III. Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald.

(Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Mosler.)

Multiple Sklerose in Folge von Trauma.

Von Privatdocent Dr. Bruno Leick, Assistenzarzt der Klinik.

In Folgendem will ich über einen Fall von multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks berichten, bei dem die Erkrankung — ich kann wohl sagen mit Sicherheit — auf ein Trauma zurückgeführt werden konnte. Freilich bin ich mir wohl bewusst, nichts prinzipiell Neues zu liefern. Denn nachdem Leube¹⁾ schon im Jahre 1871 einen hierher gehörigen Fall mitgetheilt hat, sind in neuerer Zeit mehrfach Publikationen über den betreffenden Gegenstand erfolgt, so z. B. von Jutzler²⁾, der in seiner Dissertation aus der Litteratur 24 Fälle, denen er selbst zwei neue hinzufügt, zusammenstellte, bei denen als Ursache der multiplen Sklerose bald mit mehr, bald mit weniger Sicherheit eine Verletzung angenommen werden konnte. Trotzdem glaube ich, den von mir beobachteten Fall einer kurzen Besprechung nicht unwerth halten zu sollen. Ist doch die „unzweifelhafte Thatsache, dass die multiple Sklerose durch ein Trauma entstehen kann“ (Mendel³⁾) durchaus noch nicht allgemein anerkannt. Strümpell⁴⁾ z. B. sagt noch in der neuesten Auflage seines Lehrbuches, über die Ursache der in Rede stehenden Krankheit sei „so gut wie gar nichts bekannt,“⁵⁾ und v. Krafft-Ebing ist der Ansicht, dass „wohl auch mechanisches Trauma ohne äussere Verletzung“ als ätiologisches Moment „ohne weiteres abzuweisen sei.“⁶⁾ Wir nehmen diesen Standpunkt nicht ein. Denn wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass unter den in der Litteratur niedergelegten Fällen, in denen die Sklerose durch ein Trauma hervorgerufen sein soll, mancher, wie schon Mendel⁷⁾ hervorgehoben hat, einer strengen Kritik nicht Stand halten kann, so bleibt doch eine ganze Reihe übrig, bei denen man einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Sklerose anzuerkennen schlechterdings nicht umhin kann. Hierher gehören die vier von Mendel⁸⁾ mitgetheilten Fälle, sowie die von Blumreich und Jacoby⁹⁾ aus der Gerhardt'schen Klinik publicirten. Letztere fanden unter 29 Fällen multipler Sklerose fünf, bei denen die Erkrankung sich unmittelbar an ein Trauma angeschlossen hatte, ohne dass vor der Verletzung sich irgend welche Symptome einer Nervenerkrankung bemerkbar gemacht hätten. Dasselbe gilt von meiner gleich mitzutheilenden Beobachtung. Derartigen Fällen kommt aber gerade heutzutage — ganz abgesehen von dem rein wissenschaftlichen Interesse — eine ganz besondere Bedeutung in praktischer Beziehung zu, wie der blosse Hinweis auf unsere moderne Unfallgesetzgebung zur Genüge zeigt.

Ich gebe nunmehr in aller Kürze die Krankengeschichte des von mir beobachteten Falles, für deren Ueberlassung ich Herrn Geheimrath Professor Dr. Mosler auch an dieser Stelle meinen besten Dank sage.

¹⁾ Ueber multiple inselförmige Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Deutsches Archiv für klinische Medicin 1871, Band VIII.

²⁾ Ueber die Bedeutung des Traumas in der Aetiologie der multiplen Sklerose. Inauguraldissertation, Strassburg 1895.

³⁾ Tabes und multiple Sklerose in ihren Beziehungen zum Trauma. Deutsche medicinische Wochenschrift 1897, No. 7.

⁴⁾ Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten 1897, 11. Auflage.

⁵⁾ Strümpell l. c. Band III Seite 234.

⁶⁾ Zur Aetiologie der multiplen Sklerose. Wiener klinische Wochenschrift 1895, No. 51.

⁷⁾ l. c.

⁸⁾ l. c.

⁹⁾ Zur Aetiologie der multiplen Sklerose. Deutsche medicinische Wochenschrift 1897, No. 28.

Der 34 Jahre alte Arbeiter Johann G. aus W. ist hereditär nicht belastet und hat sich stets bester Gesundheit erfreut, bis er am 23. Juni 1898 folgenden Unfall erlitt. Er wollte ein Brett, welches hohl lag, mit einem Hammer zerschlagen; hierbei schnellte das Brett empor und schlug mit voller Wucht gegen seinen Kopf, so dass er sofort bewusstlos hinstürzte und erst nach circa vier Stunden zu sich kam. Mund und Nase sollen stark geblutet haben. Als der Verletzte aus der Bewusstlosigkeit erwachte, zeigte es sich, dass eine fast völlige motorische Lähmung bestand; nur das rechte Bein und der rechte Arm konnten schwach bewegt werden. Auch die Sensibilität war besonders links bedeutend herabgesetzt. Ziemlich schnell besserte sich der Zustand, so dass der Kranke bald mit Hilfe eines Stockes wieder gehen konnte, doch machte er die Bemerkung, dass die linke Fussspitze am Boden nachschleifte. Mitte October wurde ärztlicherseits multiple Sklerose diagnosticirt. Aufnahme in die Klinik am 29. October 1898. Zu bemerken ist noch, dass, wie in den Akten ausdrücklich hervorgehoben wird, vor dem Unfall der Patient völlig gesund und frei von irgend welchen Krankheitserscheinungen gewesen ist.

Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich folgender Status: Mittl-grosser Mann von kräftigem Knochenbau und gut erhaltener Muskulatur. Wangen und sichtbare Schleimhäute bieten nichts besonderes, Körpertemperatur normal, keine Oedeme oder Exantheme.

Das Sensorium ist frei, bisweilen besteht Kopfweh. Der Schlaf ist gut, Gehör, Gesicht, Geruch und Geschmack intact. Die Pupillen sind gleich weit und reagieren auf Lichteinfall. Alle Augenbewegungen werden in normaler Weise ausgeführt, jedoch macht sich bei seitlichem Fixiren ein deutlicher Nystagmus horizontalis bemerkbar. Facialis intact. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt leichte fibrilläre Zuckungen. Die Sprache ist nach Angabe des Patienten nach dem Unfall entschieden schlechter geworden; sie hat einen etwas undeutlichen, näselnden Klang, ohne eigentlich scandirend zu sein. Kopf und die normal gebaute Wirbelsäule beim Beklopfen nicht schmerzhaft. Die Muskulatur der Arme und Beine ist gut erhalten, ebenso die rohe Kraft. Bisweilen macht sich, besonders in den Armen, ein leichter Tremor, zuweilen auch über den ganzen Körper hin leichte fibrilläre Zuckungen bemerkbar. Beim schnellen Beugen der Arme zeigt sich eine gewisse Rigidität. Tricepsreflex sehr lebhaft, ebenso die Periost- und Sehnenreflexe der Unterarme. Soll Patient die Zeigefinger beider Hände zusammenführen, so nimmt man, besonders wenn der Kranke die Augen schliesst, deutlich ataktische Bewegungen wahr. Eigentliches Intensionszittern ist nicht nachzuweisen. Dieselbe Erscheinung findet sich an den Beinen, links stärker als rechts. Die Patellarreflexe sind sehr stark gesteigert, sehr deutlicher Fussklonus. Auch hier zeigen sich bei schnellen Bewegungen ausgeprägte Spasmen. Der Gang des Patienten ist nach seinen Angaben unsicher, er kann sich nur mit Hilfe eines Stockes fortbewegen. Bei der Untersuchung findet sich ein hochgradig ataktischer und zugleich, besonders links, spastischer Gang. Romberg'sches Phänomen stark ausgesprochen. Blase und Mastdarm, abgesehen von tragem Stuhlgang, normal. Was die sexuellen Functionen anbelangt, so ist nach Angaben des Patienten zwar Libido, aber keine genügende Erection vorhanden. Sensibilitätsstörungen sind nicht zu constatiren. Temperatursinn intact. Spitz und stumpf wird richtig unterschieden und richtig lokalisiert. Die Hauptklagen des Patienten sind, dass er schlecht gehen könne, und zwar habe er das Gefühl, als ob die Füße, namentlich der linke, am Boden festkleben. Ferner bestehen Schmerzen im Rücken und der linken Brustseite; objectiv lässt sich an diesen Stellen nichts Abnormes nachweisen. — Herz, Lungen und Verdauungsorgane gesund. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker oder sonstige pathologische Bestandtheile.

Durch unsere Behandlung wurde eine irgendwie erhebliche Besserung nicht erzielt. Der Gang war vielleicht etwas sicherer geworden — dies war jedoch auch alles. Entlassung am 21. December 1898.

Ueberblicken wir noch einmal das im Vorstehenden geschilderte Krankheitsbild, so sehen wir, dass ein vordem ganz gesunder, völlig arbeitsfähiger Mann ein Trauma erleidet, an das sich unmittelbar die Erscheinungen eines schweren Nervenleidens anschliessen. Hier den ursächlichen Zusammenhang leugnen zu wollen, hiesse doch gewiss die sonst sehr zu empfehlende Skepsis etwas weit getrieben. Man müsste den Thatfachen Zwang anthun, wollte man für die Entstehung der Krankheit eine andere Ursache auffindig machen.

Das Trauma war ein schweres, wohl im Stande, eine gewaltige Erschütterung des Centralnervensystems herbeizuführen, wie denn ja auch die ersten, unmittelbarsten Erscheinungen bei unserem Kranken die einer Gehirnerschütterung waren. Ein Theil der ursprünglichen Störungen geht zurück, ein anderer Theil bleibt dauernd. Wir finden Kopfweh, Nystagmus, leichte Sprachstörungen, stark gesteigerte Sehnenreflexe, Ataxie und Spasmen.

Rechtfertigen nun diese Erscheinungen unsere Diagnose „multiple Sklerose“? Meiner Meinung nach sicherlich. Wir haben zwar nicht alle typischen Symptome der von uns angenommenen Erkrankung, namentlich kein Intensionszittern, keine deutlich

scandirende Sprache. Dies will jedoch nicht viel sagen; wissen wir doch, wie sehr mannigfaltig das Bild der in Rede stehenden Krankheit sein kann. Am ehesten könnte man noch an spastische Spinalparalyse denken, doch spricht mancherlei gegen diese Annahme. Woher, um nur eines anzuführen, der Nystagmus? Zudem wollen wir nicht vergessen, dass die multiple Sklerose bisweilen „fast ganz unter dem Bilde einer reinen spastischen Spinalparalyse“¹⁾ auftritt. Sagt doch auch Oppenheim,²⁾ dass sich „weit häufiger als man im allgemeinen annimmt, hinter dem Krankheitsbilde der spastischen Spinalparalyse die disseminirte Sklerose verbirgt“.

Dies trifft auch für unseren Fall zu. Zweifellos handelt es sich um eine multiple Sklerose, und ebenso zweifellos ist dieselbe unmittelbar auf ein Trauma gefolgt, ohne dass vorher irgend welche Krankheitssymptome bestanden hätten, so dass einen ursächlichen Zusammenhang zu leugnen keine Berechtigung vorliegt. Wir werden daher auch, falls der Verletzte Ansprüche bei der Unfallversicherung geltend machen sollte, keinen Augenblick zögern, unser Urtheil dahin abzugeben, dass bei dem Kranken durch den Unfall vom 23. Juni 1898 ein schweres Nervenleiden, eine Sklerosis cerebros spinalis multiplex hervorgerufen worden sei, welche dauernd völlige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bedingt.