

## II. Ueber einen Fall von Reflexschwindel aus bisher nicht beschriebener Ursache.

Von

**Dr. med. A. Erlenmeyer,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranken zu Bendorf bei Coblenz“.

(Schluss aus No. 44.)

Der Patient stellte sich mir am 30. August 1877 zum 1. Male vor und konnte ich damals folgenden

Status praesens aufnehmen. Patient ist ein kräftiger, breitschultriger, grosser und blühend aussehender Mensch, der seine Krankheitsgeschichte lebhaft gesticulirend und fliessend vorträgt. Besonderes ist an seinem Aeusseren nicht zu bemerken ausser der schon erwähnten Missbildung. (An beiden

Daumen fehlt das Gelenk zwischen Nagel- und Mittelphalanx.) Die Musculatur ist kräftig, partielle Atrophien sind nirgends vorhanden; die Kraft der Arme ist recht erheblich und soll auch nicht gelitten haben.

Das Gehör ist auf beiden Seiten gleich gut; keine subjectiven Geräusche im Ohr. Das rechte Auge ist von Jugend auf sehschwächer als das linke. Die Pupillen sind gleich weit, gut reagirend. Der Augenspiegel ergiebt ausser venöser Blutfülle durchaus normale Verhältnisse. Die Augenmuskeln sind alle sufficient (untersucht mit Prismen und Farbengläsern). Beide Facialnerven sind intact; die Zunge wird gerade, ohne Zittern vorgestreckt; die Sprache ist geläufig.

Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt Pat. erheblich und giebt auch an, subjectives Schwindelgefühl dabei zu haben; er geht mit geschlossenen Augen unsicher, mit dem Oberkörper schwankend und meint, das würde er nicht lange aushalten können. Zittern der Hände ist nicht vorhanden; alle Bewegungen der Arme und Beine ohne jede Ataxie. Beklopfen des Kopfes ist nicht schmerzhaft, Druck auf die Wirbelsäule auch nicht. Die Theile über dem linken Hals-sympathicus sind auf Druck sehr empfindlich; rechts nicht. Sensibilitätsstörungen habe ich nicht nachweisen können, Paraesthesien sind nie vorhanden gewesen. Die Patellar-sehnenreflexe beiderseits erheblich gesteigert.

Der Puls ist hart, regelmässig, 68 Schläge in der Minute zählend. Die Herztöne sind rein. Die Zunge ist schleimig belegt, Druck auf das Epigastrium schmerzhaft. Stuhl etwas angehalten. Urin meist trübe; dessen Entleerung oft schwierig.

Eine bestimmte Veranlassung zu der Erkrankung kann nicht angegeben werden; Pat. meint, er müsse zu angestrengt auf dem Comptoir arbeiten und habe zu wenig Bewegung.

Ueber die Diagnose war ich, offen gestanden, im Unklaren; ich hatte eine unsichere Vorstellung von einer beginnenden centralen Erkrankung, wusste aber nicht, ob ich sie des Schwindels wegen ins Kleinhirn, oder der Steifigkeit der Extremitäten und der gesteigerten Patellarsehnenreflexe wegen in die Seitenstränge verlegen sollte. Auch der offenbar bestehende Magenkatarrh konnte mit dem Schwindel in Zusammenhang stehen. Epilepsie schloss ich aus oben angegebenen Gründen strictissime aus. An Menière'schen Schwin-

del war bei dem Mangel jeder Gehörstörung nicht zu denken und Syphilis lag nicht vor. Ich neigte schliesslich zu der Annahme, dass vielleicht eine Lateralsclerose in der Entwicklung begriffen, und dass der Schwindel auf den Magenkatarrh und die Stuhlverstopfung zu beziehen sei. Immerhin blieb das anfallartige Auftreten der Gliederstarre sowie die Coincidenz desselben mit dem Schwindel unaufgeklärt.

Ich verordnete dem Patienten innerlich Argent. nitr. in Pillenform, um beiden Indicationen — beginnendes Spinalleiden und Magenkatarrh — zu genügen; ausserdem solle er täglich eine Abreibung mit Wasser von 20°R. nehmen, für täglichen Stuhlgang vermittelst Clystiere sorgen, und sich von sachkundiger Hand die Strictur wegbougiren lassen, damit der Blasenkatarrh verschwinde. Ihn vor allen Badeformen über 25°R. ernstlich zu warnen, dazu hielt ich mich noch besonders verpflichtet.

In dem darauf folgenden Winter hörte ich, dass der Magenkatarrh ziemlich beseitigt sei, dass aber alle übrigen Erscheinungen, namentlich der Schwindel in ganz derselben Weise wie bisher fortbeständen. Daraufhin liess ich das Argent. nitr. aussetzen, substituirte ihm Ergotin unter Beibehaltung der kühlen Abreibungen in bisheriger Weise, und empfahl nochmals dringend das Einführen von Bougies. Dies wurde denn auch endlich in London unter den heftigsten Schmerzen begonnen, aber glücklich durchgeführt und die Strictur in kurzer Zeit gänzlich beseitigt. Seitdem sind alle Erscheinungen, über welche der Patient vordem klagte, verschwunden. Der Schwindel hörte ganz plötzlich auf, die Anfälle von Gliedersteifigkeit kamen seltener, wurden schwächer, um schliesslich gänzlich zu cessiren. Beim Urinlassen, der jetzt ohne alle Beschwerde sofort abfloss, gab es keine Spur von Schwindel. Der Kopfdruck liess allmählich nach, und dementsprechend wuchs die Arbeitslust und Arbeitsfähigkeit, erheiterte sich das Gemüth.

Drei Monate später untersuchte ich den Patienten wieder persönlich. Von dem Argent. nitr. hatte er nur 200 Pillen, und diese wahrscheinlich nicht einmal alle, also im günstigsten Falle 2,0 Grm. genommen. Die kühlen Abreibungen erfreuten sich, da Pat. meist auf Reisen war, auch nicht der grössten Regelmässigkeit; meine Verordnung von Ergotin war nicht receptirt worden.

Pat. war sehr munter und erfreut, dass er alle seine Beschwerden, die ihn vordem Jahre lang so unglücklich gemacht hatten, in so kurzer Zeit verloren hatte. Ich nahm nochmals mit ihm einen Status praesens auf, und war nicht wenig erstaunt dabei constatiren zu müssen, dass der subjective Schwindel und das objective Schwanken beim Stehen und Gehen mit geschlossenen Augen noch ebenso bestanden wie früher; desgleichen waren die Patellarsehnenreflexe auf beiden Beinen ebenso gesteigert, wie bei der ersten Untersuchung. Er klagte nur über leichte Schmerzen im Rücken und früh eintretende Ermüdung beim Gehen. Die Steifigkeit der Glieder und der Schwindel waren mit der Stricture verschwunden.

Um noch einmal kurz zu recapituliren, so entwickelte sich also bei einem erblich nicht zu vasomotorischen Störungen disponirten, kräftigen, im Uebrigen bisher gesunden Individuum Steifigkeit und Schwere zuerst im linken Arm, dann im linken Bein, endlich im rechten Arm, das rechte Bein verschonend. Diese Steifigkeit tritt anfallsweise auf und verbindet sich schliesslich mit erheblichem subjectivem Schwindel. Dieser tritt auch auf, und zwar unabhängig von der Gliedersteifigkeit beim Uriniren, das durch eine Urethralstricture behindert von Statten ging. Im Gefolge dieses Leidens entwickelt sich gereizte resp. melancholische Stimmung und zunehmende Unfähigkeit zu geistiger Arbeit. Objectiv findet sich Magenkatarrh und Blasenkatarrh, dann Coordinationsschwindel und gesteigerte Patellarsehnenreflexe. Die bei der unsicheren Diagnose eines Centraleidens angerathene Behandlung wird nicht regelmässig beachtet und hat demnach auch keinen Erfolg aufzuweisen, dagegen wird die bestehende Stricture per Bougies beseitigt und mit ihr schwinden alle krankhaften Erscheinungen.

Dass es sich in vorliegendem Falle um einen von der Urethra reflectorisch angeregten Schwindel — vertigo ab urethra laesa s. a strictura könnte man nach Analogie des vertigo a stomacho laeso sagen — handelt, wird Niemand bezweifeln; auch ist es nicht schwer zu begreifen, dass in dem bei der Entleerung der Blase sich durch die Stricture drängenden Urin das Reflex-erregende Moment liegt. Die anfänglich ohne Schwindel auftretenden Steifigkeitsanfälle der Extremitäten bleiben dabei unaufgeklärt. Beziehungen zwischen Genitalreizen und der intracraniellen Gefässinnervation sind uns auch sonst nicht ungeläufig, und es dürfte daher für die Zukunft nicht überflüssig sein, bei Schwindelanfällen auf das Bestehen einer Stricture zu examiniren, und eventuell nach dieser Richtung hin Curversuche anzustellen.

Darauf hinzuweisen war der Zweck dieser Mittheilung.