V. Ueber eine Bewegungsprobe und Bewegungsstörung bei Lumbalschmerz und bei Ischias.

Von L. Minor, Privatdocenten an der Universität Moskau.

(Schluss aus No. 23.)

Zur Illustration des Gesagten sei es mir gestattet, das Résumé von einigen meiner Beobachtungen über Ischias mitzutheilen, zuerst von solchen, wo eine Combination mit Lumbago vorhanden war, und dann auch von Fällen von reiner Ischias. Ich beginne mit einem interessanten Falle von Lumbago nach Muskelanstrengung, mit Uebergang in Ischias.

Fall 5. Herr G., 52 Jahre alt, weder Trinker noch luetisch, früher immer gesund gewesen, bat mich um meinen ärztlichen Rath wegen Schmerzen in einem Beine. Vor zwei Monaten hatte Patient sich gebückt und mit beiden nach vorn gestreckten Händen einen ca. 50 kg schweren Samowar (Theemaschine) vom Boden aufgehoben und auf den Tisch gestellt, indem er, um sich nicht zu verbrühen, den Samowar in der Schwebe nach vorn weit von sich gestreckt hielt. Gleich darauf fühlte Patient einen Schmerz im Kreuz, und in direktem Anschluss daran entwickelte sich das typische Bild einer Lumbago. Zwei Wochen blieb er wegen der Schmerzen und der Unmöglichkeit sich zu bewegen zu Bette. In der dritten Woche begann er, wenn auch unter starken Schmerzen, mit Hilfe zweier Stöcke im Zimmer umherzugehen, und als zum Ende der dritten Woche der Kreuzschmerz ganz verschwunden war, liess er auch die Stöcke weg. Jedoch gleich beim ersten Versuche, sich frei fortzubewegen, empfand er einen heftigen Schmerz in der linken Hinterbacke, unmittelbar hinter dem Trochanter, etwa 7–8 cm in horizontaler Linie entfernt. Seitdem, d. h. im Verlaufe von fünf Wochen, vergeht der Schmerz nicht; am schwersten fällt dem Kranken das Stehen und Sitzen, das Gehen ist ihm leichter. Beim Stehen sucht er sich an die Wand zu stützen.

Status praesens: Starker Schmerz bei Druck an der oben erwähnten Stelle; Nachts in dem ganzen Nervus ischiadicus bis unten zu ausstrahlende Schmerzen. Seitens der Cerebralnerven, der Oberextremitäten, Reflexe, Sphincteren u. s. w. lässt sich nichts Abnormes nachweisen. Der linke Glutaeus erscheint etwas magerer als der rechte, die untere Glutäalfalte ein wenig abgeflacht. Am Unterschenkel keine Atrophie. In der Höhe der schmerzhaften Stelle, neben dem Trochanter und Glutaeus eine geringe Hypästhesie für alle Arten der Empfindung. Keine Skoliose. Die Art des Erhebens aus der sitzenden Lage giebt eine getreue Copie unserer Zeichnung (Fig. 79).

Der Patient sitzt auf der Diele mit flectirtem linken Bein und biegt sich ganz nach rechts. Dann führt er die Arme und Hände nach hinten, beugt die Kniee, zieht das linke, kranke Bein mehr unter das Becken und erhebt sich, indem er sich mit der linken Hand und dem linken Bein vom Boden abstösst und mit der rechten Hand balancirt.

Fall 6. Nikifor Egorow, 30 Jahre alt, Lastträger, ist einen Monat vor seinem am 30. August 1897 erfolgten Eintritt ins Bassmann'sche Krankenhaus an Lumbago erkrankt; darauf ging der Schmerz von der Kreuzgegend in den rechten Nervus ischiadicus über. Bei der Untersuchung erwies sich der Schmerz besonders stark an der Insertionsstelle des rechten Musculus glutaeus an das Sacrum und in der Planta pedis. Scharf ausgesprochene ischiadische Skoliose mit der Convexität der Wirbelsäule im Lumbaltheil nach der kranken Seite hin und Höherstehen der kranken Beckenhälfte. Erhebungsmodus: Hinterpose, Balanciren.

Fall 7. Lubow Prokofjewa, 51 Jahre alt, Wittwe, ohne bestimmte Beschäftigung. Vor einem Jahre Tentamen suicidii durch Schnitt am Halse mit einem Rasirmesser. Im Mai 1897 aus unbekannter Ursache Lumbago, welche später in eine linksseitige Ischias überging. Trat am 12. Juni 1897 ins Bassmann'sche Krankenhaus, wurde daselbst am 2. October von mir untersucht. Ich constatirte linksseitige Ischias mit sehr stark ausgeprägter Skoliose, wie im vorigen Falle, d. h. mit Convexität des Lumbaltheils der Wirbelsäule nach der kranken Seite hin. Wenn die Kranke steht, trifft eine vom siebenten Halswirbel herabfallende Richtschnur genau die Mitte der rechten (gesunden) Ferse. Erhebungsmodus: Hinterpose, Balanciren.

Diese beiden Fälle sind insofern interessant, als sie den Beweis liefern, dass die ischiadische Skoliose die für die Ischias charakteristische Art des Aufrichtens nicht verändert. Leider bot sich mir keine Gelegenheit, auch solche Fälle von Skoliose, in denen der Lumbaltheil der Wirbelsäule mit der Convexität nach der gesunden Seite gerichtet ist, auf das erwähnte Symptom hin zu prüfen.

Ich will mich nicht länger mit der Beschreibung der zahlreichen von mir beobachteten Fälle von vulgärer Ischias — ohne vorausgegangene Lumbago — aufhalten und beschränke mich nur auf die Bemerkung, dass auch in allen Fällen dieser Kategorie die von mir gefundene ischiadische Bewegungsstörung aufs exquisiteste

ausgesprochen war. Ueber einige seltene Ausnahmen wird später gesprochen werden.

In einigen Fällen gelang es uns gerade den Moment des Uebergangs von Lumbago zur Ischias zu treffen, und dann trat, je nachdem, ob im Momente der Untersuchung der Schmerz im Kreuze oder im Bein überwiegend war, beim Erheben des Körpers aus der sitzenden Lage bald die vordere, bald die hintere Pose in Erscheinung. Fig. 82 (nach Photogrammen gezeichnet) stellt die Bewegungen eines solchen Kranken, welchen ich im Jahre 1893 beobachtete, mit Lumbago und linksseitiger Ischias dar. Ich habe hier die Art des Erhebens im Profil aufgenommen. Pose A ging entweder in die Reihe B, C, D über (ischiadische Dyskinese) oder in A₂ mit Emporklettern, wie bei Lumbago.

Fig. 82.

Ischias und Lumbago combinirt.

Noch interessanter sind diejenigen Fälle, in denen es gelang, den Kranken zuerst mit reiner Lumbago zu beobachten und dann denselben Kranken, nachdem die Lumbago vollständig in Ischias übergegangen war. Folgender Fall möge als Beispiel dienen.

Fall 8. Nikifor Umnikoff, 35 Jahre alt, Feuerwehrmann, besuchte am 3. Januar 1897 die Allgemeine Universitätspoliklinik mit der Klage über Schmerzen im Kreuze, welche bereits zwei Wochen in die rechte Hinterbacke und in das rechte Bein ausstrahlen. Anfangs soll nur Kreuzschmerz vorhanden gewesen sein. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass die Bewegungen im Lumbaltheil nach allen Richtungen äusserst eingeschränkt sind, infolge Steifigkeit der Rückenmuskeln. Patient kann sich weder stark nach vorn bücken, noch Rotationsbewegungen des Rumpfes ausführen. Der Schmerz ist hauptsächlich über dem Kreuzbein nach beiden Hüften hin lokalisiert. Auf die Diele gesetzt, flectirte Patient beide Beine in den Knien. Erhebungsmodus: Vorderpose, Emporklettern.

Nach sieben Tagen, also den 1. October 1897, erschien N. U. wieder in der Poliklinik und berichtete, dass es ihm besser gehe, dass der Kreuzschmerz vergangen und nur noch ein Schmerz im rechten Bein, hauptsächlich unter dem Knie, nachgeblieben sei. Erhebungsmodus: Hinterpose, Balanciren.

Wir sehen also, dass nicht nur bei verschiedenen Personen verschiedenartige Lokalisationen des Schmerzes auch verschiedene Arten des Aufrichtens aus der sitzenden Lage bedingen, sondern dass auch bei einer und derselben Person die Art des Erhebens wechselte, je nachdem sie Lumbago oder Ischias hatte.

Gar nicht selten giebt gleichzeitiges Vorhandensein von Ischias und doppelseitigem Lumbal- und Sacralerschmerz Veranlassung zu verschiedenenartigen Combinationen beider oben beschriebenen Erhebungsmodi. Dabei ist gewöhnlich die Ischias tonangebend, d. h. das Subject fängt meistens damit an, dass es die Arme nach hinten placirt, das Gesäss und die Beine zwischen sie bringt, sich mit der einen Hand auf den Fussboden stützt und mit der anderen in der Luft balancirt; dann aber, da es ihm infolge des Kreuzschmerzes nicht möglich erscheint, diesen Modus des Aufrichtens fortzusetzen, biegt sich der Patient plötzlich mit dem Gesicht zum Boden um, wirft den balancirenden Arm wieder nach unten, geräth somit auf

alle Viere und erhebt sich dann, indem er mit den Händen an den Beinen emporklettert. — Ich unterlasse es, die übrigen Modificationen und Combinationen der beiden Erhebungsarten zu beschreiben; die Kenntniss der Hauptarten wird einem jeden die Möglichkeit geben, sich in allen Combinationen zurechtzufinden und dementsprechend zu entscheiden, welchen Antheil an dem Schmerze der Ischiadicus hat und welchen die Lumbalgegend und das Kreuz.

Ich kann nicht umhin, noch auf solche, übrigens recht seltene, Fälle hinzuweisen, wo die Kranken, indem sie über Schmerzen im N. ischiadicus klagten, ihren Körper aus der sitzenden Lage wie Gesunde aufrichteten, d. h. ohne Beihülfe der Hände. Aber die Erklärung dafür fand sich dann meistens in einer der folgenden beiden Ursachen: 1) entweder war der Schmerz so gering, dass der Patient ihn mit Leichtigkeit überwinden konnte, oder 2) die Lokalisation des Schmerzes war unterhalb der Fossa poplitea, z. B. in einem Falle in der Mitte des Gastrocnemius, in einem anderen Falle im Gastrocnemius und in der Planta pedis.

Um nun die Frage zu lösen, in welchem Grade die von mir bei Ischias gefundene Probe für dieselbe pathognomonisch sei, habe ich auch über andere Affectionen, welche mit Schmerzen im Bein verbunden sind, vergleichende Beobachtungen angestellt und bin zu dem Schlusse gelangt, dass die in Rede stehende Dyskinese sich zur Ischias ganz ebenso verhält, wie die vordere Pose und das Klettern zur Pseudohypertrophie der Muskeln, d. h. dass für die Ischias diese Art der Aufrichtung des Rumpfes absolut charakteristisch ist, dass also, seltene Ausnahmen, die bei jeder Regel vorkommen, abgerechnet, alle Kranken mit deutlich ausgeprägter Ischias sich so und nicht anders vom Boden erheben. Allerdings kann dieselbe Reihe von Bewegungen auch bei anderen Leiden vorkommen, aber dann ist sie für dieselben nur eine zufällige und keine charakteristische Erscheinung. Als Beispiel will ich auf die Coxitiden hinweisen, auf welche ich aus leicht begreiflichen Gründen mein besonderes Augenmerk gerichtet habe und wo ich unter den mannichfaltigsten Methoden des Aufrichtens aus der sitzenden Lage einmal auch die für Ischias charakteristische Dyskinese beobachtet habe.

Nicht weniger interessant erschien die Entscheidung der Frage, auf welchem Punkte zwischen dem Beine und der Lumbalgegend sich die Grenze befinde zwischen dem Schmerzenterritorium, welches die Vorderpose und Klettern ergiebt, und demjenigen Gebiete, welches die Hinterpose und Balanciren ergiebt.

Das Resultat, zu welchem ich gelangte, war ein ziemlich unerwartetes. Zuerst stellte ich als die obere Grenze für die Hinterpose die Plica glutealis fest, darauf veranlassten mich neue Fälle, die Grenzlinie zwischen den Trochanter major und den Sitzknochen zu verlegen; nach weiteren neuen Fällen glaubte ich sie auf der Crista ilei gelegen, und schliesslich konnte ich mich davon überzeugen, dass, wenn der Schmerz auch nur in einer Hälfte der Lumbalmuskeln lokalisiert ist, auch dann schon beim Aufstehen die hintere Pose und Balanciren zustande kommen können.

Alle Lokalisationen einschliesslich bis zur Crista ilei waren verständlich, denn in allen diesen Fällen verfolgten die Kranken hauptsächlich den Zweck, nach Möglichkeit die Contraction des M. gluteus und eine Dehnung des N. ischiadicus auf jedem Punkte seines Verlaufs zu vermeiden. Indessen der Umstand, dass die beschriebene Pose von mir auch in einem Falle von einseitigem Lumbalschmerz beobachtet wurde, veranlasst mich einstweilen zu dem Schlusse, dass als ein wichtiges Moment in der von uns beschriebenen Dyskinese bei Ischias neben der Lokalisation des Schmerzes in den Verzweigungen des N. ischiadicus das erscheint, dass der Schmerz sich eben nur auf einer Seite lokalisiert.

In Bezug auf die Lumbalgegend kann man dieses Factum als vollkommen klargestellt betrachten, da, wie wir gesehen haben, bei doppelseitigem Kreuzschmerz das Aufstehen in der Form der vorderen Pose und des Kletterns vor sich geht.

Da es uns bisher noch nicht geglückt ist, zu sehen, wie an beiderseitiger Ischias leidende Kranke sich erheben, so wollen wir darüber auch keine Hypothese aufstellen. Da jedoch auch in allen anderen Fällen, wo ich die hintere Pose gesehen habe, z. B. in dem Falle von Coxitis, der Schmerz immer einseitig war, so muss man vorläufig annehmen, dass auch bei der Ischias, ausser der Affection des N. ischiadicus, die Lokalisation in nur einem Beine eine gewisse Rolle spielt.

Als Beispiele hoher Lokalisation eines einseitigen Schmerzes, welcher hintere Pose und Balanciren ergiebt, werde ich mir erlauben, folgende, an und für sich sehr interessante Beobachtungen von Fall auf den Steiss anzuführen.

Fall 9. Herr S., Kaufmann, 38 Jahre alt, glitt am 17. November 1896, während er mit seinen Kindern spielte, im Zimmer aus und fiel gerade auf den Steiss. Gleich darauf heftige Schmerzen daselbst, welche

auch die nächsten Tage anhielten und ihm das Sitzen und Gehen äusserst erschwerten. Als er am fünften Tage der Krankheit bei mir erschien, konnte ich von objectiven Symptomen nur eine geringe Anästhesie aller Arten der Empfindung in der Gegend des Kreuzbeins constatiren, ohne strenge Lokalisation. Patient hatte offenbar heftige Schmerzen, konnte aber nicht genau mit dem Finger die Stelle desselben bezeichnen, sondern nur annähernd in der unteren Partie des Kreuzbeins. Bei vollständigem Fehlen jeglicher Symptome seitens des N. ischiadicus und bei der Nähe der schmerzhaften Stelle von denjenigen, welche bei der Lumbago betheiligt sind, erwartete ich den lumbalen Erhebungsmodus. Statt dessen fing der Kranke, auf den Fussboden gesetzt, an sich auf die Weise zu erheben, dass er die Arme nach hinten verlegte und zu Ende des Erhebens mit einer Hand balancirte. Um die Lokalisation der afficirten Stelle genauer zu bestimmen, liess ich den Patienten sich auf den Rücken legen und führte dann an ihm, bei fixirtem Becken, passive Bewegungen bald des einen, bald des anderen Beines aus. Es erwies sich nun, dass, während das linke Bein activ wie passiv nach allen Richtungen hin vollkommen frei bewegt werden konnte, der Patient mit dem rechten Bein nicht dasselbe thun konnte; ganz besondere Schmerzen verursachte ihm das Hintüberlegen des rechten Beines über das linke behufs Prüfung des Kniereflexes, so dass er dabei laut stöhnte. Auf diese Weise gelang es festzustellen, dass hauptsächlich die Insertionsstelle des M. gluteus maximus an den untersten Theil des Kreuzbeins, und zwar nur auf der rechten Seite afficirt war. Das gab also auch die Veranlassung ab zum ischiadischen Erhebungsmodus.

Fall 10. Herr W., 59jähriger Kaufmann. Am 18. Januar 1897 that er, von einer Treppe herabsteigend, einen Fehltritt und fiel rücklings auf den Steiss. Der in den ersten beiden Wochen unbedeutende Schmerz an der verletzten Stelle wurde später immer stärker, und schliesslich konnte Patient vor Schmerz weder sitzen noch liegen, noch stehen. Ich sah den Patienten zum ersten Mal am 27. Mai 1897, d. h. im fünften Monate nach dem stattgehabten Trauma. Dabei konnte ich einen starken Schmerz am Steissbein constatiren, mit besonders starker Irradiation in den ganzen rechten Gluteus und den rechten N. ischiadicus. Aeusserst schmerzhaft auf Druck war die Ansatzstelle des rechten M. gluteus maximus an den untersten Theil des Kreuzbeins; auch der rechte Gluteus selbst war auf Druck schmerzhaft, der N. ischiadicus aber ganz normal. Erhebungsmodus: Typische Hinterpose und Balanciren. Dabei erhebt sich Patient auf dem Bein der kranken, balancirt mit dem Arm der gesunden Seite. Absichtlich von mir auf den lumbalen Erhebungsmodus aufmerksam gemacht, konnte der Patient diese letztere Bewegungsreihe nicht ausführen, wegen sehr heftigen, in das Coccyx und nach beiden Hinterbacken ausstrahlenden Schmerzes. Sein Erhebungsmodus, wie bei Ischias, war also sicher ein gezwungener.

Zum Schluss will ich noch eines Falles von sehr hoher einseitiger Lokalisation des Schmerzes erwähnen, in welchem auch der ischiadische Erhebungsmodus beobachtet wurde.

Fall 11. Nikita Dmitrieff, 40jähriger Zimmermann, früher stets gesund gewesen. Am 26. October 1897 auf dem Hofe eines Hauses mit dem Anlegen einer Mistgrube und dem Anpassen einer Thür zu derselben beschäftigt, trat er fehl, kam dabei zufällig auf einen Rand der Thür zu stehen, die aber in diesem Momente nachgab, so dass Patient mit der linken Seite voran 2 m tief in die Grube hinabstürzte. Er verlor nicht das Bewusstsein, stand rasch auf, konnte sich aber dann nicht mehr rühren, so dass er aus der Grube herausgehoben und in das Krankenhaus an der Jausa transportirt wurde. Dort wurde starke Schmerzhaftigkeit in der linken Lumbalhälfte constatirt; kein Rippenbruch. Als ich im October 1897 den Kranken untersuchte, waren weder Lähmungen noch Sensibilitätsstörungen in den Beinen bei ihm nachweisbar; desgleichen waren die Sphincteren und die Patellarreflexe normal. Patient geht ohne Stock; bei ruhigem Liegen, Stehen und Gehen hat er keine Schmerzen mehr. In liegender Stellung kann er sowohl den rechten wie den linken Oberschenkel einfach und unter Widerstand strecken, beugen und rotiren. Bei im Bett fixirten Oberschenkeln kann er sich aus der liegenden in die sitzende Stellung erheben, aber beim Sichniederlegen empfindet er schon etwas Schmerzen. Bei dem Versuche aber, sich von einer Seite auf die andere umzuwenden, tritt eine sehr scharf ausgeprägte Schmerzhaftigkeit in der linken Lumbalhälfte hervor, an derselben, aufbeistehender Figur (Fig. 83) bezeichneten Stelle, wo sich das Trauma concentrirt hatte. Dasselbst ist auch heftiger Schmerz auf Druck vorhanden.

Fig. 83.

Einseitige traumatische Lumbago.

Auf den Boden niedergesetzt, kann sich Patient auf keinen Fall ohne Hülfe der Hände emporheben; mit Zuhülfenahme derselben führt er auf äusserst charakteristische Weise die ganze Reihe der von mir bei Ischias beobachteten Bewegungen aus.

Alle diese Bewegungen werden von ihm höchst vorsichtig und langsam ausgeführt.

Diesem Falle liesse sich zum Theil noch eine von mir gemachte Beobachtung anreihen, wo neben linksseitiger Ischias ein starker einseitiger Schmerz gleichfalls in der linken Lumbalhälfte bestand.

Das ist vorläufig alles, was ich über Bewegungsstörungen bei Lumbago und Ischias mitzuthellen beabsichtigte. Zum Schluss erlaube ich mir meine Beobachtungen in folgenden Sätzen zu resumiren:

1. Die an Lumbago und an Ischias Leidenden sind nicht imstande, sich aus der sitzenden Lage mit gestreckten Beinen (auf dem Boden) ohne Zuhülfenahme der Hände emporzuheben. In allen Fällen von Lumbalschmerz nach Rheuma, Trauma, Caries u. s. w., jedoch unter der Bedingung, dass der Schmerz beiderseitig sei, wird das Erheben des Körpers genau so ausgeführt wie bei typischer Pseudohypertrophie der Muskeln; die Arme werden nach vorn verlegt und im letzten Moment streckt Patient den Rumpf, indem er mit den Händen entlang den Beinen emporklettern.

2. Bei der typischen Ischias erheben sich die Kranken, indem sie die Arme nach hinten führen, ihren Schwerpunkt rückwärts verlegen und dann sich mit einer Hand vom Fussboden abstossen, mit der anderen aber balanciren.

3. Angesichts dessen, dass die Bewegungsstörung bei Lumbago und der von mir beschriebene ischiadische Erhebungsmodus vollkommen objective und dabei noch aus vielen Momenten zusammengesetzte Symptome bilden, werden sie oft die Möglichkeit geben, genauer als auf Grund der subjectiven Klagen den Schmerz zu lokalisiren, gleich bei der ersten Untersuchung ein sicheres Urtheil über die Intensität des Schmerzes zu fällen und alsdann auch über seine fernere Besserung oder Verschlimmerung.

4. Bei hohen Traumen, z. B. des Steissbeins, wird man nicht selten nur mit Hülfe der beschriebenen Bewegungsprobe nachweisen können, dass das Trauma vorwiegend eine Seite betroffen habe, obgleich subjectiv der Schmerz als ein beiderseitiger angegeben wird.

5. Die Kenntniss dieser Bewegungsstörungen, hauptsächlich der ischiadischen, kann sich bei Entscheidung der Frage über Simulation nicht selten von grossem Nutzen erweisen. Wenn wirklich ein Subject, bei dem man Simulation von einseitiger Ischias vermuthet, auf den Fussboden gesetzt, sich zum Aufrichten des lumbalen Erhebungsmodus bedient, so würde dieser Umstand mit gewisser Wahrscheinlichkeit für Simulation sprechen.

Schliesslich möchte ich mir erlauben, den Wunsch auszudrücken, dass diejenigen geehrten Collegen, denen sich Gelegenheit bieten sollte, meine Beobachtungen nachzuprüfen, für den Anfang, wie auch ich es gemacht habe, nur schwere, exquisite Fälle von Lumbago und Ischias dazu wählen mögen, denn nur auf diesem Wege würden sie die vollständige Reihe der Bewegungen kennen lernen, um dann um so leichter die rudimentären und die combinirten Fälle richtig zu würdigen.