IV.

Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Bonn (Direktor: Geh.-Rat
Schultze.

Über einen operativ geheilten Fall von extramedullärem Tumor mit schmerzfreiem Verlauf.¹⁾

Von

Dr. H. Stursberg,

Assistenzarzt.

Die Kasuistik der Rückenmarkstumoren ist im Laufe der letzten Jahre so umfangreich geworden, dass die Mitteilung einzelner Fälle nur dann noch zulässig erscheint, wenn ihr Verlauf in diagnostischer oder anderer Hinsicht bedeutsame Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde der Erkrankung zeigt. Dies trifft bei dem Kranken zu, über den ich Ihnen heute berichten möchte.

Der 48jährige Rottenführer B. aus L. wurde am 29. Oktober 1906 in die Klinik aufgenommen. Er stammt seiner Angabe nach aus gesunder Familie, seine erste Frau soll aber im Jahre 1889 an Lungenschwindsucht gestorben sein, mehrere Kinder an anderen Erkrankungen. Anhaltspunkte für Lues liessen sich nicht feststellen.

Der Kranke selbst war früher angeblich gesund. Im Jahre 1903 habe er mehrere Monate an linksseitiger Ischias gelitten, die nach einer vom Arzte ausgeführten Einspritzung plötzlich verschwand. Er sei dann wieder völlig gesund gewesen, bis er am 9. oder 10. Juli 1906 plötzlich ein taubes Gefühl in den Zehen beider Füße bemerkte. Dies sei allmählich immer höher bis an den Unterleib hinaufgestiegen und gleichzeitig habe sich dann eine unaufhaltsam fortschreitende Schwäche in beiden Beinen entwickelt. Die Stuhlentleerung sei völlig normal geblieben, die Harnentleerung nur ganz wenig beeinträchtigt, indem nur einmal nach längerem Anhalten das Wasser unwillkürlich abgegangen sei.

Weder zu Beginn der Erkrankung noch während ihres weiteren Verlaufes sollen Schmerzen irgend welcher Art bestanden haben. Unsere immer wieder auf diesen Punkt gerichteten Fragen wurden von dem intelligenten und durchaus nicht indolenten Kranken stets auf das bestimmteste verneint.

Bemerkenswert ist noch eine Angabe des Kranken. Am 19. Oktober

1) Vortrag, gehalten in der Sitzung der niederrhein. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde am 19. Novbr. 1906.

sei er während der Nacht sehr unruhig gewesen und habe stark geschwitzt; im Anschlusse daran sei plötzlich für einige Stunden die Beweglichkeit der Beine wesentlich besser geworden, dann sei aber der alte Zustand wieder-gekehrt. —

Die Untersuchung des kräftig gebauten, gut genährten, etwas blass aussehenden Mannes ergab regelrechtes Verhalten der Organe in Brust- und Bauchhöhle, keine Spur von Tuberkulose oder Lues.

Die Gehirnnerven, das Bewegungs- und Empfindungsvermögen usw. an den Armen erwies sich als regelrecht. An den Beinen fanden sich Zeichen einer spastischen Parese erheblicher Art mit Steigerung der Sehnenreflexe, Babinskischem Zeichen usw. Von Mitteilung der Einzelheiten nehme ich Abstand, da sie kein besonderes Interesse bieten, und hebe nur hervor, dass im ganzen die Schwäche rechts etwas weiter fortgeschritten zu sein schien als links.

Bei der Untersuchung des Unterleibes fiel zunächst ein eigentümliches Verhalten der Bauchreflexe auf. Während der obere beiderseits dauernd in normaler Weise ausgelöst werden konnte, war der mittlere bei der Aufnahme rechts deutlich herabgesetzt, links gut erhalten; späterhin verschwand er rechts völlig, war links nur ganz schwach auslösbar. Der untere fehlte ebenso wie der Kremasterreflex schon bei der ersten Untersuchung. Die unteren seitlichen Teile des Leibes waren etwas stärker vorgewölbt. Beim Versuch, zu pressen oder sich aufzurichten, wurden die oberen Partien der queren Bauchmuskeln gut, die unteren schlechter angespannt. Die elektrische Untersuchung ergab nichts Abweichendes.

Die Sensibilität war an den Beinen sehr stark beeinträchtigt und zwar links etwas mehr als rechts, ziemlich gleichmässig für alle Qualitäten. Die obere Grenze der Störung liess sich bei dem intelligenten Kranken sehr genau feststellen: Sie fand sich vorn in Nabelhöhe, d. h. im Bereiche des 10. Dorsalsegments. Hinten war die Grenze nicht ganz so scharf ausgeprägt und hielt sich anscheinend etwas tiefer als die in dem Seifferschen Schema für den erwähnten Rückenmarksabschnitt angegebenen Linien. Links vom Nabel schien zeitweise oberhalb der hypästhetischen Teile eine ganz geringe Überempfindlichkeit im Bereiche eines etwa 2 Querfinger breiten Streifens zu bestehen.

Die Untersuchung der Wirbelsäule, der naturgemäss besondere Aufmerksamkeit zugewandt wurde, ergab völlig regelrechten Befund, keine Formveränderung, keine Beeinträchtigung der Beweglichkeit, keine Druckempfindlichkeit. Auch das Röntgenbild liess nichts Krankhaftes erkennen.

Während der kurzen klinischen Beobachtung machte die Erkrankung weitere Fortschritte. Der Kranke, der sich bei der Aufnahme noch mit Hilfe zweier Stöcke auf ebenem Boden fortbewegen konnte, verlor das Gehvermögen völlig. Darreichung von Jodkalium blieb erfolglos. —

In diagnostischer Hinsicht mussten wir zu dem Ergebnis kommen, dass eine Erkrankung in Höhe des 10. Dorsalsegmentes vorlag, die, wie das Freibleiben der Lendenanschwellung lehrte, nicht sehr weit nach abwärts reichen konnte. Da Lues nicht nachzuweisen war und eine chronische Myelitis fortschreitender Art ohne diese wohl nur ausserordentlich selten vorkommt, so musste an eine Kompression

um so eher gedacht werden, als Andeutungen von Seitenläsion erkennbar waren. Anhaltspunkte für Karies fehlten, dagegen war mit Rücksicht auf die stetige Zunahme der Erscheinungen eine Geschwulstbildung, die bei dem Fehlen nachweisbarer Tumoren in anderen Organen wohl nur primärer Art sein konnte, durchaus wahrscheinlich.

Die Entscheidung über die Zweckmässigkeit operativen Vorgehens hing naturgemäss im wesentlichen davon ab, ob der Ausgangspunkt des Tumors im Mark selbst oder in seiner Umgebung zu vermuten war.

Gegen erstere Annahme liess sich besonders geltend machen, dass intramedulläre Geschwülste im allgemeinen die Anschwellungen bevorzugen, gegen letztere in erster Linie das Fehlen von Schmerzen irgendwelcher Art, da bis vor kurzem Erscheinungen seitens der sensiblen Wurzeln in Form des „neuralgischen Vorstadiums“, jedenfalls aber von Schmerzen während des Verlaufs der Erkrankung als wesentliches Symptom extramedullärer Geschwülste angesehen werden mussten. Fand doch noch vor wenigen Jahren von Mallaisé¹⁾ unter den bis dahin mitgeteilten Beobachtungen derartiger Tumoren nur 5 Proz. ohne neuralgisches Vorstadium!

Fiel demgemäss auch der Mangel sensibler Reizerscheinungen gegen die Annahme einer operablen Geschwulst schwer in die Waagschale, so konnten wir ihm doch keine ausschlaggebende Bedeutung zuerkennen. Dies hatte uns besonders eine Beobachtung gelehrt, die bereits von Herrn Geheimrat Schultze²⁾ veröffentlicht und eingehend gewürdigt wurde. Bei dem betreffenden Kranken hatten keinerlei Schmerzen bestanden und trotzdem fand sich bei der Autopsie ein gutartiges, von der Dura ausgehendes Endotheliom. Einen ähnlichen Fall sah Oppenheim, während solche mit nur geringfügigen sensiblen Reizerscheinungen etwas häufiger mitgeteilt wurden (z. B. Fall 9 von Schultze, 2 Fälle der Lichtheimschen Klinik³⁾).

Die ersterwähnte Beobachtung war für uns entscheidend. Wenn wir auch einen intramedullären Tumor nicht auszuschliessen vermochten, so rieten wir unserem Kranken doch dringend zur Operation, da im ungünstigen Falle nicht viel zu verlieren, im günstigen aber völlige Heilung zu erzielen war.

Nachträglich kam noch eine Mitteilung von Nonne zu unserer Kenntnis, die dieser auf der letzten Naturforscherversammlung gemacht hat⁴⁾. Es handelte sich um ein von der Dura ausgehendes Cystofibrom,

1) Arch. f. klin. Med. Bd. 80. 1904.

2) Mitteil. aus den Grenzgeb. u. s. w. Bd. 12. S. 190. Fall 10.

3) Mitgeteilt von Joachim, Arch. f. klin. Med. Bd. 86.

4) Referat Münch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 46. S. 2722.

welches erst bei der Autopsie gefunden wurde, weil die Operation wegen Fehlens von Schmerzen versäumt worden war.

Bei unserem Kranken führte Herr Geheimrat Bier am 15. Nov. die Laminektomie aus und es fand sich genau an der von uns bezeichneten Stelle unter dem 8. Brustwirbeldorn eine Geschwulst, die sich, unserer Annahme entsprechend, auf der rechten Seite entwickelt und eine Delle in die rechte Rückenmarkshälfte gedrückt hatte. Sie liess sich leicht von der Dura ablösen, mass im frischen Zustande 1,5 cm in der Länge, 1,3 in der Breite, 1,0 in der Dicke und erwies sich mikroskopisch als Psammom. Der Kranke hat den Eingriff sehr gut überstanden, ohne dass eine wesentliche Zunahme der Lähmungserscheinungen eingetreten wäre. Schon heute (19. XI.) lässt sich eine deutliche Besserung nachweisen; nicht nur werden mässig starke Berührungen überall empfunden, sondern es lässt sich auch eine erhebliche Zunahme des Bewegungsvermögens nachweisen. Z. B. ist der Kranke jetzt imstande, die Fussspitzen mit ziemlich guter Kraft zu heben, während dies vor der Operation rechts gar nicht, links nur andeutungsweise möglich war. Nur das Lagegefühl ist noch sehr stark beeinträchtigt. Wir dürfen wohl mit Sicherheit auf völlige Wiederherstellung rechnen!

Ich fasse das Wesentliche der Beobachtung zusammen: Wenn wir Erscheinungen vor uns haben, die auf eine fortschreitende Schädigung des Rückenmarks bei gleichbleibendem oder doch nur unbedeutend aufsteigendem Sitz der Erkrankung hinweisen, so sind wir auch dann berechtigt, eine extramedulläre Geschwulst zu vermuten und verpflichtet, therapeutisch demgemäss vorzugehen, wenn keinerlei Reizerscheinungen während des ganzen Krankheitsverlaufes bestanden haben. Soweit ich die Literatur übersehe, ist der mitgeteilte Fall der erste, bei welchem trotz völligen Fehlens von Schmerzen auf Grund der Wahrscheinlichkeitsdiagnose mit Erfolg operiert wurde.

Noch in anderer Hinsicht bietet die Beobachtung einiges Interesse, nämlich bezüglich des Verhaltens der Bauchreflexe. Dinkler¹⁾ konnte bekanntlich vor längerer Zeit in einem Falle den Nachweis erbringen, dass der obere Bauchreflex im 9., vielleicht auch noch im 8. Dorsalsegment vermittelt werde, der mittlere und untere durch die dem 10. bis 12. Interkostalnerven entsprechenden Rückenmarksteile. Oppenheim²⁾, der nur einen supra- und einen infraumbilikalischen Bauchreflex unterscheiden will, nimmt für den ersteren die 8. und 9.

1) Diese Zeitschrift. Bd. 2.

2) Diese Zeitschrift. Bd. 24.

Dorsalwurzel bezw. ihre Segmente in Anspruch, für den letzteren die 10. bis 12. Wurzel.

Unsere Beobachtung spricht im Gegensatz zu der Anschauung Oppenheims für die Berechtigung der Annahme von 3 Bauchreflexen und bestätigt ferner die erwähnten Ansichten über ihre Lokalisation: Die oberen Bauchreflexe waren dauernd normal, haben also ihren kürzesten Reflexbogen zweifellos oberhalb des komprimierten 10. Dorsalsegments. Der mittlere war zunächst rechts herabgesetzt, später auf dieser Seite ganz aufgehoben, während er links anfangs normal, später stark abgeschwächt war. Wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir sein Verhalten mit der Kompression des 10. Segments, die rechts stärker war als links, in Zusammenhang bringen und annehmen, dass er durch den genannten Rückenmarksabschnitt vermittelt wird. Schliesslich ist der kürzeste Reflexbogen für den dauernd vermissten unteren Bauchreflex wohl unterhalb des 10. Segments zu suchen.

Anmerkung bei der Korrektur. Die Besserung nahm auch weiterhin einen überaus günstigen Verlauf. Bei der Entlassung am 11. I. 07 war der Kranke imstande, ohne Stock auch weitere Strecken zu gehen. Die Sehnenreflexe waren völlig regelrecht, alle Bauchreflexe wieder in normaler Stärke auslösbar. Links war das Babinski'sche Zeichen vielleicht noch angedeutet, rechts bestand ein normaler Fusssohlenreflex. Feinste Berührungen wurden überall empfunden, allerdings war nach der Angabe des Kranken das Gefühl an den Beinen noch eine Spur „tauber“ als am Oberkörper. Das Lagegefühl war in den Zehen noch stark, in den Fussgelenken nur wenig beeinträchtigt, in Knie- und Hüftgelenken normal.