

Aus der Medizinischen Klinik in Greifswald. (Direktor: Prof. Morawitz.)

Beitrag zur Pseudo-tabes spondylosique (Babinski).

Von

Dr. Georg Ganter, Privatdozent.

In der Medizinischen Klinik kam ein Patient mit Strümpell-Bechterewscher Erkrankung zur Beobachtung, der wegen seines Befundes am Nervensystem besonderes Interesse bietet.

Der 35jährige Matrose Z. hatte 1914 eine Blinddarmoperation durchgeführt; Januar 1918 Operation der aufgetretenen Narbenhernie mit anschließender langwieriger Eiterung. Während des Krankenlagers beträchtliche Gewichtsabnahme. Anfang März 1918 traten heftige Schmerzen im Kreuz auf, die nach den Beinen ausstrahlten und zeitweise lanzinierenden Charakter hatten. Vorübergehend auch heftige Schmerzen im Genick und in den Schultergelenken, so daß er sich vor jeder Bewegung hüten mußte. Wegen Schmerzen in beiden Kiefergelenken habe er eine Zeitlang den Mund kaum öffnen können. Während die Beschwerden in der oberen Körperhälfte bald wieder zurückgingen, haben die Schmerzen im Rücken und in den Beinen nur wenig nachgelassen. Keine Blasen- und Mastdarmerstörungen.

Er sei früher nie ernstlich krank gewesen. Luetische und gonorrhoeische Infektion wird negiert. Er hat zwei gesunde Kinder. 1914 hatte seine Frau eine Fehlgeburt.

Wie aus den Krankenblättern hervorgeht, wurde sein Leiden als doppelseitige Ischias aufgefaßt.

Bei der Aufnahme in die Medizinische Klinik bot der Kranke folgenden Befund: Ziemlich reduzierter Ernährungszustand. Innere Organe ohne erkennbare Veränderungen. In der Blinddarmgegend eine etwa talergroße, reichlich sezernierende Granulationsfläche. Die Brustwirbelsäule ist mäßig kyphotisch. Die Lendenwirbelsäule wird etwas steif gehalten. Die Bewegungen in der unteren Brust- und in der Lendenwirbelsäule sind schmerzhaft. Ein Stauchungsschmerz ist weder von den Schultern noch vom Kopf aus festzustellen. Dagegen besteht eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit der unteren Wirbelsäule.

Die Bewegungen in den Hüftgelenken sind etwas eingeschränkt, kein deutliches Krepitieren. Bei Feststellung der erreichbaren Grenzlage auch hier heftige Schmerzen. Die Bewegungen in den Knie- und übrigen Ge-

lenken der unteren Extremitäten sind frei. Im linken Schultergelenk geringe Einschränkung der Beweglichkeit. Rechtes Schultergelenk und die übrigen Gelenke der oberen Extremitäten sind frei, ebenso die Klavikular- und Kiefergelenke.

Was nun das Nervensystem anbetrifft, so sind Störungen im Gebiete der Hirnnerven nicht festzustellen, insbesondere sind die Pupillen gleich weit, rund und reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Augenhintergrund ohne Veränderungen. Armreflexe sind normal auslösbar, ebenso die Bauchdecken, Anal-, Kremaster- und Fußsohlenreflexe. Dagegen werden die Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits vermißt. Auch mit Hilfe der üblichen Handgriffe sind diese Reflexe nicht auslösbar. Eine besondere Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme ist nicht festzustellen. Die rektale Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund.

Die Prüfung der Sensibilität zeigt für keine Qualität eine Störung und auch die Tiefensensibilität ist erhalten. Die gesamte Muskulatur beider Beine zeigt eine ziemlich beträchtliche, gleichmäßige, diffuse Atrophie. Die Bewegungen sind nicht gestört; die grobe Kraft ist etwas herabgesetzt. Die elektrische Untersuchung ergibt normales Verhalten, sowohl bei direkter Reizung der einzelnen Muskeln als auch vom Nerven aus. Eine auch nur partielle E.A.R. ist nicht festzustellen. Eine Ataxie ist nicht vorhanden. Das Rombergsche Phänomen ist negativ. Bei starker Beugung des gestreckten Beines im Hüftgelenk mäßiges Spannungs- und Schmerzgefühl im Kreuz und an der Hinterseite der unteren Extremitäten.

Die Lumbalpunktion ergibt völlig normalen Befund. Keine Zellvermehrung. Globulinreaktion negativ.

Die Wassermannsche Reaktion im Blut ist negativ. Im Urin weder Eiweiß noch Zucker. Mikroskopisch keine pathologischen Formelemente. Keine Anzeichen für eine durchgemachte Gonorrhöe.

Aus dem erhobenen Befund konnte zunächst eine sichere Diagnose nicht gestellt werden. Die Erscheinungen von seiten der Wirbelsäule waren nicht derart, daß eine Bechterewsche Erkrankung zu diagnostizieren war. Der Befund am Nervensystem stand im Vordergrund. Eine Erkrankung des Rückenmarks war auszuschließen. Eine doppelseitige Ischias konnten wir aus dem Verhalten der Patellarreflexe ablehnen. Es wurde eine Polyneuritis im Gebiete des Plexus Lumbosacralis angenommen, die vorwiegend die zentripetalen Fasern der Reflexbögen betrifft. Ihre Ätiologie blieb unklar. Bei dem Fehlen psychischer Störungen konnte eine Korsakowsche polyneuritische Psychose nicht vorliegen. Erst der weitere Verlauf der Erkrankung klärte das Krankheitsbild auf. Es trat während des Aufenthaltes in der Klinik insofern eine Besserung des Zustandes ein, als die Granulationsfläche am Bauche vernarbte. Dagegen nahmen die Schmerzen im Rücken in der ersten Hälfte des Monats Mai beträchtlich zu, und

im Anschluß an diese Zeit entwickelte sich eine völlige Versteifung der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule. Ende Mai 1918 war der Befund der Wirbelsäule folgender: Die Brustwirbelsäule ist stark kyphotisch. Die physiologische Lordose der Lendenwirbelsäule ist völlig ausgeglichen, so daß der untere Teil der Brust- mit der Lendenwirbelsäule eine Gerade bildet. Druck gegen die untere Brust- und die Lendenwirbelsäule wird als äußerst schmerzhaft empfunden. Aktive Bewegungen dieser Teile der Wirbelsäule können nicht ausgeführt werden. Auch passiv können weder Beuge- noch Drehbewegungen dieser Teile ausgelöst werden. Bei allen diesen Bewegungsversuchen lebhaftes Schmerzüßerungen. Die Bewegungen der Halswirbelsäule sind frei. Bei Rückenlage auf ebener Unterlage hindert die Verbiegung der Wirbelsäule das Auflegen des Kopfes. Ein Aufrichten aus dieser Lage ist nur möglich nach vorheriger Wendung auf eine Seite. Der Versuch, durch passives Heben des Oberkörpers eine Biegung der Wirbelsäule herbeizuführen, gelingt nicht. Auch in der Äthernarkose läßt sich die Verkrümmung der Wirbelsäule nicht ausgleichen. Die Brust- und Lendenwirbelsäule ist völlig versteift. Die Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule läßt eine geringe Verschattung der Felder zwischen den Fortsätzen der einzelnen aufeinanderfolgenden Wirbel erkennen. Die Wirbelkörper und Fortsätze zeigen eine deutliche Aufhellung. Der Kranke steht mit vornübergebeugtem Oberkörper. Hüft- und Kniegelenke werden leicht gebeugt gehalten. Die Halswirbelsäule wird ausgiebig nach hinten gebeugt; doch genügt diese Beugung nicht, um dem Kopf die normale aufrechte Haltung zu geben, daher der typisch „schüchterne, mißtrauische“ Blick von unten nach oben. Der Gang erfolgt schleichend, etwas unsicher, mit kleinen Schritten, unter Steifhaltung der Wirbelsäule. Der Schwerpunkt fällt dabei auf den vordersten Teil der Unterstützungsfläche, und zur Sicherung des Ganges bedient sich der Kranke zweier Stöcke, die er weit nach vorne aufsetzt.

Nachdem die Schmerzen im Rücken etwas nachgelassen hatten und der Kranke wieder auf sein konnte, ging die Atrophie der Beinmuskulatur wieder beträchtlich zurück. Der Gang wurde etwas sicherer, behielt aber seinen Typus bei. Die Krümmung und Versteifung der Wirbelsäule besserte sich nicht. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe blieben nach wie vor nicht auslösbar.

Nach dem Verlauf der Erkrankung und dem Befunde kann es keinem Zweifel unterliegen, daß es sich bei dem Kranken um eine

typische Strümpell-Bechterewsche Erkrankung, um eine spondylose rhizomèlique, wie sie Pierre Marie nennt, handelt.

Die Ursache der Erkrankung ist nicht festzustellen. Anzeichen einer durchgemachten Gonorrhöe, die als häufigste Ursache dieser Krankheit betrachtet wird, sind nicht zu finden. Für Tuberkulose und Lues kein Anhaltspunkt. Möglicherweise spielt ätiologisch die durchgemachte, lange dauernde Eiterung im Anschluß an die Bauchbruchoperation eine Rolle.

Es wäre überflüssig, diesen Fall zu beschreiben — sind doch nach Aufstellung des Krankheitsbildes in verhältnismäßig kurzer Zeit zahlreiche Fälle von Strümpell-Bechterewscher Krankheit veröffentlicht worden — wenn nicht das Verhalten der Reflexe dem Falle ein besonderes Gepräge gäbe. Der Fall ist durch das Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe charakterisiert. Diese Störung der Reflexe ist aufgetreten, bevor die Veränderungen an der Wirbelsäule ausgesprochene Erscheinungen anderer Art machten. Sie gehört nicht zum Bilde der Strümpell-Bechterewschen Erkrankung. Wie ist nun dies Fehlen der Reflexe zu erklären? Zunächst ist zu entscheiden, ob die Aufhebung der Reflexe nicht ein Symptom einer bei dem Patienten zufällig, von dem ersten Leiden unabhängig, vorhandenen zweiten Erkrankung darstellt. Es ist dabei natürlich in erster Linie an die Lues zu denken. Die in der Vorgeschichte angegebene Fehlgeburt der Frau erweckt den Verdacht dieser Erkrankung. Die negative Wassermannsche Reaktion im Blut, die mangelnde Veränderung der Zerebrospinalflüssigkeit sprechen gegen Lues. Gegen das Bestehen von Tabes spricht auch das Fehlen aller anderen Symptome, wie Störungen der Pupillenreaktion, Veränderungen des Augenhintergrundes, Blasen-, Mastdarm- und andere Sensibilitätsstörungen. Für eine toxische Neuritis ist ein Anhaltspunkt anamnestisch nicht zu gewinnen.

Aus diesem Grunde möchte ich die auf die Beine beschränkte Störung der Reflexe auf die Veränderungen der Wirbelsäule beziehen. Man muß wohl annehmen, daß die Kalkablagerung in den Bändern der Wirbelsäule eine Verengung der Kanäle, in denen die Nerven aus dem Rückenmarkskanal austreten, verursacht hat. Infolge des Druckes, der dadurch auf die Nervenstämme ausgeübt wird, trat eine Neuritis auf, die einerseits zu den Schmerzen, andererseits zu der beschriebenen Aufhebung der Reflexe führte. Was die Atrophie der Beinmuskulatur anbetrifft, so möchte ich sie weniger auf die Erkrankung der Wirbelsäule, als auf die Inaktivität infolge lange dauernder

Bettlage zurückführen. Für diese Erklärung spricht auch das Fehlen von Lähmungserscheinungen, Mangel von Entartungsreaktion und besonders die rasche Zunahme der Beinmuskulatur, nachdem der Patient wieder aufstehen und die Beinmuskulatur gebrauchen konnte.

Bei den ausgedehnten Veränderungen der Wirbelsäule bei der Strümpell-Bechterewschen Krankheit sollte man eigentlich bei dieser Erkrankung häufig Störungen von seiten des Nervensystems erwarten. Diese Störung scheint aber recht selten zu sein.

In den vielen publizierten Fällen von Strümpell-Bechterewscher Erkrankung ist, soviel ich sehe, bei drei Kranken eine ähnliche Störung der Reflexe beobachtet worden, wie bei unserem Patienten. Babinski¹⁾ hat diese Fälle beschrieben und für die Erkrankung die Bezeichnung Pseudo-tabes spondylosique in Vorschlag gebracht.

¹⁾ M. I. Babinski, Pseudo-tabes spondylosique. *Revue neurologique* 1903, Bd. II, S. 645.
