenz ein. Eine Schwäche des rechten Beines machte sich besonders beim Gehen bemerkbar, so dass er selbst von sich sagt, er schwanke oft wie ein Betrunkener.

An den Gehirnnerven wurden, abgesehen von einer doppelseitigen Acusticusaffection, die sich in einer links stärkeren, besonders für hohe Stimmabkörlöte ausgesprochenen Schwerhörigkeit bei intactem Schallperceptionsapparat kundgab, keine Anomalien gefunden.

Am rechten Bein war eine spastische Parese mit Prädilektionstypus und geringer Ataxie, ohne Babinski'schen und Oppenheim'schen Reflex vorhanden. Links waren nur bis zum Klonus gesteigerte Sehnenreflexe, dagegen keine Paresen und besonders keine Sensibilitätsstörungen vorhanden.

Mit der spastischen Parese des rechten Beines waren nun deutliche Symptome einer alten Ischias verbunden: Ueberdehnungsphänomen, Druckpunkte, Muskelatrophie und geringe quantitative Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit.

Nimmt man — und bei der raschen Besserung nach Jodkalidarreichung halte ich mich dazu genötigt — als unwahrscheinlich an, dass die Ischias eine zufällige Complication des spinalen Grundleidens bildet, so muss man auch die Erscheinungen im Hüftnerven durch dieluetische Infection sich entstanden denken. Für die anderen Symptome kann die syphilitische Aetiologie nicht bezweifelt werden, auch wenn die specifische Behandlung nicht so prompt von Erfolg gekrönt worden wäre. Ich glaube auf die Differentialdiagnose gegen multiple Sklerose nicht besonders eingehen zu müssen.

Auch hier handelte es sich wohl um meningitische Prozesse; obwohl sich ein kleiner myelitischer Herd im Bereich des rechten Seitenstranges nicht mit Sicherheit ausschliessen lässt, so macht es das rasche, unvollständige und dauernde Verschwinden der spastischen Parese doch wahrscheinlicher, dass es sich nur um ein Vordringen der meningitischen Prozesse längs den Septen nach dem Seitenstrangsgebiet hin handelt.

Da mit den übrigen Erscheinungen auch die Sensibilitätsstörung an der unteren rechten Bauchhälfte durch die specifische Behandlung verschwand, ist auch sie auf das luetische Grundleiden zurückzuführen.

Wie ist in unsren beiden Fällen die eigenthümlich begrenzte Sensibilitätsstörung entstanden?

In beiden Fällen — ich muss diesen Umstand bis auf Weiteres für Zufall halten — war dieselbe an der rechten Hälfte des Abdomens. In beiden Fällen war sie fünfmarkstückgross und sass lateral von der Mammillarlinie. Im ersten Fall lag das Centrum etwa in Nabelhöhe, im zweiten Fall lag die ganze Stelle so weit unterhalb der Nabelhöhe, dass die untere Peripherie noch etwas tiefer als der Darmbeinkamm zu suchen war. Im ersten Fall wurde die Sensibilitätsstörung für Schmerz- und Berührungsempfindung nachgewiesen; zu der auf die nächste Untersuchung verschobenen Prüfung des Temperatursinnes kam es nicht, weil der Kranke ausblieb. Im zweiten Fall war die Sensibilität für Berührung, Schmerz und Kälttereize herabgesetzt, während die Wärmeempfindung normal war.

In beiden Fällen kam die Sensibilitätsstörung dem Kranken zum Bewusstsein, dem zweiten durch ein in Folge der specifischen Behandlung verschwindendes Gefühl der Vertaubung. Sie wäre vielleicht übersehen worden, wenn die Kranken nicht selbst darauf aufmerksam gemacht hätten, als ich mich zu einer Sensibilitätsprüfung anschickte.

Es fragt sich, ob wir es in unseren Fällen mit Störungen in den Rückenmarkswurzeln, mit einer Wurzelneuritis, oder mit Störungen in einzelnen für den Rumpf bestimmten Rückenmarksnerven, mit einer peripheren Neuritis, zu thun haben.

Wir kennen die durch Wurzelaffectionen bedingten Sensibilitätsstörungen am Rumpf durch die Tabes dorsalis. Auf die differential-diagnostische Bedeutung derselben hat bekanntlich zuerst Hitzig, in

neuerer Zeit Frenkel und Förster (s. dieses Archiv Bd. 38) aufmerksam gemacht. In ihren typischen Formen repräsentieren diese radiculären Sensibilitätsstörungen einen Gürtel, der einen Theil des Thorax oder Abdomens umzieht und meist durch ziemlich regelmässige horizontale Linien begrenzt ist. (Man vergleiche die Abbildungen in der eben citirten Arbeit Frenkel's und Förster's und in der Publication des letzteren Autors (im 8. Band der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie!).

Die Begrenzung der Sensibilitätsstörung in unseren Fällen ist ganz verschieden von den bisher beobachteten radiculären Formen. Wir müssen also die Annahme, dass eine Wurzelaffection unseres Empfindungsstörungen zu Grunde liege, zurückweisen und können nur mit einer Affection derjenigen peripheren Nerven rechnen, welche die Bauchhaut zu versorgen haben. Wir werden uns mit dieser Annahme um so eher befrieden, als im zweiten Fall Symptome von Ischias, im ersten Parästhesien an den Fingerspitzen darauf hinweisen, dass andere periphere Nerven in Mitleidenschaft gezogen waren.

Es kommen nur zwei Gruppen von Nervenästen in Betracht, nämlich die Rami cutanei laterales und in zweiter Linie die lateralnen Aeste der Rami anteriores der tiefsten Intercostalnerven. Zu differenzieren sind diese beiden Hautgebiete kaum. In unserem ersten Fall dürfte es sich um den zehnten oder elften, im zweiten um den zwölften Intercostalnerven handeln (die Häutäste der obersten Lumbalnerven versorgen bekanntlich andere Gebiete).

Wie kommt es nun, dass gerade diese Intercostalnerven bei unsren Luetikern betroffen worden sind? Eine anatomische Ueberlegung wird uns zur Erklärung verhelfen.

Die Rami cutanei laterales winden sich zwischen den Ursprungszacken des Musculus latissimus dorsi und des Obliquus abdominis externus durch. Die beiden Aeste der Rami cutanei anteriores durchbrechen die Aponeurose der Bauchmuskeln. Dieselbe wird von schräg und quer verlaufenden sehnigen Fasern gebildet, welche wie die beiden Musculi obliqui und der Transversus die verschiedensten Richtungen einschlagen. Es ist ohne Weiteres verständlich, dass unter diesen Umständen die in Rede stehenden Nervenäste schon unter physiologischen Verhältnissen einer Läsion leichter ausgesetzt sind. Es genügt nun ein relativ wenig intensiver Krankheitsprozess im Nerven, um durch eine Summation von an sich ge-

ringen Schädlichkeiten eine objectiv und subjectiv sich bemerkbarmachende Störung hervorzurufen.

Andererseits wird bei verhältnismässig gleich leichter Erkrankung verschiedener Nerven die Störung sich zuerst in solchen Aesten zeigen, welche durch ihren Verlauf eine besondere Prädisposition zu Verletzungen haben.

Ich bin dieser Art und Localisation der Sensibilitätsstörung bisher nur bei syphilitischen Erkrankungen begegnet. Sollten sich dieselben durch weitere Beobachtung als für Lues pathognomonisch erweisen, so würden sie ein nicht unwichtiges differentialdiagnostisches Kennzeichen, besonders gegen tabische Veränderungen darstellen.
