

#### IV. Aus dem alten Allgemeinen Krankenhaus in Hamburg, Abtheilung III, Oberarzt Dr. Engel-Reimers.

### Ein Fall von Haematoma durae matris auf luetischer Basis.

Von Dr. R. Hahn.

Mit Veröffentlichung folgenden Falles möchte ich die Casuistik eines bei acquirirter Syphilis anscheinend recht seltenen Krankheitsbildes bereichern. Soweit mir die Litteratur zur Verfügung steht, ist bis jetzt nur ein einziger gleicher Fall von Generalarzt Dr. Beck in Virchow's Archiv Bd. 94 beschrieben worden. Es handelt sich um ein im Anschluss an eine alte luetische Infection aufgetretenes Haematoma durae matris.

Der Kranke, ein 36jähriger Bibliotheksbeamter acquirirte vor 12 Jahren ein Ulcus durum penis und wurde damals mit Hg-Injectionen in Berlin behandelt. Während des auf die Infection folgenden Jahres Anschlag über den Körper und im Gesicht, dann im Anschluss daran Condylomata ad anum. Zwei bis drei Jahre später Geschwüre im Hals. Letztere wurden örtlich mit Tannin behandelt. Ausserdem erhielt Patient innerlich Jodkali. In dieser Zeit will Patient auch bemerkt haben, dass sein Gehör etwas gelitten habe. Dasselbe habe sich allmählich verschlechtert, so dass er leiseres Sprechen nur bei scharfem Aufpassen verstand. Er giebt ferner an, er habe um diese Zeit auch eine Erkrankung des rechten Thränensackes gehabt, die ziemlich hartnäckig gewesen und erst mit dem Schwinden der Secundärsymptome zurückgegangen sei.

Im Jahre 1891 und 1892 hatte Patient je einen Schwindelanfall auf der Strasse, so dass er sich momentan festhalten und eine kurze Zeit hinsetzen musste; doch konnte er nachher seine Arbeit gut fortsetzen. Er habe dann in den letzten Jahren öfter an starken Kopfschmerzen gelitten, auch habe er sich geschenkt, die Leiter hinaufzusteigen, weil dann öfter ein ihm bis dahin fremdes Schwindelgefühl über ihn gekommen sei, so dass er sich vor einem eventuellen Absturz fürchtete. Seitdem machte sich nach Angabe seiner Verwandten und Freunde eine deutliche Aenderung seines ganzen Charakters, ein stilles, wortkarges Wesen verbunden mit häufigen Klagen über Kopfschmerzen bemerkbar. Kein Potus, aber häufig geistige Ueberanstrengungen. Am 13. August c. a. musste Patient wegen heftiger Kopfschmerzen, Hitze im Kopf und Schleiergefühl vor den Augen, so dass er die Buchstaben nicht mehr erkennen konnte, sein Bureau verlassen. Er ging bis zum nächsten Droschenhalteplatz, nahm sich eine Droschke und liess sich nach Hause fahren. Was dann mit ihm passirt, weiss er nicht, er kam erst Nachmittags 5 Uhr in einem seiner Wohnung gegenüberliegenden Hospital zu sich und hatte sich so weit erholt, dass er in seine Wohnung gegenüber gehen konnte. Wie der Kutscher erzählt, habe er ihn in dem Wagen schlafend gefunden, ihn aber nicht erwecken können und ihn deshalb kurz entschlossen in das gegenüberliegende Hospital gefahren.

Am folgenden Tage suchte er seinen Hausarzt auf, dem sofort eine deutliche Ptosis des linken Augenlides und eine gewisse Starre des Gesichtsausdruckes anfiel, sowie die undeutliche, etwas muschelnde Sprache. Die Zunge wich beim Heransstrecken nach links ab, die Gaumenmuskulatur, besonders das Zäpfchen, schienen träge zu reagieren, die Pupillen waren relativ eng und anfallend starr, Patellarreflexe eher gesteigert, Gang etwas unsicher, vornübergebeugt. Bei geschlossenen Augen konnte er stehen. Wie uns der Hausarzt noch mittheilte, fiel ihm schon gelegentlich einer früheren Consultation im Juli c. a. das etwas eigenthümliche Wesen seines Patienten auf. Bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus am 17. August hatten sich die vom Hausarzt beobachteten Erscheinungen in folgender Weise geändert:

Leichte Ptosis des linken oberen Augenlides, rechte Nasolabialfalte mehr verstrichen als die linke, Stirnrunzeln geht gut vorstatten, desgleichen Pfeifen ohne Schwierigkeit. Zunge weicht beim Herausstrecken erheblich nach links ab. Rechter Händedruck schwächer als der linke, Patellarreflex rechts erheblich schwächer als links, auch die übrigen Reflexe schwächer als links, wenn auch nicht so anfallend. Der linke Patellarreflex eher noch gesteigert. Spitze und Knopf einer Stecknadel werden nicht überall genau unterschieden, besonders bei etwas schnellerer Anfeinanderfolge hin und wieder auf der rechten Körperhälfte verwechselt. Sprache undeutlich, langsam, muschelnd, die Antworten erfolgen langsam, leichte Schwerhörigkeit.

Die in der Poliklinik von Herrn Dr. Wilbrandt gütigst angestellte Augenuntersuchung ergab ausser der Bestätigung der Ptosis links und leichten nystagmischen Zuckungen in den Endstellungen absolut nichts anormales. Gesichtsfeld normal, keine Erkrankungen des Nervus opticus, die Pupillen gleich weit, mittelweit, reagieren träge.

Ordnung: Innunctionen 4.0. Solutio Kali jodati 4.0 : 120.0 dreimal täglich einen Esslöffel. Bettruhe. 18. August. Patient fühlt sich wesentlich besser, die Kopfschmerzen haben aufgehört. Die Sprache etwas deutlicher. Will durchaus aufstehen, ist unzufrieden, dass er im Bett bleiben soll. Beim Stehen noch immer leicht schwindlig.

20. August. Da seine Besserung anhält, er angiebt, er fühle sich so wohl wie lange nicht, darf er einige Stunden am Tage aufstehen.

21. August. Klagt heute über sehr heftige Kopfschmerzen der Stirn und der linken Hemisphäre, ist ziemlich ungeduldig, will den verordneten Eisbeutel nicht liegen lassen. Oedem des linken oberen Augenlides. Thränenränneln des linken Auges infolge leichten Jodismus.

22. August. Kopfschmerzen bestehen in derselben Weise fort, hat heute Nacht erbrochen. Oedem des linken oberen Augenlides etwas stärker. Im übrigen keine neuen Erscheinungen.

Abends 6 Uhr. Patient ist Nachmittags trotz strengen Verbots auf-

gestanden und dabei umgefallen, wurde sofort ins Bett zurückgebracht. Etwa zwei Stunden danach waren die Pupillen ungleich, die rechte weiter als die linke, beide erweitert, reactionslos. Patient hört wohl den Anruf, vermochte jedoch weder die Augen zu öffnen, noch zu sprechen, sondern zeigte nur mit der rechten Hand auf seinen Mund und seine Wange zum Zeichen, dass er nicht sprechen könne. Rechte Nasolabialfalte stärker verstrichen als vorher. Patient wurde nun ziemlich schnell ganz unbesinnlich, die Herzaction beschleunigt, 188 in der Minute, Temperatur 38,5°, dabei wurde die Athmung zuerst unregelmässig, setzte schliesslich ganz aus, während das Herz weiter schlug, das Gesicht wurde cyanotisch. Trotz aller angewandten Mittel gelang es nicht, die Athmung wieder in Gang zu bringen, der Herzschlag wurde allmählich langsamer und erlosch schliesslich ganz.

Die am nächsten Tage von Herrn Dr. Engel-Reimers ausgeführte Section ergab Folgendes: Schädeldach zeigt frische Osteophytenbildung längs des Sinus longitudinalis, ausserdem geringe Verdickung im Stirntheil, Diploë daselbst compact, an den übrigen Schädelmassen sehr blutreich. Nähte sämtlich offen. Dura mater nicht mit dem Schädeldach verwachsen. Auf der Oberfläche überall glatt. Ueber der linken Hemisphäre schimmert überall unter derselben dunkles Blut durch. Im Längsblutleiter dunkles flüssiges Blut.

Nachdem die Dura über der linken Hemisphäre eröffnet ist, fliesst unter derselben reichlich dunkles flüssiges Blut aus. Ferner liegt zwischen ihr und der Pia, die ganze linke Hemisphäre bedeckend, eine etwa fingerdicke Schicht weichen dunklen Cruors. Die Innenfläche der Dura erscheint in toto zottig und schliesst zwischen den Zotten und Pseudomembranen theils grössere klumpige Gerinnsel, theils capillare Blutungen frischeren und älteren Datums ein. Die grossen Gerinnsel haften an der Dura fest und lassen sich nicht abspülen (Pachymeningitis interna haemorrhagica). Ueber der rechten Hemisphäre ist die Dura glatt und zeigt nichts besonderes. Pia mater zeigt links leichte blutige Suffusion, rechts deutlich strichförmige weissliche Trübungen längs der Gefässe (Leptomeningitis chronica), die Arachnoidea ist diffus getrübt.

Die linke Hemisphäre zeigt eine flache und muldenförmige Vertiefung, besonders über der Gegend der Centralwindungen. Die Windungen der rechten Hemisphäre sind einfach platt gedrückt und durch den Druck des linksseitigen Hämatoms gegen die innere Schädelfläche angedrängt. Nachdem das Gehirn herausgenommen, zeigt sich auch die Dura der Basis in der vorderen und mittleren Schädelgrube in erheblichem, die der hinteren in geringerem Grade von der Pachymeningitis haemorrhagica ergriffen, d. h. mit rostfarbenen, an vielen Stellen grösseren, älteren und frischen Blutungen einschliessenden Pseudomembranen bedeckt. Die Vena Galeni, die Sinus transversus, der Sinus cavernosus, die Arteria meningea media sind frei.

An der Basis des Gehirns zeigt sich zunächst eine schwierige Verdickung des Pia-gewebes und eine intensive milchige Trübung der Arachnoidea um das Chiasma herum und an den Sylvii'schen Gruben, ferner ziemlich ausgedehnte atheromatöse Plaques der rechten Wand der Arteria basilaris, sowie der rechten Carotis. Das Lumen der Arterien ist an den atheromatösen Stellen übrigens nur unerheblich verändert, und die übrigen Gefässe sind überall zart.

Der linke Oculomotorius erscheint in toto sehr deutlich abgeplattet und zeigt etwa  $\frac{1}{2}$  cm nach seinem Austritt in seinem Verlauf zwei einige Millimeter von einander entfernte, etwa stecknadelkopfgrosse ältere Blutungen.

Das Tuber cinereum wölbt sich halbkugelig nach unten vor, und es fliesst aus demselben beim Abscheiden des Infundibulum reichlich Cerebrospinalflüssigkeit aus. Beim Zerlegen des Gehirns finden sich keine Herde, wohl aber Anämie der weissen Substanz.

Die Seitenventrikel sind erweitert, enthalten ziemlich reichliche, seröse, klare Flüssigkeit. Die Ventrikelwandung ist leicht verdickt, das Ependym am vorderen Schenkel des Fornix granulirt. Der dritte Ventrikel ist sehr stark erweitert (dem vorspringenden Tuber cinereum entsprechend), der vierte Ventrikel erweitert, das Ependym stark granulirt, Calamus scriptorius flach gedrückt, Striae acusticae deutlich. In den grossen Ganglien, dem Pons, der Medulla oblongata keine apoplektischen Herde.

Ausser einer leichten Atheromatose der Aorta sowie der Aortenklappen bot die übrige Section nichts Bemerkenswerthes.

Da die Erscheinungen intra vitam in keiner Weise auf irgend ein Gebiet als besonders betroffen hinwiesen, so konnten von vornherein diffuse, aber chronische Veränderungen und keine Herderkrankungen vermuthet werden, wie es ja auch die Section bestätigte.

Was die Genese dieser chronischen Veränderungen anbetrifft, so sind dieselben einzig und allein auf die überstandene Lues zurückzuführen. Dafür spricht einmal die Anamnese, dann das Alter und schliesslich bestätigt es die Obduction.

Wir finden zunächst eine chronische, für Lues typische Leptomeningitis, die sich an der Convexität in strichförmigen Verdickungen längs der Gefässe, an der Basis in diffuser Verdickung, an den Prädispositionsstellen, nämlich an der Fossa Sylvii, am Tuber cinereum und am Chiasma äussert.

Als Folgezustände der chronischen Leptomeningitis zeigten sich der chronische Hydrocephalus internus, sowie die Einschnürung des linken Oculomotorius. Dies äusserte sich einmal in seit langer Zeit bestehenden Allgemeinerscheinungen, wie Schwerfälligkeit des Denkens, Schwindelanfällen, sowie Veränderung des Wesens, sowie ferner in der die Aetiologie sofort klarstellenden links-

seitigen Oculomotoriuslähmung. Ist es doch gerade der Oculomotorius, der, auch ganz besonders isolirt, von den syphilitischen Veränderungen betroffen, vielfach erst dem Kundigen das erste Zeichen der bestehenden Hirnlues ankündigt. Hierzu gesellt sich dann allmählich die Pachymeningitis hinzu, sich zunächst durch Kopfschmerzen äussernd, dann, als es zu grösseren Blutungen innerhalb der lamellosen Auflagerungen kommt, treten apoplektiforme Anfälle auf, die von länger dauernder Bewusstlosigkeit gefolgt sind (13. August). Am 22. August tritt dann die terminale Katastrophe ein, indem eine Blutung, die sich zuerst durch Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwerbesinnlichkeit ankündigt, zuletzt die Lamellen durchbricht, sich diffus über die Convexität ausbreitet, durch gesteigerten Druck Bewusstlosigkeit und Athmungsstörungen und dann schnell den Exitus herbeiführt.

Gerade der Ausgang in die Pachymeningitis haemorrhagica ist es, was unsern Fall so interessant macht. Denn so oft über Pachymeningitis haemorrhagica geschrieben ist, immer findet sich unter Angabe von Krankengeschichten verzeichnet, dass dieselbe entweder im Anschluss an, wenn auch vor langer Zeit stattgehabte Verletzungen, ferner bei Alkoholisten oder bei alten Leuten und Geisteskranken vorkomme. (Griesinger, Gesamte Abhandlungen, S. 383.) Der Pachymeningitis haemorrhagica aufluetischer Basis bei jüngeren Individuen widmet Rumpf in seinem Werk „Syphilitische Erkrankungen des Nervensystems“ ein längeres Kapitel. Doch betreffen die zahlreichen Fälle, die er dazu anführt, nur Kinder bis zu 16 Jahren und überdies lauter hereditär luetische Individuen.

Fournier spricht nur von einer hyperplastischen Pachymeningitis (Meningite hyperplasique sur la dure mère), dass dieselbe zu Blutungen führen könne, erwähnt er nicht weiter.

Oppenheim (Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1894) erwähnt ihr Vorkommen bei einer Reihe anderer Erkrankungen, nur nicht bei Syphilis (S. 469).

Nur Finger spricht in seinem Lehrbuch S. 134 in wenigen Zeilen davon, dass die Pachymeningitis haemorrhagica bei Luetikern sowohl primär auftreten als auch zu schon bestehender älterer Meningitis hinzutreten könne.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem Chef Herrn Dr. Engel-Reimers für die Ueberlassung des Falles und für seine Anregung meinen besten Dank auszusprechen.