VII. Zur Kenntniss der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis.

Von Dr. Alois Pollak, Weinberge bei Prag.

Unter diesem Titel veröffentlicht Dr. Reuter in No. 32 des vor. Jahrganges dieser Wochenschrift einen Artikel, in dem er versucht, die Ursachen der sogenannten Pseudoparalyse bei der hereditären Syphilis darzulegen.

Reuter sieht in der Pseudoparalyse eine wirkliche Lähmung (resp. Contractur als Vorstufe derselben) infolge von Compression der Nerven durch periostale, luetische Aufreibungen, sei es der Extremitätenknochen, sei es der Wirbel, und stützt diese Behauptung durch drei Krankengeschichten. Diese Erklärung erscheint von vornherein plausibel und passt gewiss für einzelne Fälle. Dass sie nicht für alle Fälle passt, beweisen seine Krankengeschichten selbst, und zwar vor allem gleich die erste.

Hier handelt es sich um Contractur der unteren Extremitäten, schlaffe Lähmung der oberen Extremitäten, und zwar nach der Beschreibung sämtlicher Muskeln. Die Untersuchung der Knochen ergibt: Starke Verdickung der unteren Epiphyse des linken Humerus, der unteren Epiphyse des rechten Humerus, der oberen Epiphyse der rechten Ulna, der ganzen rechten Fibula, der oberen Epiphyse der linken Tibia und der unteren Epiphyse der linken Fibula.

Die genauere Erwägung ergibt ohne weiteres, dass alle diese Veränderungen nicht imstande sind, die beschriebenen Symptome durch Compression der Nerven zu erklären. Man muss sich vor Augen halten, dass es für die untere Extremität überhaupt keinen Knochenpunkt giebt, von dem aus die beiden, dieselbe versorgenden Nerven in ihren obersten Theilen so comprimirt werden könnten, dass es zu einer wesentlichen Funktionsstörung in denselben kommen könnte, ohne dass die Auftreibung des Knochens ganz colossal und auch sonst in die Augen fallend wäre; denn die Nerven sind überall von Weichtheilen so gedeckt, dass nur ganz enorme Knochenanschwellungen einen wesentlichen Einfluss auf sie ausüben könnten. Die einzige Stelle, um die es sich handeln könnte, wäre das Foramen ischiadicum, und auch da verläuft der Nerv ziemlich geschützt. Anschwellungen der Knochen aber in den peripheren Theilen der Extremität können unmöglich einen Einfluss haben auf weit centralwärts gelegene Nervenpartien. Genau dasselbe gilt auch von der oberen Extremität. Hier giebt es nur eine Stelle, von der aus ein bedeutender Druck auf das gesamte Nervensystem der Extremität ausgeübt werden könnte, und das ist die Stelle zwischen Clavicula und den obersten Rippen. Hier ist es möglich, dass ganz besonders günstig gelegene, selbst kleine Anschwellungen eine wesentliche Funktionsstörung herbeiführen. Diese Theile liegen aber so oberflächlich, dass eine Anschwellung derselben dem Collegen Reuter gewiss nicht entgangen wäre. Von anderen Theilen des Knochensystems der oberen Extremität können zwar einzelne Nerven, keineswegs aber der ganze Plexus wesentlich geschädigt werden. Dr. Reuter fühlt auch ganz deutlich, dass der von ihm mitgetheilte Befund an den Extremitäten die beobachteten Erscheinungen keineswegs erklären kann, stellt daher die Hypothese auf, dass Anschwellungen der Wirbel an den Intervertebrallöchern zu einer derartigen Compression führen, dass Contractur, Paralyse resultiren können. Dagegen ist zu sagen, dass sich diese Anschwellungen auf eine solche Reihe von Wirbeln erstrecken müssten, dass eine ganz bedeutende Steifheit der Wirbelsäule die Folge wäre, eine Steifheit, welche bei der Untersuchung, beim Umwenden u. s. w. ganz direkt beobachtet werden müsste. Dagegen spricht auch weiter das Verhalten der Sensibilität. Ueber diese ist in dem Status nichts angegeben. Man muss daher annehmen, dass sie erstens nicht wesentlich gestört war und dass zweitens bedeutende spontane Schmerzen nicht vorhanden waren. Beides müsste der Fall sein, wenn seine Theorie richtig wäre, denn es ist ja bekannt, dass Lähmungen der peripheren Nerven ohne Sensibilitätsstörung nicht vorkommen können (in ausgedehnter Weise), und es ist ebenso klar, dass durch eine Compression der Nerven in den Intervertebrallöchern, wo beim Austritt aus denselben die Wurzeln schon vereinigt sind, zwar hier und da einmal zufälligerweise der motorische Theil allein comprimirt werden könnte, dass dieses Verhalten aber keineswegs die Regel, sondern eine seltene Ausnahme darstellen müsste. Ebenso bekannt ist es, dass in allen diesen Fällen ganz bedeutende spontane Schmerzen vorkommen, die auch leicht erklärlich sind. Aus allen diesen Gründen kann man behaupten, dass für den ersten Fall, höchstwahrscheinlich auch für seinen zweiten Fall, die aufgestellte Theorie unrichtig ist. Den direkten Beweis dafür erbringt folgender von mir genau untersuchte Fall. Auch mir waren gewisse Eigenthümlichkeiten der Pseudoparalyse aufgefallen, und gerade deswegen widmete ich diesem Casus ganz besondere Aufmerksamkeit.

Januar 1893. — Es handelte sich um einen drei Tage alten Knaben. Anamnese ergibt deutliche Lues der Eltern. Schon am zweiten Tage fiel den Eltern auf, dass das Kind die linke obere Extremität nicht bewege, und wurde ich deswegen zu Rathe gezogen. Der Status ergibt ganz deutliche Lues.

Extremitätenbefund: Die linke obere Extremität liegt im Ellbogen fast gestreckt neben dem Rumpfe, so dass sie auf dem Ulnarrande aufliegt, die Hand in mässiger Pronation, die Schultermuskeln fest contrahirt, die anderen Muskeln schlaff. Berührung der Extremität, Zwicken derselben wird deutlich empfunden, bei schwächerem Zwicken macht das Kind allerdings Abwehrbewegungen nur mit der gesunden Extremität, bei starkem jedoch wird die kranke Extremität deutlich und ziemlich ausgiebig bewegt. Ebenso macht das Kind bei Lageveränderungen deutliche Abwehrbewegungen mit ihr. Die Reflexe sind vorhanden. Aus diesem Befunde geht zweifellos hervor, dass die Sensibilität und Motilität erhalten war, dass also von einer echten Paralyse, wie sie Dr. Reuter annimmt, gar keine Rede sein kann. Dieser Fall deckt sich gewiss voll mit den meisten bis jetzt beobachteten Fällen von Pseudoparalyse, und dürfte ein anderes

Verhalten zu den Ausnahmen gehören. In Reuter's drittem Fall scheint allerdings eine wirkliche Lähmung vorgelegen zu haben, und dürfte für diesen Fall seine Erklärung richtig sein.

Auch mir waren gewisse Eigenthümlichkeiten der syphilitischen Pseudoparalyse aufgefallen, wahrscheinlich dieselben, die Dr. Reuter zur Aufstellung seiner Hypothese veranlassten. Die hauptsächlichste ist die grosse Differenz, die zwischen dem Gesamtbilde dieser Krankheit und dem Gesamtbilde anderer analoger Knochenaffectionen besteht. Wir sehen ja Erkrankungen der Epiphysen entzündlicher Natur sehr häufig, und nie sind die Symptome der Lähmung so auffallend und in die Augen springend, wie bei den hereditär syphilitischen Knochenkrankungen. Dieses Verhalten ist gewiss der Aufklärung bedürftig. — Ich habe gezeigt, dass die von Dr. Reuter aufgestellte Hypothese nur für einen Theil der Fälle (wahrscheinlich nur für einen kleinen Theil derselben) richtig ist. Für die anderen Fälle eine sichere Erklärung zu geben, bin ich leider nicht imstande. Man könnte sagen, dass es sich hier um eine besondere Eigenschaft der hereditären Lues handle, das wäre wohl eine Umschreibung, aber keine Erklärung. Man könnte weiter daran denken, dass zugleich mit den Knochenkrankungen gewisse Veränderungen in den motorischen Regionen des Centralnervensystems oder in den dieselben versorgenden Arterien bestehen und dass auf diese Weise das Bild der Paralyse hervorgebracht wird, einer Paralyse, die fälschlich auf die zugleich bestehende Knochenkrankung zurückgeführt wird; das ist möglich, für einzelne Fälle wahrscheinlich zutreffend, für die Mehrzahl selbstverständlich auch nicht. Jedenfalls würde es die von Reuter citirten Fälle deutlicher Bewegungslosigkeit ohne Epiphysenaffection vollständig erklären. — Man kann weiter zur Erklärung der Pseudoparalyse heranziehen das in den ersten Lebenstagen noch nicht vollständig ausgebildete Bewegungsvermögen überhaupt. Es ist zwar richtig, dass intra uterum ziemlich reichliche Bewegungen vorkommen, es unterliegt aber wohl keinem Zweifel, dass trotzdem der volle Gebrauch der Glieder im extrauterinen Leben erst gelernt werden muss, und es wäre meines Erachtens ganz gut möglich, dass die von vornherein bestehende Epiphysenaffection, welche bei jedem Bewegungsversuche Schmerzen verursacht und denselben verhindert, dazu führt, dass die ganze Extremität gar nicht gebraucht wird und auf diese Weise beim neugeborenen Kinde das Bild der Paralyse deutlicher hervortritt, als es bei einer analogen Affection in höherem Alter der Fall wäre. Dass die Contracturen, wie sie Reuter beschrieben hat und wie ich sie auch beobachtet habe, gar nicht auffallend sind, ist ohne weiteres klar.

Ob diese Erklärung, die ich mir hier zu geben erlaube, richtig ist, würde sich zeigen bei Beobachtung 1) andersartiger Epiphysenaffectionen Neugeborener und 2) luetischer Epiphysenaffectionen bei etwas älteren Kindern. Es müsste sich dabei ergeben, dass bei Kindern der ersten Kategorie ebenfalls auffallende Lähmungserscheinungen vorliegen, bei Kindern der zweiten Kategorie aber nicht.

Wenn ich das Gesagte zusammenfasse, ergibt sich folgendes: Die hereditär luetische Epiphysenentzündung unterscheidet sich von anderen ähnlichen Affectionen hauptsächlich durch die bei derselben ganz besonders in den Vordergrund tretenden Lähmungserscheinungen. Eine sichere Erklärung dieser eigenthümlichen Erscheinung ist bis jetzt nicht gegeben. Möglicherweise wird sie verursacht durch verschiedene Momente; diese wären: 1) mangelhaftes Bewegungsvermögen des neugeborenen Kindes überhaupt, 2) zu gleicher Zeit vorhandene Erkrankungen des Centralnervensystems, 3) Compression der Nerven durch die Geschwulst. — Es ist klar, dass nur die erste Erklärung eine allgemeine Bedeutung haben kann, die zwei anderen aber höchstens für einzelne Fälle zutreffen können.