IX.

Aus der Poliklinik des Dr. GOLDFLAM in Warschau.

Ueber Störungen des Achillessehnen-Reflexes bei Tabes und Ischias.

Von

Dr. Max Biro.

Im Jahre 1897 habe ich einen Aufsatz¹⁾ über ein Phänomen publicirt, welches beweisen sollte, dass Ischias oft ein entzündlicher Process sei. In der differentiellen Diagnose sprach ich die Vermuthung aus, dass eine Tabes mit aufgehobenem Achillessehnenphänomen in einer Extremität möglich ist. Diese Meinung stützte sich auf eine Analogie. Wenn, wie Goldflam²⁾ zeigte, das Kniephänomen bei Tabes in einer Extremität schwinden und gewisse Zeit eine Ungleichmässigkeit beider Kniereflexe beobachtet werden kann, wenn, wie es auch von mir öfters constatirt wurde, die Achillessehnenreflexe bedeutend früher, als die Patellarreflexe schwinden, so erschien es mir wahrscheinlich, dass auch der Reflex an einer Achillessehne früher als an der anderen zu schwinden vermag. Damals hatte ich jedoch keine diesbezüglichen positiven Thatsachen. Ich beschränkte mich blos darauf, dass ich in einigen Worten diese Vermuthung ausgesprochen habe, weil ich damals nur beweisen wollte, dass die Alteration des Achillessehnenphänomens als Symptom einer Erkrankung des N. ischiadicus gedeutet werden kann und als solches auf die entzündliche Natur der bisher als Ischiadicusneuralgie beobachteten Krankheit hinweist. Ich habe über 12 Fälle dieses Leidens berichtet mit unzweifelhaften Zeichen einer Entzündung, die sich am beständigsten und klarsten durch fehlende, bezw. abgeschwächte Achillessehnenphänomene manifestirte. In einigen derselben habe ich Atrophie entsprechender Muskel, objective Sensibilitätsstörungen, besonders abge-

1) Neuritis ischiadica, Neuralgia ischiadica und Hysterie. Ein neues differentialdiagnostisches Symptom u. s. w. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1897. S. 207—229.

2) Ueber die Ungleichheit der Kniephänomene bei Tabes dorsalis. Neurolog. Centralblatt. 1888.

schwächte Sensibilität, auch veränderte elektrische Erregbarkeit gefunden. Die Atrophie entsprach allerdings nicht den Alterationen der elektrischen Erregbarkeit, noch den Sensibilitätsstörungen. Das einzige allen Fällen gemeinsame Symptom bestand in Veränderungen des Achillessehnenphänomens. Deshalb vermute ich, dass eine gewisse Abhängigkeit zwischen der Ischiadicuserkrankung und dem veränderten Reflexe besteht. Dies schien mir auf Grund der anatomischen und physiologischen Thatsachen wahrscheinlich. Der *M. gastrocnemius* und *M. soleus* bekommen Aeste vom *N. tibialis*, der vom *N. ischiadicus* ausgeht; die Veränderungen des Nerven können die motorische Bahn schädigen, also den Reflex aufheben. Der aufgehobene oder abgeschwächte Reflex schliesst die Neuralgie aus und deutet auf einen schwereren, einen entzündlichen Process hin. Gewiss ist dies Alles möglich, doch lassen sich viele Einwände machen. Ich müsste eben beweisen, dass ein Parallelismus zwischen der entsprechenden Phase des Leidens und dem Zustande des Achillessehnenreflexes zu beobachten wäre. Sonst könnte man behaupten, dass beim Patienten das Fehlen des Achillessehnenphänomens angeboren sei. Gewisse Forscher glauben, dass die Patellarreflexe zuweilen bei gesunden Personen fehlen können. Analog könnte man dasselbe für die Achillessehnenreflexe vermuthen. G. Fischer¹⁾ ist der Meinung, dass bei Gesunden von Geburt an die Kniephänomene beiderseits fehlen können. O. Berger²⁾ will sie bei 1,6 Proc. gesunder Leute nicht vorgefunden haben. E. Bloch³⁾, der hierauf circa 700 Schulkinder im Alter von 6–8 Jahren untersucht hatte, vermisste sie 5 mal. Er fügt hinzu, dass 4 Kinder aus neuropathischen Familien stammten. Gowers⁴⁾ will unter 300 Personen 18 ohne Patellarreflexe beobachtet haben, doch alle diese waren von schwerer Nervenkrankheit ergriffen. Westphal⁵⁾ hat Gesunde ohne Patellarreflexe nie gesehen. Unsere Thatsachen zwingen uns die Möglichkeit des Fehlens der Reflexe bei gesunden Leuten stark anzuzweifeln. Unter Tausenden von Kranken waren blos 6, bei denen es schwer zu erklären war, weshalb sie keine Reflexe hatten. Die spätere Beobachtung zweier dieser Patienten zeigte, dass sie nach fieberhaften Erkrankungen (einer nach Diphtherie) Polyneuritis durchgemacht haben; nach gewisser Zeit kehrten bei einem alle Reflexe, beim anderen einer

1) Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1880. Nr. 20.

2) Centralbl. f. Nervenheilk. 1879. Nr. 4.

3) Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. 1882. Bd. XII. 471–479.

4) Neuere Beobachtungen über die Bedeutung verschiedener Reflexe. Vgl. Zusammenstellung von Möbius. 1880. Bd. 185.

5) Ueber das Verschwinden und die Localisation des Kniephänomens. Berl. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 1 u. 2. S. 21.

an der Achillessehne zurück. Dieses seltene Vorkommen von Leuten, die bei anscheinender Gesundheit der Reflexe beraubt sind, lässt das Fehlen derselben nicht als klar verständliche Thatsache, als eine Erscheinung, die manchmal bei Gesunden vorkomme, zu betrachten, sondern sie zwingt uns in allen entsprechenden Krankengeschichten immer diese Erscheinung mit einem Fragezeichen aufzunehmen, stets dieselbe als Gegenstand, welcher erwogen, vielfach und lange untersucht sein sollte, in der Hoffnung, dass neue Ereignisse zum Vorschein kommen, welche dieser anscheinend geringen Thatsache grössere Bedeutung verleihen können. Wenn es selten zur Beobachtung kommt, dass eine gesunde Person aller Sehnenreflexe beraubt ist, so muss es desto seltener vorkommen, dass Jemandem blos gewisse, sagen wir, die Achillessehnenreflexe, fehlen und noch seltener, dass man bei ihm das Achillessehnenphänomen an einer Extremität nicht vorfinden kann. Solche Leute habe ich nie gesehen. Doch nehmen wir an, dass theoretisch auch dies möglich sei, so würde ich auch dann meine Meinung über das Aufgehobensein eines Achillessehnenreflexes als Symptom der Tabes oder der Ischias nicht widerrufen. Meine Behauptung fusst auf dem Parallelismus, der zwischen dem Stande, vielmehr der Phase der Krankheit und dem Zustande des Achillessehnenreflexes besteht. Gelingt es uns, einem Kranken zu begegnen mit ansehnlichen Erscheinungen einer Tabes in den ersten Phasen der Reflexstörungen, so gelingt es uns manchmal nachzuweisen, dass der Achillessehnenreflex an einer Extremität schwächer, als an der anderen ist; im weiteren Verlaufe der Krankheit kann die Verringerung des Reflexes immer grösser werden und zum vollkommenen Schwinden desselben führen, wie das aus dem Folgenden zu ersehen ist.

Fall 1. W. W., 47jähriger Mann, besuchte die Poliklinik am 8. October 1898 mit Klagen über Kopfschmerzen und Ohrensausen. Kopfschmerzen sollen ihn fast stets peinigen, am Tage jedoch mehr, als Nachts. Er soll dabei eine Schwere im ganzen Kopf empfinden. Vor Jahren oft des Morgens wasserartiges Erbrechen (Potator). Im 18. Lebensjahre Ulcus unbestimmter Art. Exanthem, Halsschmerzen fehlten. Seit 20 Jahren verheirathet. Frau nie geboren, doch einige Abortus durchgemacht. Seit einigen Monaten soll er sexuell schwächer geworden sein. Nie Ohrenleiden. Gute Sehkraft. Nie Oedem der Extremitäten. Keine Beschwerden seitens der Blase oder des Rectums. St. pr. Mann von mässigem Körperbau, schwach ernährt. Romberg'sches Symptom. Kein Tremor. Pupillen mittelgross, gleichweit; rechte reagirt schwächer als linke. Patellar-, Achillessehnen-, auch Hautreflexe normal. Pharyngealreflex gesteigert. Plaques hypalgésiques besonders an der linken Körperhälfte. Respiration etwas rauh. Herz, Bauchhöhle normal. Harn ohne Eiweiss und Zucker.

25. August 1899. Seit 4—5 Monaten fast jeden Tag Leibscherzen

einige Stunden andauernd, ohne Erbrechen. Einige Tage beständig dumpfe Schmerzen der unteren Extremitäten, besonders an der Innenfläche der Füße und Unterschenkel. Ausserdem an den Ober-, weniger an den Unterschenkeln kurze, einige Secunden dauernde reissende Schmerzen, die hie und da einsetzen. Rechte Pupille reagirt auf Licht schlecht, linke etwas besser, obwohl ebenfalls schwach. Achillessehnenreflex an der rechten Extremität schwächer als an der linken. Sonst Status idem.

13. September 1899. Pupillen reagiren sehr schwach auf Lichteinfall, besonders rechts. Kniephänomen beiderseits normal, linker Achillessehnenreflex schwach, rechter auch mit Jendrassik unauslösbar.

Selbstverständlich können wir einen Patienten zu sehen bekommen, bei dem der Achillessehnenreflex einerseits schon gefehlt hat; hier können jedoch andere Erscheinungen die Meinung bekräftigen, dass dieser fehlende Reflex ein Symptom der Tabes sei. Dies zeigt uns der nächste Fall.

Fall 2. S. W., 33 Jahre alt, suchte die Hilfe der Poliklinik am 13. September 1899 auf. Seit dem Beginn des letzten Frühjahres Schmerzen im hinteren unteren Theile der Unterschenkel, besonders nach lang andauerndem Gehen. Schmerzen sollen in der Ruhe aufhören. Seit 4 Monaten, nach kaltem Bade angeblich, Formication der Füße, erst des linken, dann des rechten. Seit einigen Monaten bohrende Schmerzen, die Secunden andauern und immer andere Stellen der unteren Extremitäten ergreifen. Im Winter Kopfschmerzen, besonders Nachts. Vor 10 Jahren Ulcus unbestimmter Natur durchgemacht. Nie Erscheinungen allgemeiner Infection. Frau 5 gesunde Kinder geboren, nie abortirt. Er soll abgemagert sein. St. praes. Ein wenig bleich, gut gebaut. Geschlängelte Temporalarterien. Kleine Pupillen und emporstehende diffuse Verdickungen des rechten Arcus supraorbitalis. Untere Theile der Unterschenkel etwas ödematös. Hier und weniger an den Füßen kleine, doch mehrere Sugillationen. Puls hart, etwas saltans. Herzgrenzen oben bis zur vierten Rippe; Ictus stark, im 6 ICR., über dem Sternum präsysstolisches Geräusch, am deutlichsten über der Aorta. Capillärer Puls nicht bemerkbar. Lungen, Bauchhöhle gesund. Rechte Pupille etwas breiter, als linke; letztere fast ohne Reaction auf Licht; rechte reagirt schwach; bei Accommodation reagiren beide gut. Normaler Augenhintergrund. Patellarreflexe sogar etwas gesteigert; Achillessehnenphänomen an der rechten Extremität ganz normal, an der linken sogar mit Jendrassik unauslösbar. Cremaster-, Bauchdeckenreflex gut, Plantarreflex schwach. Sensibilität verspätet; stellenweise Analgesie, besonders an den distalen Theilen der unteren Extremitäten. Muskelsinn normal. Keine Ataxie. Romberg'sches Symptom nicht vorhanden. Harn etwas Eiweiss enthaltend.

Im weiteren Verlauf der Krankheit kann in gewissem Grade der Achillessehnenreflex an der anderen Extremität ergriffen werden. Dann ist derselbe an einer Extremität aufgehoben, an der anderen verringert. Das sehen wir aus dem dritten Falle:

Fall 3. F. L., 38 jähriger Mann, kam in die Poliklinik am 30. April 1900 wegen Schmerzen in den unteren Extremitäten. Sie sollen seit 10 Jahren bestehen, paroxysmenweise auftreten und lancinierend sein. Seit 15 Jahren nach wochenlangen Pausen Schmerzen in der linken Hälfte des Kopfes, manchmal mit Uebelkeit. Gonorrhoe und Ulcus molle (?) durchgemacht. Nie Exanthem und Halsbeschwerden. Verheirathet. Frau nie concipirt. St. praes. Mässiger Körperbau, ebensolche Ernährung. Haut, Lymphdrüsen, Knochen und die sonstigen Organe intact. Kniereflex an beiden Extremitäten unverändert, Achillessehnenreflex an der rechten Extremität aufgehoben, an der linken bloss manchmal und in geringem Grade auslösbar. Linke Pupille enger als rechte, beide reagieren auf Licht schwach, bei Accommodation regelmässig. Augenhintergrund normal. Tast-, Schmerz-, Temperatur- und Muskelsinn nicht ergriffen. Keine Ataxie. Romberg'sches Symptom nicht vorhanden. Harn ohne Eiweiss und Zucker.

Auf diese Weise werden, wie wir sehen, in vielen Fällen von Tabes die Achillessehnenreflexe bloss an einer Extremität ergriffen, um im weiteren Verlaufe an beiden vollständig zu schwinden. Da einige Symptome der Tabes und der progressiven Paralyse gemein sind, fragt es sich, ob auch bei dieser letzteren Krankheit die Reflexstörungen an einer Achillessehne beginnen können. Mein diesbezügliches Material erlaubt mir bisher nicht, etwas Sicheres darüber auszusprechen, da ich bloss einen derartigen Fall kenne. Bei einem 38jährigen Manne, der nach Aussagen der Verwandten seit einem Jahre psychisch erkrankte und objectiv deutliche Erscheinungen von progressiver Paralyse darbot, war ausser engen, ungleichen, lichtstarren Pupillen der Achillessehnenreflex an einer Extremität verringert und nach einem Monat ganz aufgehoben. Wahrscheinlich wird der Patient im weiteren Verlauf der Krankheit auch des zweiten Achillessehnenreflexes beraubt werden. Die Verringerung und das Schwinden des Achillessehnenreflexes wird bei der progressiven Paralyse wie bei der Tabes immer bedeutender, und nach gewisser Zeit ist sie an beiden Extremitäten feststellbar. Aehnliches ist bei Ischias nicht zu erwarten. Derselbe Parallelismus, den wir zwischen dem Verhalten des Achillessehnenreflexes und der Krankheitsphase vorfinden, lässt uns voraussetzen, dass im Beginne der Ischias der Achillessehnenreflex, wofern er alterirt ist, an der entsprechenden Extremität verringert, im weiteren Verlauf aufgehoben werden wird, um nach einer Besserung des Leidens von Neuem aufzutreten und nach vollkommener Gesundheit ganz normal zu sein. Solche Phasen im Verhalten der Achillessehnen sind a priori zu erwarten und können auch durch Beobachtungen bestätigt werden. Sofern man einem derartigen Kranken im Beginne seines Leidens begegnet, kann man den Achillessehnenreflex an einer Extremität verringert und im weiteren Verlaufe aufgehoben sehen. Es zeigt das:

Fall I. R. C., 50jährige Frau, besuchte die Poliklinik am 13. December 1897, über Schmerzen an der rechten unteren Extremität klagend, die seit drei Wochen angeblich im Anschluss an ein Trauma bestehen. Die Schmerzen sollen am bedeutendsten beim Gehen, weniger beim Stehen und am wenigsten beim Sitzen auftreten. Acht Kinder geboren, sieben derselben in den ersten Lebensjahren gestorben; drei Abortus durchgemacht. St. praes. Guter Körperbau; mässige Nutrition. Mässige Varicen an beiden unteren Extremitäten, besonders an den Unterschenkeln. Lunge, Herz Bauchhöhle intact. Geringe Schmerzempfindung beim Betasten der linken Glutäalgegend im Bereiche des N. ischiadicus. Gelenke, Muskeln nicht ergriffen. Tast-, Schmerz-, Temperatursinn im unteren Theile der äusseren Fläche des rechten Unterschenkels ein wenig verringert. Kniephänomen beiderseits normal; Achillessehnenreflex an der rechten Extremität bloss manchmal und in äusserst geringem Grade auslösbar; an der linken ganz normal.

7. Mai 1898. Seit 2 Monaten sollen die Schmerzen geringer geworden, doch nicht geschwunden sein. Achillessehnenreflex rechts aufgehoben, links normal.

4. Juni 1898. Halsschmerzen. Untere rechte Extremität soll nur selten und bloss minutenlang schmerzen. Achillessehnenreflex rechts in geringem Grade auslösbar.

Bei Besserung des Leidens erscheint also schon manchmal der Achillessehnenreflex während der Untersuchung. Nach Genesung wird er normal, so im:

Fall II. K. E., 25 Jahre alt, klagte am 29. November 1897 über Schmerzen der rechten unteren Extremität, an denen sie seit einigen Wochen leidet. Sie sollen an der hinteren Fläche des Oberschenkels und an der äusseren und hinteren Seite des Unterschenkels auftreten. Am heftigsten sind sie während des Sitzens, weniger beim Liegen und am geringsten beim Gehen; haben den Charakter von Reissen, Brennen. Im 17. Lebensjahre geheirathet, nach einigen Monaten vom Manne verlassen. Ein Kind geboren. St. praes. Mässig gebaut und ernährt. Innere Organe intact. Battement de paupières. Hypalgesie an der rechten Körperhälfte, doch besonders längs des unteren Verlaufes des N. peroneus dexter. Laséguesches Symptom am rechten Bein. Keine ausgesprochenen Points douloureux. Kniephänomen beiderseits normal; Achillessehnenreflex an der linken Extremität normal, an der rechten aufgehoben. Galvanische Erregbarkeit beider Nn. peronei gleich, von jedem M. peroneus bei 4 M.-A. KaSZ > AnSZ; von jedem M. tibialis post. bei 5 M.-A. KaSZ > AnSZ; Contraction blitzartig.

17. December 1897. Achillessehnenreflex an der linken Extremität normal, an der rechten aufgehoben.

28. Januar 1898. Besserung. Laségue'sches Symptom schon schwach angesprochen. Achillessehnenreflex an der rechten unteren Extremität schon etwas auslösbar.

4. Februar 1898. Patientin befindet sich gut. Keine Schmerzempfindung. Achillessehnenreflex an beiden Beinen normal, gleich stark.

Wenn wir den Kranken nicht sehr oft untersuchen können, ist es möglich, dass uns die Phase der geringen Besserung im Verhalten des Achillessehnenreflexes entgeht, und wir den Patienten erst nach vollkommenem Wiederkehren des Reflexes zu sehen bekommen.

Fall III. Dr. A. S., 38 Jahre alt, den ich mit Dr. Goldflam am 8. Februar 1898 untersuchte, klagte über Schmerzen in der rechten unteren Extremität und zwar an der hinteren Seite des Oberschenkels, an denen er seit 4 Wochen gelitten. Am heftigsten sollen die Schmerzen während des Sitzens, weniger beim Liegen, am geringsten beim Gehen sein. Seit einigen Monaten manchmal Wadenkrämpfe in der rechten Extremität. Nachts sind die Schmerzen nicht heftiger als während des Tages. Die bequemste Lage für die kranke Extremität ist die vom Patienten instinctiv gefundene, nämlich Abduction des Oberschenkels mit gleichzeitiger Flexion im Kniegelenk (Winkel 150°). Durch Niesen und Husten werden die Schmerzen nicht gesteigert. Nie Gelenk- oder Knochenleiden. Kein Potus, mässiger Nicotinismus. Neuropathisch belastet. St. praes. Mässig gebaut und ernährt. Er geht, ohne die untere rechte Extremität im Kniegelenk genügend zu flectiren. Muskeln am rechten Unterschenkel schlaffer als am linken. Laségue'sches Symptom. Points douloureux nicht ausgesprochen, nur die rechte Glutäalgegend und der untere äussere Theil des entsprechenden Unterschenkels scheinen beim Belasten etwas empfindlicher. Sensibilität im Bereich des unteren Theiles der N. peroneus ein wenig verringert. Keine Erscheinungen von Lues. Pupillen gleichweit, mittelgross, gut reagirend. Innere Organe normal. Im Harn weder Eiweiss noch Zucker. Kniereflexe beiderseits normal. Achillessehnenreflex rechts unauslösbar, links normal.

24. Februar 1898. Gang besser. Schmerzen geringer. Am meisten schmerzt die Veränderung der Lage aus dem Liegen ins Sitzen. Achillessehnenreflex rechts aufgehoben.

14. März 1898. Schmerzen beim Ermüden nach Gehen. Sitzen schmerzt mehr als Gehen; Liegen schmerzlos. Achillessehnenreflex rechts aufgehoben. Die Sensibilität im Gebiet des N. peroneus dexter ist herabgesetzt. Laségue'sches Symptom weniger deutlich als vorher.

19. März 1898. Schmerzen vorbei. Sie entstehen bloss beim Schuhanziehen. Laségue'sches Symptom nicht mehr vorhanden. Achillessehnenreflex an der rechten Extremität aufgehoben.

39. April 1898. Gesund. Achillessehnenreflex an der rechten unteren Extremität ebenso gut, wie an der linken.

Fall IV. T. M., 50jähriger Mann, kam in die Poliklinik am 18. Juli 1899 wegen Schmerzen, die ihn an der hinteren Seite der rechten unteren Extremität eine Woche plagten. Die Schmerzen sind beständig, manchmal sehr intensiv. Seit längerer Zeit manchmal Kopfschwindel. Frau 5 Kinder geboren, von denen 3 in den ersten Lebensjahren gestorben sind; nie soll sie Abort durchgemacht haben. Vor 10 Jahren soll er 6 Monate an Schmerzen in der linken unteren Extremität gelitten haben. St. praes. Gut ernährt, ebenso gebaut. Am Rücken unten links und am linken Oberschenkel hinten ein wenig oberhalb der Kniekehle 2 apfelgrosse Lipome. Bei nach vorn gebeugtem Oberkörper und steif gehaltenen Beinen treten

im rechten Bein Schmerzen auf. Laségue'sches Symptom an der rechten unteren Extremität, gleichviel ob man das rechte oder linke Bein im Kniegelenk extendirt. Keine Points douloureux. Pupillen gleich weit, gut reagirend. An den Beinen keine Venektasien. Varices haemorrhoidales. Keine Muskelatrophie. Kniephänomen beiderseits normal; Achillessehnenreflex links normal, an der rechten Extremität aufgehoben. Gehör abgestumpft. Harn ohne Eiweiss und Zucker.

16. December 1899. Klagt über Kopfschwindel (Ohrenleiden). Beine gesund. Achillessehnenreflex an beiden Extremitäten normal, gleichstark.

Das Zusammenstellen einiger Thatsachen meines vorigen Aufsatzes über Achillessehnenstörungen bei Erkrankungen des N. ischiadicus mit den obigen erlaubt uns folgende Sätze aufzustellen:

1. Das Vorhandensein von gesunden Leuten ohne Sehnenreflexe erscheint zweifelhaft.
2. Noch weniger wahrscheinlich ist es, dass bei gesunden Leuten von Geburt an ein Sehnenreflex an irgend einer Extremität fehlen kann.
3. In vielen Fällen von Erkrankungen des N. ischiadicus war der Achillessehnenreflex an der ergriffenen Extremität beschädigt.
4. In keinem Falle war diese Störung an der gesunden Extremität vorzufinden.
5. In einigen Fällen war im Beginne der Krankheit Verringerung des Reflexes zu beobachten, im weiteren Verlaufe Aufgehobensein desselben, bei Genesung allmähliches Zurückkehren und nach totaler Erholung vollständige Wiederherstellung.
6. Physiologisch ist die Abhängigkeit des Achillessehnenreflexes vom N. ischiadicus gerechtfertigt.

Daher müssen wir schliessen, dass die Störungen des Achillessehnenreflexes vom Leiden des N. ischiadicus abhängig sein können. Da die Sehnenreflexstörungen bei Erkrankungen der peripheren Nerven auf anatomisch schwerere Krankheiten hindeuten, als auf Neuralgien und da in gewissen Fällen andere Entzündungserscheinungen vorzufinden waren, müssen wir annehmen, dass die Störungen des Achillessehnenreflexes bei Erkrankungen des N. ischiadicus Symptome eines entzündlichen Processes in dessen Bereiche sind. Da ich mich überzeugte, dass aus allen Erscheinungen dieser Entzündung die Störungen des entsprechenden Reflexes die beständigsten sind, möchte ich die Meinung aussprechen, dass die Störung des Achillessehnenreflexes das sicherste Symptom eines entzündlichen Processes im Bereiche des N. ischiadicus ist. Jetzt kommt die Frage, ob man den Begriff über entzündliche Processe im Bereiche des N. ischiadicus auf eine grössere Zahl von Fällen der Erkrankung dieses Nerven nicht ausdehnen kann,

ob man aus der Pathologie des N. ischiadicus nicht vielmehr den Begriff der Neuralgie, als den der Neuritis austreichen soll. Wenn der Achillessehnenreflex in gewissen Fällen nicht gänzlich aufgehoben, sondern bloß verringert ist, wo ist dann die Grenze des entsprechenden Grades seiner Verringerung aufzuweisen? Sind denn unsere Methoden so präcis, dass wir irgend welche Erscheinungen als absolut gleichartig nennen dürfen? Wahrscheinlich hat Niemand absolut gleichartige Reflexe an beiden Extremitäten, es existirt möglicherweise ein Durchschnittsmaass. Bis dieses näher bestimmt wird, müssen wir solche Reflexe für gleichartig halten, deren Unterschied für das Auge unzugänglich ist. Wenn wir das in Acht nehmen, müssen wir sagen, dass, falls der in gewissem Grade abgeschwächte oder gänzlich aufgehobene Achillessehnenreflex auf einen entzündlichen Process hindeutet, noch keineswegs der anwesende Reflex eine geringere, nicht entzündliche, doch bloß neuralgische Erscheinung beweist. Seit meiner vorigen Arbeit über 12 Fälle mit Störungen des Achillessehnenreflexes habe ich 52 Fälle beobachtet. Während der letzten drei Jahre habe ich 168 Fälle von Erkrankung des N. ischiadicus gesehen, davon waren 21 Hysterie, also solche, welche ich im vorigen Aufsätze Pseudoischias nannte, 95 Ischiadicusneuralgien. Wenn wir berücksichtigen, dass die Fälle von Erkrankung des N. ischiadicus mit aufgehobenem Achillessehnenreflex 30 Proc. der gesammten Zahl meiner Beobachtungen ausmachen, dass nach Abzug der Pseudoischias sie sogar mehr als 35 Proc. bilden, wenn wir bedenken, dass ich zuletzt einen Fall beobachtete, wo in den ersten Tagen der Krankheit die Achillessehnenreflexe an beiden Extremitäten gut und gleichstark waren und nach gewisser Zeit der Reflex am kranken Beine bedeutend schwächer wurde, wenn wir uns erinnern, dass es Fälle von Ischiadicusneuralgie mit normalem Achillessehnenreflex, doch ohne Points douloureux, dagegen mit Schmerzhaftigkeit beim Betasten längs des ganzen Verlaufes des Nerven, auch andere Fälle mit verringerter Sensibilität im Bereiche des N. peroneus, andere mit Muskelatrophie, andere wieder mit veränderter elektrischer Erregbarkeit giebt, so muss die Frage entstehen, ob der Begriff einer Ischiadicusneuralgie gerechtfertigt sein kann. Es ist schwer, ganz gewiss zu behaupten, doch andererseits kann nicht gezweifelt werden, dass die bisher stets in die Gruppe der Neuralgien gezählte und als Ischiadicusneuralgie genannte Krankheit eher für ein schwereres anatomisches, als für ein functionelles Leiden zu betrachten sei, und ob man durch Verwischen der Grenze zwischen der Ischiadicusneuralgie und schwererem Leiden des N. ischiadicus in gewissem Grade den wackelnden Boden des Vorhandenseins functioneller Leiden nicht erschüttern kann.