Aus der III. medizinischen (Nerven-)Abteilung (Oberarzt Dr. Saenger)
des allgemeinen Krankenhauses St. Georg Hamburg.

Fehlen der Bauchdeckenreflexe bei chronischem Alkoholismus.

Von

Dr. Hans Sauer,

Assistenzarzt.

Über die Verwertbarkeit der Bauchdeckenreflexe für die Diagnostik der Erkrankungen des Nervensystems gehen die Anschauungen sehr auseinander. So legt Oppenheim, der ein Fehlen der Bauchdeckenreflexe in 15—20 Proz. der Fälle und vor allem ein häufiges Fehlen auch bei gesunden, kräftigen, nicht korpulenten Männern gefunden hat, den Bauchreflexen keine allzu grosse Bedeutung zu, ausgenommen nur dann, wenn sie einseitig fehlen. Auch Binswanger hält die Bauchdeckenreflexe für nicht konstant. Sie bieten individuell die grössten Verschiedenheiten. Es gibt Individuen, bei denen bald halb-, bald doppelseitig diese Reflexe äusserst schwach sind oder fehlen können. Die grossen Unterschiede in den verschiedenen Statistiken der Autoren erklären sich wohl aus der Verschiedenheit des untersuchten Materials und aus der Art der Untersuchung, indem einige nur einen Reflex auf jeder Seite, andere einen supra- und infraumbilikal und andere wieder einen oberen, mittleren und unteren Bauchreflex auf jeder Seite unterscheiden.

So haben ausser Oppenheim v. Strümpell ein Fehlen der Abdominalreflexe in 13 Proz., Geigel bei 100 Frauen in 8 Proz., Schönborn bei Männern in 2 Proz. und Müller und Seidelmann bei Nervengesunden unter 50 Jahren in 5 Proz. feststellen können. Die Kontrolluntersuchungen der beiden zuletzt genannten Autoren an 1000 Soldaten ergaben sogar nur in einem einzigen Falle ein Fehlen der Bauchreflexe. Sie kommen auf Grund ihrer Untersuchungen entgegengesetzt zu Oppenheim zu dem Schlusse, dass ein Fehlen der Bauchreflexe auf krankhafter Grundlage beruhe, entweder auf Erkrankung des Nervensystems oder auf Affektionen der Bauchhöhle. Auch Dinkler kommt zu dem Schlusse, dass die Bauchreflexe, abgesehen von Frauen mit schlaffen Bauchdecken und korpulenten Individuen beiderlei Ge-

schlechts, wohl bei Gesunden nie gänzlich vermisst werden. Von ihm wurde auch häufig ein Wechsel in der Intensität bei demselben Individuum (Abnahme durch wiederholte Reizung und in der Kälte, Steigerung im Fieber, bei psychischen Erregungen usw.) festgestellt.

Müller und Strümpell haben das Verdienst, zuerst das frühzeitige Fehlen der Bauchreflexe bei der multiplen Sklerose nachgewiesen zu haben. Und da gerade die Diagnose dieser Krankheit in ihren Anfängen von grossem Wert ist, so haben wir in diesem Frühsymptom ein wichtiges differentialdiagnostisches Zeichen. Die Richtigkeit dieses für multiple Sklerose wichtigen Frühsymptoms haben wir an unserem grossen Material auch bestätigen können.

Um so wichtiger ist es nun, die Frage nachzuprüfen, kommt das Fehlen der Bauchreflexe auch bei anderen Erkrankungen und bei welchen vor.

Ein Fehlen der Bauchreflexe ist beobachtet worden bei allen spinalen und cerebralen Hemiplegien verschiedenster Genese. Schon Rosenbach und später Strümpell beschrieben das häufige Fehlen der Bauchreflexe auf der gelähmten Seite bei cerebralen Hemiplegien. Es ist demnach das halbseitige Fehlen oder Schwächerwerden für den Nachweis früherer Hemiplegien manchmal von grosser Bedeutung. Durch das frühzeitige Fehlen der Bauchreflexe bei der multiplen Sklerose haben wir ein wichtiges differentialdiagnostisches Symptom zwischen der eben genannten Erkrankung und der spastischen Spinalparalyse, bei der selbst in Endstadien der Reflex erhalten bleibt.

Fehlen eines oder mehrerer Bauchdeckenreflexe kann auch für die Lokaldiagnose von Rückenmarkstumoren manchmal von Bedeutung sein. Nach Oppenheim können ferner funktionelle reflektorisch wirkende Momente eine erhebliche Differenz im Verhalten der Bauchreflexe hervorbringen. Bei der Neurasthenie beobachtete er neben häufiger Steigerung auch manchmal Fehlen und Abschwächung der Bauchreflexe.

Ricker gibt an, dass bei hysterischer Anästhesie die Reflexe auf der anästhetischen Seite ausfielen. Derselben Ansicht ist Pitres.

Binswanger hingegen stimmt Rosenbach bei, dass die abdominalen Reflexe selbst in Fällen kutaner Anästhesie resp. Analgesie keine Veränderungen darbieten.

Ausser bei den eben genannten Erkrankungen beobachten wir ein Fehlen eines oder mehrerer Bauchdeckenreflexe oder eine Abschwächung derselben bei den verschiedenartigsten diffusen oder lokalen krankhaften Prozessen im Abdomen.

Jamin hat das Fehlen der rechten Bauchdeckenreflexe als diagnostisch verwertbares Symptom für die Diagnose der Perityphlitis

angegeben und Rolleston bei Typhus abdominalis während der fieberhaften Periode.

Nun möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dass bei einem hier in Hamburg besonders häufig beobachteten Leiden, nämlich dem chronischen Alkoholismus, das Fehlen eines oder mehrerer Bauchdeckenreflexe enorm häufig beobachtet wurde. Auf Anregung meines Chefs, Herrn Oberarzt Dr. Saenger, habe ich bei den Fällen von chronischem Alkoholismus aus der letzten Zeit auf das Verhalten der Bauchdeckenreflexe geachtet und, um einen Vergleich zu erhalten, auch das Verhalten der Bauchdeckenreflexe zu wiederholten Malen an sämtlichen anderen Patienten der Abteilung geprüft.

Es wurden in allen Fällen der obere, mittlere und untere Reflex auf jeder Seite immer in der gleichen Weise geprüft und zu wiederholten Malen nachgeprüft. Wenn bei den häufigen Prüfungen auch nur einmal einer der 6 Reflexe nicht auslösbar war, so wurde der Fall auf die Liste der fehlenden Bauchdeckenreflexe gesetzt.

Das Ergebnis dieser Untersuchungen war, was das Verhalten der Bauchdeckenreflexe bei chronischem Alkoholismus anbetrifft, ein sehr überraschendes und auffallendes, dass ich eine Mitteilung meiner Befunde, zumal ich in der Literatur keine Angaben über dieses auffallende Verhalten gefunden habe, wohl für berechtigt halte.

Bei unseren Patienten liegt in einem enorm hohen Prozentsatz übermässiger Alkoholgenuss vor und zwar handelt es sich meistens um Schnapstrinker, die durch Jahre hindurch täglich für 20 bis 80 Pf. und teilweise noch bedeutend mehr Schnaps mit zur Arbeit nehmen. Wenn man bedenkt, dass man für 90 Pf. einen Liter Schnaps erhält, so stellt dieses Quantum regelmässig genossen einen recht erheblichen Alkoholmissbrauch dar. Dementsprechend spielt der Alkohol ätiologisch eine bedeutende Rolle für eine grosse Zahl der Erkrankungen, die wir hier zur Behandlung bekommen, wie da sind Lebercirrhosen, schwere Formen von Neuralgien, Lähmungen, Pachymeningitis haemorrhagica, Delirien, Psychosen und andere mehr.

Bei meinen untersuchten 132 Fällen habe ich 65 mal das zeitweise oder konstante Fehlen eines oder mehrerer der 6 Bauchdeckenreflexe feststellen können und von diesen 132 Patienten haben 58 einen mehr oder weniger starken Alkoholgenuss zugegeben. 46 mal konnten wir für das Fehlen der Reflexe den chronischen Alkoholismus verantwortlich machen und in 19 Fällen waren andere Erkrankungen ätiologisch vorhanden und zwar multiple Sklerose in 4 Fällen, Kompression des Rückenmarks in 2 Fällen, Apoplexia cerebri in 3 Fällen, Tumor cerebri in 1 Fall, Peritonitis tuberculosa in 1 Fall, Nephro-

lithiasis in 1 Fall, wo der linke untere Reflex entsprechend der grössten Druckempfindlichkeit fehlte.

1 mal bei einem Phthisiker mit schwerer Darmtuberkulose.

1 mal bei einem Epileptiker mit Bronchiektasien. In diesem Falle fehlten fast konstant sämtliche Reflexe, so dass hier wohl ein organisches Leiden zugrunde liegt.

1 mal bei einem Patienten, der wegen Lumbago in Behandlung war und bei dem, obgleich Potus nicht konzidiert wurde, der Verdacht auf chronischen Alkoholismus bestand (Tremor manuum, heftige Neuralgien).

3 mal bei sehr starken und fettreichen und 1 mal bei einem 78jährigen benommenen Mann mit äusserst schlaffen Bauchdecken. In den letzten 4 Fällen war auch nur zeitweise der eine oder der andere Bauchreflex nicht auslösbar, so dass hier das Fehlen durch die Beschaffenheit der Bauchdecken erklärt werden muss.

Bei allen übrigen Kontrollfällen konnten bei wiederholten Nachprüfungen alle 6 Reflexe konstant ausgelöst werden, obgleich sich darunter eine grosse Anzahl schwerkranker Patienten und älterer Individuen über 50 Jahre befand. Doch ist die Zahl der Kontrollfälle viel zu gering, um daraus Schlüsse auf die Konstanz der Bauchdeckenreflexe ziehen zu wollen. Dieses liegt ja auch nicht im Rahmen dieser Arbeit. Doch lässt sich mit einiger Sicherheit jetzt schon sagen, dass, wenn man ausser den bereits bekannten Ätiologien für ein Fehlen der Bauchreflexe noch den chronischen Alkoholismus berücksichtigt, die Bauchdeckenreflexe mit zu den konstanten Reflexen gehören und ihr Fehlen mit nur ganz geringen Ausnahmen auf krankhafter Grundlage beruht. Damit gewinnt dieser Reflex noch weiter an Bedeutung als diagnostisch verwertbares Symptom.

Was nun das Verhalten der Bauchdeckenreflexe bei chronischem Alkoholismus anbetrifft, so haben wir in zahlreichen schweren Fällen ein konstantes Fehlen sämtlicher oder einiger Reflexe feststellen können, doch bei weitem häufiger finden wir ein wechselndes Verhalten, so dass bald der eine, bald der andere nicht auslösbar ist. Durchweg finden wir eine starke Abschwächung der Reflexe. Sehr häufig konnten wir ein Wiederkehren sämtlicher Reflexe nach längerem Krankenhausaufenthalt beobachten. In einigen Fällen und zwar häufig bei besonders starken Potatoren fanden wir im Gegenteil sehr lebhafte und gesteigerte Bauchdeckenreflexe. Meistens handelte es sich dann um Patienten mit drohendem Delirium tremens. Konstant war dieses Verhalten fast immer beim beginnenden Delirium zu beobachten, während nach abgeklungenem Delirium fast immer wieder der eine oder der andere der Bauchreflexe fehlte.

Um einem eventuellen Einwande zu entgegnen, dass gerade bei Potatoren einerseits häufig ein stark reduzierter Ernährungszustand mit schlaffen Bauchdecken und andererseits sehr fettreiche Bauchdecken beobachtet werden und das inkonstante Verhalten durch diesen Umstand zu erklären sei, so möchte ich noch betonen, dass wir dieses Verhalten auch bei jüngeren, sonst ganz gesunden Individuen mit straffen Bauchdecken gefunden haben.

Durch die Kenntnis dieses Verhaltens der Bauchdeckenreflexe bei Alkoholisten konnten wir in mehreren Fällen, wo die Patienten wegen anderer Erkrankungen, z. B. wegen Lungen tuberkulose, in Behandlung waren, die Diagnose auf chronischen Alkoholismus stellen ohne Erhebung der Anamnese, was dann auch von den Patienten hinterher bestätigt wurde.

In anderen Fällen, wo ein Fehlen der Bauchreflexe vorkommt und wo chronischer Alkoholismus zugegeben wurde, glaubten wir durch wiederholtes Nachprüfen nach der Art des Verhaltens der Bauchreflexe entscheiden zu können, ob das Fehlen der Reflexe durch den chronischen Alkoholgenuss oder durch eine Affektion des Zentralnervensystems bedingt sei.

Als Beispiel hierfür möchte ich 2 Fälle anführen.

1. Diagnose: Lues cerebros spinalis, Potus konzediert.

Verhalten der Abdominalreflexe bei den verschiedenen Prüfungen

	oberer	+	—	—	—	+
rechts:	mittlerer	+	—	+	+	+
	unterer	—	—	—	+	+
	oberer	+	—	—	+	+
links:	mittlerer	+	—	+	+	+
	unterer	—	—	—	+	+

Das inkonstante und wechselnde Verhalten sprach mehr für chronischen Alkoholismus.

2. Diagnose: Beginnende multiple Sklerose.

Potus konzediert.

Verhalten der Reflexe

	oberer	—	—	—
rechts:	mittlerer	—	—	—
	unterer	—	—	—
	oberer	+	+	+
links:	mittlerer	+	+	+
	unterer	+	+	+

In diesem Falle war ein konstantes Fehlen der Bauchreflexe auf der rechten Seite nachweisbar, während sie links immer vorhanden, sogar lebhaft waren, so dass hier neben anderen anamnestischen und klinischen Symptomen das Fehlen der Bauchreflexe ausschlaggebend war für die Diagnose einer beginnenden multiplen Sklerose.

Auch auf das Verhalten der übrigen Reflexe wurde in unseren Fällen geachtet, ohne dass sich dabei bemerkenswerte Resultate ergaben. Da nun gerade bei der *Tabes dorsalis* die Bauchdeckenreflexe lange erhalten und häufig sogar lebhaft sind, so lässt sich unter Umständen bei der sogenannten *Pseudotabes* auf alkoholischer Basis das Fehlen der Bauchreflexe differentialdiagnostisch verwerten. Wir haben einen Fall beobachtet, wo wir bei vollkommen fehlenden Patellarreflexen und Bauchdeckenreflexen die Diagnose auf *Pseudotabes alcoholica* stellten, die späterhin durch den negativen Ausfall der 4 Reaktionen bestätigt wurde.

In unseren 46 Fällen mit fehlenden Bauchdeckenreflexen bei chronischem Alkoholismus waren in 28 Fällen noch andere für Alkoholismus sprechende Symptome, wie Neuralgien, Tremor manuum et linguae und besonders Druckempfindlichkeit der Wadenmuskulatur vorhanden. In den übrigen Fällen waren ausser dem beschriebenen Verhalten der Bauchdeckenreflexe keinerlei für Alkoholismus sprechende Symptome vorhanden, besonders selten und nur ausnahmsweise konnten wir an unserem Material das als Frühsymptom beschriebene Quinquaudsche Zeichen konstatieren. Daraus dürfte hervorgehen, dass wir in dem Verhalten der Bauchdeckenreflexe ein wichtiges diagnostisches Merkmal für chronischen Alkoholismus haben, das dem Quinquaudschen Phänomen sicher überlegen ist.

Zum Schlusse möchte ich meinem Chef, Herrn Oberarzt Dr. Saenger, für die Anregung zu dieser Arbeit und für die Überlassung des Materials meinen Dank aussprechen.

Literatur.

- 1) Müller, E. und W. Seidelmann, Zur Physiologie und Pathologie der Bauchdeckenreflexe. Münchn. med. Wochenschr. 1905.
- 2) Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 4. Aufl. 1905.
- 3) Müller, Eduard, Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. G. Fischer, Jena 1904.
- 4) Strümpell, Neurolog. Zentralbl. 1896, Nr. 21.
- 5) Jamin, Über das Verhalten der Bauchdeckenreflexe bei Erkrankungen der Abdominalorgane. Referat: Deutsche med. Wochenschr. 1904.

- 6) Rolleston, The abdominal reflex in enteric fever (Brain 1906). Referat: Bruns, Neurol. Zentralbl. 25. 1906.
 - 7) Rosenbach, Ein Beitrag zur Symptomatiologie cerebraler Hemiplegien. Arch. f. Psych. VI, S. 85.
 - 8) Oppenheim, Über den abdominalen Symptomenkomplex bei Erkrankungen des unteren Dorsalmarks, seiner Wurzeln und Nerven. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. Nr. 24.
 - 9) Dinkler, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. II. 1892.
 - 10) Schönborn, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. XXI.
-