Wir unterlassen es absichtlich, aus dem angeführten Befund irgend welche Schlüsse für die Theorie der Basedow'schen Krankheit zu ziehen; ehe eine solche aufgestellt werden kann, dürften noch manche Vorarbeiten zu erledigen sein. Aber jeder sorgfältig beobachtete Fall wird späteren Untersuchern dienen können.

2. Sclerodermie an den gelähmten Gliedmaassen bei Myelitis dorsalis.

Von

Prof. Fr. Schultze

in Bonn.

Die Beziehungen der Sclerodermie zu Erkrankungen des Nervensystemes sind häufig erörtert worden, zuletzt in eingehender, kritischer und meines Erachtens zutreffender Weise besonders von Dinkler in seinem Aufsätze „Zur Lehre von der Sclerodermie“ im Deutschen Archiv f. klin. Medicin Bd. 48, S. 514 ff.

Die folgende Mittheilung soll einen weiteren klinischen Beitrag zu dieser Frage bringen.

Im December 1892 wurde in die medicinische Klinik zu Bonn eine 29jährige Frau Sch. aus D. aufgenommen, welche angab, dass sie früher bis vor ihrer jetzigen Krankheit stets gesund gewesen sei; nur sei sie als Mädchen bleichsüchtig gewesen. Im Jahre 1881 gebar sie ausserehelich ein Kind, das sehr schwächlich war und nach 7 Wochen an „Lebensschwäche“ zu Grunde ging. Irgend ein Ausschlag soll bei dem Kinde nicht bestanden haben. Im Jahre 1885 heirathete sie einen 52jährigen Mann, der syphilitisch gewesen sein soll. Er wurde wenigstens einmal mit Ung. cinereum behandelt und nach Aachen geschickt. Er starb 1888 an einer nicht näher zu bezeichnenden Krankheit.

Die Kranke selbst bekam 4 Wochen vor dem Tode ihres Mannes einen Ausschlag an der Nase, von dem noch jetzt zwei kleine Narben an der Gesichtshaut dicht neben und nach aussen von den Nasenflügeln sichtbar sind. Im März 1888 trat eine Erkrankung des rechten Ellbogengelenkes hinzu, die unter Anwendung von warmen Umschlägen in etwa 5 Wochen heilte. Im April desselben Jahres trat eine entzündliche Erkrankung am rechten Kniegelenke ein, welche mit „Auskratzung“ und Einreibung von grauer Salbe behandelt wurde und erst nach späteren Schienenverbänden im September 1888 ausheilte.

Im September 1889 heirathete sie von Neuem und bekam dann im October desselben Jahres Schmerzen und Druckgefühl in der Magengegend, ebenso im rechten Hypochondrium. Nachdem diese abnormen Empfindungen mehrere Wochen gedauert hatten, entstand ein kribbelndes Gefühl im linken Fuss, später schmerzende Empfindungen im rechten, und zwar besonders in der zweiten Zehe, welche „steif“ geworden sein soll. Auch hatte die Kranke im rechten Fusse zuweilen das Gefühl, als ob sie auf Wolle ginge. Allmählich kam eine stärkere

Gehschwäche dazu, so dass die Pat. Weihnachten 1889 überhaupt nicht mehr gehen konnte; beim Liegen entwickelte sich sogar Decubitus; Harn und Stuhl gingen von selbst ab.

Im Februar bis April 1890 besserte sich dann der Zustand wieder so, dass die Kranke mit Hülfe eines Stockes leidlich gehen und Hausarbeiten verrichten konnte. Auch die Harnentleerung geschah nicht mehr stets unwillkürlich. Im November 1890 trat eine erneute Verschlimmerung ein, da die Beine spastisch gekrümmt wurden. Das Gehen wurde wieder ganz unmöglich.

Auf ausdrückliches Befragen wurde angegeben, dass die Beine zur Zeit der stärksten Lähmung besonders in der Nähe der Gelenke angeschwollen waren (ödematös); es konnten die Schuhe nicht mehr angezogen werden.

Die Untersuchung der Pat. während ihres mehrmonatlichen Aufenthaltes in der Klinik (bis Anfang Juli 1893) ergab nun Folgendes:

Zunächst war die Steifigkeit der Unterextremitäten auffallend, welche aber nicht mit Steigerung der Patellarreflexe einherging. Nur mit Mühe gelang es, nach Ueberwindung eines starken unwillkürlichen Widerstandes, bei der passiven Dorsalflection beider Füße Fusszittern zu erhalten. Sehnenreflexe von abnormen Stellen aus fehlten vollkommen.

Besondere Aufmerksamkeit erregte die Beschaffenheit der Haut. Es fehlte jedes Oedem; aber an den abhängigen Partien der Unterextremitäten, und zwar am stärksten in der Gegend der Achillessehne und der Wadegegend, sowie in den Kniekehlelegenden war die Haut glatt und glänzend, dabei nicht pigmentirt und gar nicht oder fast gar nicht von der Unterlage in Falten abhebbar. Dabei erscheint aber die Haut nicht dünner und ist ziemlich fettreich. Am rechten Bein ist die Veränderung stärker ausgesprochen, als am linken; sie betrifft indessen in geringerem Grade die ganze Haut der Beine, so dass man den Eindruck erhält, als ob sie die im Allgemeinen atrophischen Gliedmaassen straffer und fester einschnürt, als man das bei Normalen und ebenso bei Paraplegischen sonst sieht.

An dem linken Unterschenkel befindet sich ausserdem in der Nähe der Tibia ein etwa thalergrosser Pigmentfleck, welcher von einem Geschwür herrühren soll, welches nach einer Verletzung entstanden ist. In der Umgebung dieses Fleckes ist die Haut dünner und stark glänzend. Auch in der Haut der rechten Kniegegend befindet sich ebenfalls eine thalergrosse Narbe, welche von der früheren Entzündung am rechten Kniegelenk herrührt.

Die Haut des rechten Oberschenkels ist an der Aussenfläche desselben noch fester als an den sonstigen Theilen; in der Glutäal- und Bauchgegend verhält sich aber die Haut bis auf die tiefen Decubitusnarben in der ersteren völlig normal, ebenso am Arme und im Gesicht.

Die Nägel der Zehen sind gesund; nur derjenige der rechten grossen Zehe ist verdickt, rauh und rissig.

Die Musculatur ist an den Unterextremitäten dünner; der Umfang der rechten Wade beträgt an der dicksten Stelle rechts 26 Cm., links 27 Cm.; der Umfang des rechten Oberschenkels 16 Cm., oberhalb des

oberen Patellarrandes 38 Cm., derjenige des linken 39 Cm. Die Musculatur erscheint zum Theile fester, soweit das durch die veränderte Haut hindurch festzustellen ist, besonders die Quadricepsmusculatur. Die elektrische Untersuchung ergibt überall an den atrophirten Muskeln einfache Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten, aber nirgends langsame Zuckung.

Die Motilität ist stark gestört. Zunächst können beide Unterschenkel auch passiv nicht völlig im Kniegelenke gestreckt werden, sodann ist der rechte Fuss im rechten Winkel festgestellt, der linke dagegen ausgiebig bewegbar. In den Hüftgelenken ist dagegen die Bewegbarkeit normal ausgiebig. Die Kraft der Bewegungen der einzelnen Muskeln stark herabgesetzt. Das Gehen ist nur mit Hülfe von zwei Krücken langsam ausführbar, besserte sich aber nach der reichlichen Anwendung von warmen Vollbädern und von gymnastischen Uebungen, sowie nach Einspritzungen von Hydrargyr. salicyl. in mässiger, aber deutlicher Weise, so dass auch mit einem Stocke gegangen werden kann.

Die Patellarreflexe sind nur von normaler Stelle aus auslösbar, eher etwas schwächer als normal; bei Percussion des linken Condylus internus des Femur erhält man einen leichten Adductionsreflex. Bei Hebung des rechten Fusses bekommt man häufig einen sehr schnellschlägigen langdauernden Fussclonus; links ist der Clonus nur angedeutet.

Die Fusssohlenreflexe sind beiderseits ziemlich stark; Streichen an anderen Stellen der Haut löst keine Reflexe aus, auch Druck auf die Waden und Oberschenkel gewöhnlich nicht. Nur bei Anwendung stärkerer elektrischer Ströme stellten sich Reflexe ein. Der Bauchhautreflex fehlt rechts vollständig, links ist er schwach.

Die Untersuchung der Sensibilität ergibt normales Verhalten derselben für alle Qualitäten am rechten Beine. Dagegen ist die Temperaturempfindung am linken Unterschenkel nicht vollständig intact, da die Kranke angiebt, dass sie die Wärmeunterschiede beim Baden am linken Unterschenkel nicht so gut empfindet als rechts. Die genauere Untersuchung ergibt auch in der That eine Herabsetzung der Schärfe des Wärmegefühls am linken Unterschenkel; selbst Verwechselungen von kalt und warm kommen vor. Die Schmerzempfindung ist dagegen nicht an Intensität verringert; die Empfindung für spitz und stumpf ist umgekehrt wieder an der Innenseite des linken Unterschenkels nicht normal genau. Die Arteriae femoral. pulsiren an beiden Beinen schwächer als normal, aber deutlich, ebenso die Tibial. postic. und die Art. dorsal. pedis.

Blase und Mastdarm neigen noch immer in geringem Grade zu Incontinenz.

Die Wirbelsäule lässt Veränderungen nicht erkennen; das Aufrichten im Bette aus horizontaler Rückenlage ist ohne Hülfe der Hände möglich. Die Functionen des Gehirnes, der Gehirnnerven sind normal. Die Pupillen gleich weit, etwas schwächer gegen Lichteinfall reagierend, was sich durch centrale Hornhautflecke erklärt. Kein Nystagmus; die Sprache normal.

An den Armen und am Rumpfe keinerlei Abnormitäten irgend welcher Art nachweisbar. Ebenso wenig an den inneren Organen; nur der Harn etwas trübe, mit weissen Blutkörpern.

Das Aussehen der Kranken etwas blass, aber sonst normal; ihr Körpergewicht nahm während des Krankenhausaufenthaltes um ein Pfund zu.

Aus dieser Krankengeschichte geht zunächst hervor, dass es sich um eine Myelitis wesentlich des Dorsaltheilcs des Rückenmarkes gehandelt haben muss, welche etwas mehr die rechte Hälfte desselben betroffen hat, als die linke, da Andeutungen von Halbsseitenläsion deutlich vorhanden sind, nämlich eine stärkere motorische und spastische Parese rechts, und eine leichte sensible Parese links mit Bevorzugung von Störungen der Temperaturempfindungen.

Für die Annahme von Wirbelerkrankungen oder von Compression durch irgend einen Tumor liegt kein Grund vor; ebensowenig ist an eine multiple Sclerose zu denken; und auch die peripheren Nerven der Extremitäten können höchstens einer gewissen Inactivitätsatrophie verfallen sein, da Entartungsreaction und die Zeichen einer sensiblen Neuritis fehlen.

Daneben besteht nun eine sehr deutliche Veränderung der Haut vorzugsweise an den abhängigen Partien derselben, und zwar nur im Bereiche der gelähmten Gliedmaassen. Diese Veränderung trägt alle Charaktere der Sclerodermie an sich, ohne dass aber ein deutlich hypertrophischer oder atrophischer Charakter derselben zur Zeit ausgesprochen wäre.

Es ist nun unbekannt, dass bei einer acuten oder chronischen Myelitis jedweder Art, Erweichungen, Blutungen und Degenerationen mit eingeschlossen, eine derartige ausgebreitete Sclerodermie sich ausbildet, obwohl man es eigentlich erwarten sollte, wenn die Meinung derjenigen richtig ist, welche an bestimmte trophische Centralapparate für das Hautgewebe selbst innerhalb des Rückenmarkes glauben. Nur bei der Syringomyelie können umschriebene atrophische Zustände der Haut, besonders an den Fingern und Händen wohl vorkommen. Bei dieser Erkrankung kommen aber die vielfachen Beschädigungen traumatischer Art mit in Betracht, welche bei der Herabsetzung oder dem Fehlen der Schmerzempfindung einwirken; in unserem Falle kann bei der Localisation der Lähmung und der raschen Entwicklung des Leidens von einer solchen Erkrankung keine Rede sein.

Es könnte somit einfach ein zufälliges Nebeneinander zweier Affectionen in unserem Falle angenommen werden; dem steht aber die Localisation der Sclerodermie gerade und ausschliesslich an den gelähmten Extremitäten im Wege.

Es erscheint mir darum geboten, die Oedeme, welche die Kranke in einem früheren Stadium ihres Leidens an den Beinen gezeigt hat, für die Entstehung der Sclerodermie im Wesentlichen verantwortlich zu machen, zumal ja auch bei der gewöhnlichen Sclerodermie nicht selten Oedeme der Erkrankung vorausgehen pflegen, und da gerade diejenigen Abschnitte der Haut erkrankt sind, welche in der Rückenlage der Kranken in erster Linie ödematös zu schwellen pflegen.

Weswegen allerdings Paraplegische mit Oedemen nicht häufiger Sclerodermie bekommen — soweit bisher darauf geachtet ist —, und weswegen gerade unsere Kranke sie zeigte, lässt sich mit Bestimmtheit nicht sagen. Nur sei ein Hinweis darauf erlaubt, dass die Kranke nicht-unwahrscheinlicher Weise ihr Leiden einerluetischen Affection zu verdanken hat, und

dass bei der Lues sehr wohl auch die Hautgefässe der Beine stärker mit-erkrankt sein konnten, wenn auch an den grösseren Gefässen sich eine deutliche Anomalie nicht zeigte und Erscheinungen von Asphyxie fehlten. Da aber besonders auch nach den Untersuchungen Dinkler's eine Arteritis chronica der Sclerodermie zu Grunde liegt, so erscheint es durchaus plausibel, auch in unserem Falle eine solche Veränderung anzunehmen, die auch nach den Untersuchungen von Thoma leichter in solchen Gefässen eintritt, deren Blutcirculation abnorme Verhältnisse aufweisen, wie sie sich auch bei Paraplegie wegen der Gefässbrechung sehr wohl entwickeln können. Die Annahme einer Erkrankung besonderer trophischer Fasern und Centren für die Haut ist jedenfalls zur Erklärung nicht nöthig.