VII. Ueber primäre und secundäre Amyotrophien organischer und dynamischer Natur.

Von Dr. med. Heinrich Higier in Warschau.

(Fortsetzung aus No. 39.)

XI.

Es giebt mithin, wie wir sehen, keine präzisen pathognomonischen Unterschiedsmerkmale zwischen der Neuritis multiplex und der Poliomyelitis anterior, und nur die Congruenz mehrerer bestimmter Symptome lässt mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit die eine dieser Krankheiten anschliessen. Nur unter dieser Bedingung können wir die von Rosenberg⁵⁹⁾ angegebene Differentialdiagnose einigermaassen billigen. Nach ihm sind für die Neuritis charakteristisch: ein meist chronischer Beginn nach Reizungserscheinungen, Verlust der Sehnenreflexe bei gesteigerten Hantreflexen, häufige Betheiligung der Hirnnerven, Incongruenz der Muskelatrophien, der Function und der elektrischen Reaction, unregelmässiger Verlauf mit Lähmung, deren Besserung der Intensität incongruent ist. Die Poliomyelitis charakterisiren: die meist normalen Hant- und Sehnenreflexe, die seltene Affection der Hirnnerven, die Congruenz der Muskelatrophien, der

Function und elektrischen Erregbarkeit, der gleichmässige Verlauf und die Localisation der Lähmung nach synergischen Muskeln.

Noch manche andere, von Rosenberg wenig hervorgehobene Symptome, die die Differentialdiagnose zuweilen erleichtern, seien den oben angeführten hinzugefügt: 1) Bei der Neuritis lässt sich zuweilen im ersten Stadium des Leidens der afficirte Nerv als sehr schmerzhafter, ödematös geschwollter Strang durchfühlen; in den späteren Stadien, wo die Muskelatrophie gut ausgesprochen ist, kann man den infolge der bindegewebigen Wucherung verdickten und schmerzhaften Nerv noch besser erkennen. 2) Bei dem Auftreten resp. der Znrückbildung der multiplen Neuritis ist nicht selten die Bevorzugung des von einem bestimmten Nerven versorgten Hant- oder Muskelgebietes zu constatiren. 3) Bei der Polynenritis ist der Verlust der Sehnenreflexe das Primäre, die Entartungsreaction folgt später; bei der Poliomyelitis findet man nicht selten, neben ausgesprochener totaler oder partieller Entartungsreaction, die Reflexe ziemlich gut erhalten. In den vorgeschrittenen Stadien ist für beide Fälle das Fehlen der Reflexe und der normalen Zuckungsformel charakteristisch. 4) Tritt in subacut oder chronisch verlaufenden Fällen dentliche Besserung ein, so ist die Annahme einer Polynenritis wahrscheinlich, da bei derselben die Regenerationsfähigkeit bedeutender als bei der Poliomyelitis ist. Nur die acuten poliomyelitischen Atrophien, bei denen wahrscheinlich eine rein functionelle Alteration der Vorderhornzellen vorliegt, sind ziemlich regenerationsfähig. 5) Angesprochene Ataxie scheint fast nur bei der Polynenritis vorzukommen.

In sehr vielen Fällen wird uns die Differentialdiagnose aus dem Grunde nicht gelingen, dass die Polyneuritis gleichzeitig mit einer Erkrankung verschiedener Theile des Rückenmarks besteht, und zwar, wie das Material von Medin⁶⁰⁾ beweist, nicht nur in chronischen, sondern auch in acuten Fällen. Medin bespricht 44 Fälle einer von ihm im Jahre 1887 beobachteten Epidemie von acuter Poliomyelitis, in deren Reihe mehrere Fälle mit polynenritischer Affection der peripheren und Hirnnerven combinirt waren. Er spricht daher die von uns oben aus anderen Gründen vertheidigte Meinung an, dass der Krankheitsprocess bei der Kinderlähmung, die als spezifische Allgemeinerkrankung sich äussert, nicht bloss auf die vorderen grauen Hörner im Rückenmark sich zu beschränken braucht, sondern dass er auch die peripherischen Nerven, die Hirnrinde und die meisten Medulla-Ponskerne zu afficiren vermag.

Ein ganz interessantes Sectionsmaterial hat uns Pal⁶¹⁾ neuerdings geliefert, aus dem wir diejenigen Fälle theils acuter, theils subacuter Polyneuritiden hier anführen wollen, bei denen eine genaue mikroskopische Untersuchung des gesamten peripheren und centralen Nervensystems vorgenommen wurde.

Im ersten Falle, der den Eindruck einer Landry'schen Paralyse machte, bestand neben acuter peripherer Neuritis eine sehr angesprochene capilläre Hyperämie der grauen Substanz des Rückenmarks: im Hinterhorn des Lendenmarkes capilläre Blutaustritte, im Vorderhorn des Halsmarkes kleine Blutheerde. Die Rückenmarkswurzeln und Spinalganglien zeigten neben Blutanstritten Kernvermehrung im interstitiellen Gewebe. Im zweiten Falle, wo Tuberculose und Alkoholismus bestanden, war neben subacuter Polynenritis intensive Verbreitung der Gliabalken in den Goll'schen Strängen des Halsmarkes und partielle Degeneration der Lissauer'schen Zone des Lendenmarkes mit vorwiegender Betheiligung des Seitenstrangtheiles. Im dritten Falle, wo ebenfalls Tuberculose und Alkoholismus vorlagen, fand sich eine bedeutende Degeneration in den peripheren Nerven, im Goll'schen Strange des Halsmarkes und am Vorderstrange; in den hinteren Wurzeln Kernvermehrung mit Degenerationszeichen in der Wurzelzone des Seitenstranges. Im vierten Falle, der klinisch das Bild einer chronischen Bleiintoxication darbot, liessen sich in den Ganglienzellen der Halsanschwellung sehr geringe Veränderungen nachweisen; „in der weissen Substanz hatte man im Brust- und Halsmark einen Befund, welcher ein den bisher bekannten Befunden der Tabes cervicalis (Leyden, Martins) analoger ist, im Brust- und Lendenmark den Erscheinungen der Lateral-sklerose entsprechende Veränderungen. Die letzteren unsymmetrisch und auf der linken Seite stärker ausgebildet, und hier die Kleinhirnsseitenstrangbahn mitbetroffen.

Ähnliche Befunde, wie es die neuesten von Pal sind, haben mehrere andere Autoren notirt (Oppenheim, Leyden, Pitres et Vaillard, Stieglitz, Goldflam, Strümpell) und meistens als eine Combination der Polynenritis mit Poliomyelitis resp. mit Tabes gedeutet. Solche combinirten Fälle haben in der letzten Zeit die äusserst wichtige Frage über die Pathogenese in erster Linie gestellt.

(Fortsetzung folgt.)

⁵⁹⁾ Rosenberg, Die Differentialdiagnose der Poliomyelitis anterior acuta et chronica adultorum und der Neuritis multiplex. Dissertation. Heidelberg 1890.

⁶⁰⁾ Medin, l. c.

⁶¹⁾ Pal, Ueber multiple Neuritis. Wien 1891.