

XVIII.

Bemerkung über die chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke.

Von

Prof. Dr. Adolf Strümpell

in Erlangen.

(Mit 1 Abbildung.)

Der vorstehende Aufsatz des Herrn Prof. Bechterew veranlasst mich zu der Bemerkung, dass auch mir die, wie es scheint, meist auf die Wirbelsäule und die Hüftgelenke beschränkte und zur Steifigkeit, bezw. völligen Ankylose der betroffenen Gelenke führende chronische Arthritis schon lange als eine besondere eigenthümliche Form der chronischen Gelenkerkrankungen bekannt ist. Schon als Assistent der Leipziger medicinischen Klinik habe ich längere Zeit einen derartigen Kranken beobachtet, der mir seines auffälligen Aeusseren und Ganges wegen noch jetzt in lebhafter Erinnerung geblieben ist. Einen ähnlichen Fall sah ich später in der Leipziger Poliklinik und konnte daher schon in der ersten Auflage meines Lehrbuches (1884, Bd. II, 2. S. 152) diese besondere Form der chronischen Arthritis mit folgenden Worten kurz beschreiben: „Als ein merkwürdiges und, wie uns scheint, eigenartiges Leiden mag hier beiläufig noch diejenige Erkrankungsform erwähnt werden, bei welcher es ganz allmählich und ohne Schmerzen zu einer vollständigen Ankylose der ganzen Wirbelsäule und der Hüftgelenke kommt, so dass Kopf, Rumpf und Oberschenkel fest mit einander verbunden und vollkommen steif sind, während alle übrigen Gelenke ihre normale Beweglichkeit behalten. Dass hierdurch ganz eigenthümliche Modificationen der Körperhaltung und des Ganges entstehen müssen, liegt auf der Hand. Wir selbst haben zwei ganz gleichartige Fälle dieser eigenthümlichen Krankheit gesehen.“

Vor Kurzem beobachtete ich den dritten derartigen Fall in der hiesigen Klinik, bei welchem die Erscheinungen freilich nicht ganz den hohen Grad erreicht hatten, wie in meinen früheren Beobachtungen. Um aber die Aufmerksamkeit der Aerzte mehr als bisher

diesem eigenthümlichen Krankheitsbilde zuzuwenden, sei es mir gestattet, die betreffende Krankengeschichte hier kurz mitzutheilen und eine photographische Abbildung des Kranken hinzuzufügen.

A. K., 39 jähriger Bauer aus Fischbach. — Patient giebt an, bis vor circa 3½ Jahren ganz gesund gewesen zu sein. Dann begann sein jetziges Leiden ohne jede nachweisbare Ursache ganz langsam und allmählich mit Kreuzschmerzen, die aber nie besonders heftig und anhaltend waren. Seit 1 Jahr hat Patient auch zuweilen geringe Schmerzen im rechten Hüftgelenk, ausstrahlend in den rechten Oberschenkel, seit kurzer Zeit auch entsprechende Schmerzen auf der linken Seite. Zuweilen zogen sich die Kreuzschmerzen nach vorn zu in die Magengegend. Weit lästiger, als die Schmerzen, war aber die stets zunehmende „Steifigkeit des Kreuzes“. Das Gehen und Bücken wurde hierdurch immer beschwerlicher und langsamer. Keine besonderen Parästhesien. Keine Beschwerden in den Armen. Allgemeinbefinden ganz ungestört.

Eine krankhafte hereditäre Veranlagung des Patienten ist nicht nachweisbar.

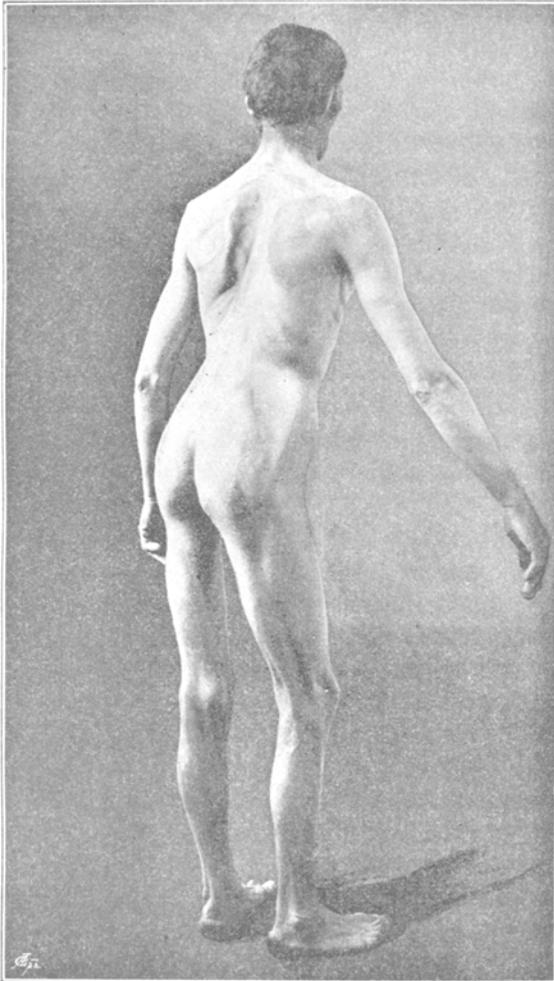
Status praesens: Patient ist ein langer magerer, aber musculöser Mann. Die Bewegungen des Kopfes, der Halswirbelsäule und der oberen Extremitäten sind ungestört. An keinem Gelenk der Arme und der Hände ist irgend etwas Krankhaftes zu bemerken. Der Oberkörper des Kranken ist beim Stehen und Gehen stets etwas nach vorn über gebeugt. Auch das Becken ist nach vorn geneigt, so dass die Spinae ant. sup. und die Beckenschaufeln auffallend stark vorspringen. Die Wirbelsäule, mit Ausnahme der Halswirbel und der obersten Brustwirbel, ist ganz steif, wie ein Stab und bleibt so, auch wenn Patient sich bücken oder seitliche Bewegungen des Rumpfes machen soll. Patient kann allein gehen, aber langsam, mit ziemlich kleinen Schritten und dabei stets in der abnormen, vorn über gebeugten Rumpfhaltung (s. Fig.). Die Rückenmuskeln längs der Wirbelsäule erscheinen atrophisch und fühlen sich auffallend fest und derb an.

An den Beinen fällt die starke Spannung der Musculatur auf. Die Patellarreflexe sind sehr lebhaft, die Achillessehnenreflexe lassen sich jedoch nicht hervorrufen. Sensibilität und Hautreflexe normal. Im rechten Hüftgelenk besteht eine beständige mässige Beugecontractur, im linken Hüftgelenk nur eine unbedeutende Contractur. Kniegelenke und Fussgelenke völlig normal.

Zum Zweck genauerer Untersuchung wurde Patient am 24. Juli 1897 tief chloroformirt. Herr Prof. Graser war auf meine Bitte so freundlich, die Wirbelsäule und die Gelenke in der Narkose ebenfalls zu untersuchen. Dabei zeigte sich, dass die Steifigkeit der Wirbelsäule auch bei völlig erschlaffter Musculatur in der Narkose unverändert bestehen blieb. Auch die Bewegungen im rechten Hüftgelenk blieben trotz der Narkose sehr beschränkt, und bei der Rotation fühlte man jetzt deutliche Crepitation. Aus therapeutischen Gründen, um die Ankylose zu lösen, wurden möglichst ausgiebige passive Bewegungen gemacht.

Kniegelenke und Fussgelenke völlig normal. — Innere Organe, Harn ebenfalls normal.

In den Tagen nach der Narkose hatte Patient — wohl in Folge der forcirten passiven Bewegungen — ziemlich hohes Fieber (39—40°), und so heftige Schmerzen im Rücken und in den Hüftgelenken, dass er gar nicht



gehen konnte. Dann trat aber nach viertägiger völliger Ruhe eine entschiedene Besserung des Zustandes ein, welche — unter Anwendung warmer Bäder — so weit fortschritt, dass Patient schliesslich entschieden besser und leichter gehen konnte, als bei seinem Eintritt in die Klinik. Am 2. Juli wurde er auf seinen Wunsch entlassen.

Obwohl die Krankheit im vorliegenden Fall noch nicht so weit vorgeschritten war, als bei den beiden früher von mir beobachteten Patienten, so handelte es sich doch auch hier augenscheinlich um dasselbe eigenthümliche Leiden. In langsamer Weise, ohne jede äussere Veranlassung, entwickelte sich eine immer mehr zunehmende Steifigkeit der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. Obwohl hierher gehörige anatomische Befunde meines Wissens nach nicht bekannt geworden sind, so scheint doch der krankhafte Process hauptsächlich in den Wirbelgelenken selbst seinen Sitz zu haben. Die nachweisbare Crepitation in den Hüftgelenken, die doch aller Wahrscheinlichkeit nach in entsprechender Weise erkrankt sind, berechtigt zur Annahme einer „chronisch-entzündlichen“ Natur der bestehenden Veränderungen. Dabei traten aber keine auffallenden Deformitäten und keine Exsudationen auf, sondern das am meisten Charakteristische scheint mir die Ankylosirung der Gelenke zu sein, welche zuerst in der Wirbelsäule eintritt, in den Hüftgelenken sich erst später, nach vorheriger leichter Flexionscontractur, entwickelt. Der Process entwickelt sich ohne besonders starke Schmerzen. Der Patient K. gab zwar an, dass die Krankheit mit „Kreuzschmerzen“ begonnen habe, doch waren die Schmerzen sicher niemals bedeutend. Ich erinnere mich auch genau, dass namentlich mein erster Kranker, der eine völlige Ankylose der Wirbelsäule und der Hüftgelenke darbot, nie über besonders starke Schmerzen klagte. Die wesentlichste Störung ist die Herabsetzung der Beweglichkeit, die Erschwerung und Verlangsamung aller der Bewegungen, bei denen die Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Hüftgelenke in Betracht kommt. In ausgebildeten Fällen können die Kranken nur stehen und liegen, aber nicht sitzen. Der Gang ist sehr auffallend verändert durch die eigenthümliche steife, nach vorn gebeugte Haltung des Rumpfes und die Steifigkeit der Hüftgelenke. Mein erster Kranker ging so zu sagen nur in den Kniegelenken.

Ob die Krankheit mit den anderen Formen chronischer Arthritis ätiologisch verwandt ist, vermag ich nicht zu sagen. Bei der gewöhnlichen Arthritis deformans ist ja die Betheiligung der Hüftgelenke eine sehr gewöhnliche, die Wirbelsäule findet man aber schon viel seltener befallen. Ungewöhnlich ist also jedenfalls der Umstand, dass bei dieser Form der chronischen Arthritis vorzugsweise die Wirbelsäule und daneben die Hüftgelenke ergriffen sind, ohne die geringste Betheiligung eines anderen Gelenkes.

Ob meine Beobachtungen den von Bechterew mitgetheilten Fällen völlig an die Seite zu stellen sind, vermag ich nicht sicher

zu entscheiden. In den Bechterew'schen Fällen trat die secundäre Betheiligung der Spinalwurzeln viel deutlicher hervor, als bei meinen Kranken. Auch die Affection, welche Oppenheim (Lehrbuch der Nervenkrankheiten, S. 210) als „Arthritis deformans der Wirbelsäule“ beschreibt, entspricht nicht ganz unseren Beobachtungen, da es sich hierbei meist um eine Theilerscheinung ausgebreiteter Arthritis deformans zu handeln scheint, und Schmerzen, sowie Wurzelsymptome in den Vordergrund des Krankheitsbildes treten. In den Fällen von Bechterew war die Form der Wirbelsäule eine kyphotische, während bei meinen Fällen eher eine abnorme Geradheit der Wirbelsäule auffallend war.

Hervorzuheben ist auch, dass meine Patienten alle im mittleren, jedenfalls nicht im vorgerückten Lebensalter standen. Bei der sogenannten „senilen Kyphose“ handelt es sich wohl auch öfter um Ankylosirungen der Wirbelsäule; allein das sind doch offenbar andere Verhältnisse, als in meinen Fällen.

Die vorstehenden kurzen Bemerkungen machen durchaus keinen Anspruch auf eine erschöpfende Behandlung des Gegenstandes. Ich wollte nur aus Anlass der Bechterew'schen Arbeit meine eigenen Erfahrungen über den Gegenstand kurz mittheilen, weil auch ich glaube, dass diese eigenthümliche Affection der Wirbelsäule das Interesse der Aerzte und insbesondere auch der Neurologen verdient, zumal die eigenthümliche Gehstörung der Kranken Anfangs leicht den Gedanken an eine spinale Erkrankung erwecken kann. — Sehr wünschenswerth wäre eine Ergänzung der klinischen Beobachtungen durch entsprechende pathologisch-anatomische Befunde. Dabei wäre neben dem Verhalten der Wirbelsäule auch der Zustand der Weichtheile neben der Wirbelsäule besonders zu beachten; mir erschienen die langen Rückenmuskeln auffallend atrophisch und eigenthümlich rigide.