

Litteratur erwähnt gefunden zu haben.<sup>1)</sup> Er selbst sah sich gezwungen, diese Form der Skoliose aufzustellen, nachdem er mit grossen differentiell-diagnostischen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte, um die Skoliose auf irgend welche ursächlichen Momente zurückführen zu können.

Interessant ist der Fall, wo Albert bei einem anämischen, schlecht genährten, mit Ischias behafteten jungen Manne die im Verlaufe von ein paar Monaten entstandene Totalskoliose als Folge einer weit vorgeschrittenen tuberculösen Zerstörung der Wirbelkörper diagnosticirte, da er dieselbe weder auf traumatische, noch auf luetische oder rhachitische Basis zurückführen konnte. Er war aber nach einigen Jahren höchst überrascht, denselben prognostisch aufgegebenen schiefen Mann in blühendem Zustande, ohne irgend welche Spur einer Skelettdifformität, im Militärdienste zu finden.

Und in der That verlockte die Starrheit und Uncorrigirbarkeit der Skoliose bei der Untersuchung, neben dem anämischen und heruntergekommenen Aussehen des Patienten, zu der irrigen Diagnose „Caries“. Die Starrheit und Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen ist doch eigentlich das erste und hervorstechendste Symptom aller tuberculösen Gelenkerkrankungen, beispielsweise der Coxitis und Spondylitis. Es blieb also nur die Möglichkeit offen, die gleichzeitig bestehende Ischias als ein die Skoliose bedingendes Moment zu beschuldigen.

Und thatsächlich hat sich in der letzten Zeit, nach der Publication Albert's, der Zusammenhang zwischen Skoliose und Ischias von mehreren Beobachtern bestätigen lassen. (Nicoladoni<sup>2)</sup>,<sup>3)</sup>, Charcot, Babinski<sup>4)</sup>, Ballet<sup>5)</sup>, Texier<sup>6)</sup>, Brissaud<sup>7)</sup>, Kocher, Schüdel<sup>8)</sup>, Jasiński<sup>9)</sup>, Lamy<sup>10)</sup>, Berbez<sup>11)</sup>, Bouchaud<sup>12)</sup>, Gorhan<sup>13)</sup>, Souques<sup>14)</sup>, Gussenbauer<sup>15)</sup>, Bonsdorff<sup>16)</sup>, Hayem<sup>17)</sup>, Valentini<sup>18)</sup>, Remak<sup>19)</sup>, Masurke<sup>20)</sup>, Toralbo<sup>21)</sup>, Pospischil<sup>22)</sup> und Salomonson.<sup>23)</sup>

Es sind auch mehrere Hypothesen, auf die ich unten zu sprechen komme, zur Erklärung der Entstehungsweise der Skoliose aufgestellt worden.

Ich hatte unlängst Gelegenheit, auf der Nervenabtheilung des Dr. Gajkiewicz sechs Ischiasfälle zu beobachten, die mit consecutiven Skoliosen verschiedenster Art complicirt waren. Ich will sie hier kurz anführen, um eine theoretische Discussion über den

<sup>1)</sup> Es sei erwähnt, dass Gussenbauer 1878 in allgemeinen Zügen über zwei Fälle von ischiatischer Wirbelsäulenverkrümmung referirte, die er mit dem Namen Ischias paradoxa s. Scoliosis neuromuscularis bezeichnete.

<sup>2)</sup> Nicoladoni, Ueber eine Art des Zusammenhanges zwischen Ischias und Skoliose. Wiener med. Presse 1886 No. 26, 27.

<sup>3)</sup> Nicoladoni, Ein weiterer Fall von durch Ischias bedingter Skoliose. Wiener med. Presse 1886 No. 39.

<sup>4)</sup> Babinski, Sur une déformation particulière du tronc causée par la sciatique. Arch. d. Neurol. 1888, XV, 43.

<sup>5)</sup> Ballet, Société médicale des hôpitaux, séance du 8. Juillet 1887. Thèse de Paris 1888.

<sup>6)</sup> Texier, Déformation particulière du tronc causée par la sciatique. Arch. d. Neurol. 1890, XIX, 55.

<sup>7)</sup> Brissaud, Des scolioses dans les névralgies sciatiques. Arch. d. Neurol. 1890, XIX, 55.

<sup>8)</sup> Schüdel, Ueber Ischias scoliotica. Arch. f. klin. Chir. 1889, XXXVIII, 1.

<sup>9)</sup> Jasiński, Skoliozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego. (Die infolge mancher Krankheiten des Muskelnervensystems entstehenden Skoliosen.) Vortrag, gehalten auf dem chirurg. Congresse in Krakau. 1889, October. (Polnisch.)

<sup>10)</sup> Lamy, Deux cas de sciatique spasmodique. Le Progrès médical 1891, 10. Janvier.

<sup>11)</sup> Berbez, Deux cas de sciatique déformante. France méd. 1887.

<sup>12)</sup> Bouchaud, Attitude du corps dans la sciatique. Journ. des sciences méd. de Lille 1888.

<sup>13)</sup> Gorhan, Ueber Scoliosis ischiadica. Wiener klin. Wochenschr. 1890 No. 24.

<sup>14)</sup> Souques, Sur deux cas de guérison complète de la déformation du tronc dans la sciatique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1890 No. 5.

<sup>15)</sup> Gussenbauer, Ueber Ichias scoliotica. Wiener klin. Wochenschrift 1890 No. 10.

<sup>16)</sup> Bonsdorff, Et Fall af ischias scoliotica. Finska läkaresällsk. handl. 1890, XXXII, 5. Ref. im Neurol. Ctb. 1890 No. 24.

<sup>17)</sup> Hayem, Revue de Médecine 1890. Août.

<sup>18)</sup> Valentini, Ein Fall von Ischias scoliotica. Deutsche med. Wochenschr. 1891 No. 16.

<sup>19)</sup> Remak, Alternirende Skoliose bei Ischias. Deutsch. med. Wochenschr. 1891 No. 17.

<sup>20)</sup> Masurke, Vier Fälle von Ischias scoliotica. Inaug.-Dissert. 1891 Königsberg.

<sup>21)</sup> Toralbo, Etiologia della sciatica e di una deformazione particolare del trunco causata della sciatica. Gazz. med. lomb. 1889. Milano (citirt nach A. Masurke).

<sup>22)</sup> Pospischil, Zur hydriatischen Therapie der Ischialgieen. Blätter f. klin. Hydrotherapie I. 1892.

<sup>23)</sup> Salomonson, Ischias scoliotica. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. II. 23, 1890. vid. Virchow-Hirsch Jahrb. 1890.

#### IV. Aus der Nervenabtheilung des Warschauer Israeliten-hospitals.

##### Fünf Fälle von Ischias scoliotica.

Von Dr. med. H. Higier, Assistenzarzt.

Auffallender Weise ist die Skoliose als ziemlich interessante und, wie es scheint, nicht allzuseltene Complication der so häufigen Ischias, bis in die letzte Zeit hinein gar nicht berücksichtigt worden. Albert,<sup>1)</sup> der vor fünf Jahren den ersten Fall von derartiger Skoliose veröffentlichte, giebt an, nichts von derselben in der medicinischen

<sup>1)</sup> Albert, Eine eigenthümliche Art der Totalskoliose. Wiener med. Presse. 1. März 1886.

Mechanismus der Skoliosen denselben anzuknüpfen. Einen der beobachteten Fälle übergehe ich aus dem Grunde, da die Diagnose desselben bei sehr mangelhafter Anamnese und Complicirtheit des Symptomencomplexes nicht ganz durchsichtig blieb: es schien neben der sehr wenig ausgesprochenen Ischias eine psotische resp. hysterische Contractur vorzuliegen.

Beobachtung 1. Es handelte sich in dem ersten der zu beschreibenden Fälle um eine 40jährige Frau, bei deren Aufnahme folgende anamnestiche Daten eruiert werden konnten.

Seit acht Monaten Schmerzen im linken Beine, zeitweise auch links localisirte Kopfschmerzen. Vor einem Monate 2—3 mal wöchentlich zur Abendzeit Frösteln, das gegen Morgen einem mehrere Stunden dauernden Hitzegefühl Platz macht.

Etwa zehn Wochen vor der Aufnahme in das Krankenhaus wurde sie von einem gesunden Knaben entbunden. Die Schmerzen am Beine nahmen nach der Entbindung bedeutend an Intensität zu.

In der Jugend hat sie Malaria durchgemacht. Ex stirpe bona. Von Jugend an wohnt Patientin in feuchten, mangelhaft beleuchteten Zimmern.

Der Anfang der Krankheit datirt seit acht Monaten, in deren Verlaufe mehrere male Remissionen mit Exacerbationen abwechselten. Starke Inter-costal neuralgien begleiteten gewöhnlich die letzteren. Ein Gefühl von Steifheit und Schmerzhaftigkeit in der Oberschenkel- und Kreuzgegend leitete solch' eine, mehrere Wochen sich hinschleppende Exacerbation ein. Während derselben ist Patientin kaum imstande, ihren Gewohnheitsbeschäftigungen nachzukommen: jegliche Bewegung des linken Beines fällt ihr infolge der unerträglichen Schmerzen sehr schwer.

Zu welcher Zeit der Krankheit sich die Verkrümmung der Wirbelsäule einstellte, weiss die im allgemeinen wenig intelligente Patientin nicht anzugeben. Dass sie erst im Verlaufe der letzten sechs Monate sich entwickelte, davon ist sie überzeugt. Keine der zu Hause vorgenommenen therapeutischen Maassregeln brachte ihr eine nennenswerthe Linderung.

Die klinische Untersuchung ergab Folgendes: Schwach entwickelte Person mit sehr spärlichem Fettpolster, schlaffer und mangelhafter Muskulatur.

Schmerzen am linken Beine continuirlich und schwach ausgesprochen. Nur zuweilen, meist abends, nehmen sie auf 2—3 Stunden an Intensität zu und ändern ein wenig ihren Charakter: dem gewöhnlich vorhandenen dumpfen Schmerz gesellt sich ein Gefühl von Stechen und Durchschneiden hinzu.

Die Schmerzen steigern sich immer, wenn die Patientin sich auf die linke Seite legt, resp. wenn sie das im Kniegelenke etwas flectirte Bein auszustrecken versucht. Dasselbe gilt auch von jedem Gehversuche. Das Aufsitzen, ebenso wie das Sitzen kommt der Patientin sehr schwer an.

Fig. 1.

Fig. 2.



Die Haltung beim Stehen ist ungefähr folgende: deutlich bemerkbare Beugung des Stammes nach der rechten Seite, schwach ausgeprägtes Hinüberneigen des Körpers nach vorn. Nicht immer nachweisbar ist eine in schwachem Grade vorhandene Rotation des Rumpfes um die verticale Axe, der zufolge die etwas höher stehende rechte Schulter gleichzeitig mehr nach vorn gerückt ist.

Der linke Arm schmiegt sich der linken Hüfte an, der rechte nicht. Die rechte untere Thoraxapertur stützt sich auf den rechten Darmbeinkamm.

An der Wirbelsäule fällt im lumbalen und unteren dorsalen Theile eine Skoliose auf, deren Convexität nach der kranken Seite geht. In der Dorsocervicalregion eine ausgesprochene Skoliose in entgegengesetzter Richtung.

Beim Gehen stützt sich die Kranke hauptsächlich auf das rechte Bein, wenngleich das linke, ein wenig abducirte Bein ganz fest dem Boden anliegt. Beim Liegen ändert sich ziemlich wenig am ganzen Bilde. Der Versuch, die Haltung der Kranken in die normale umzuwandeln, zieht ziemlich starke Schmerzen im linken Beine nach sich.

Der gewöhnliche Sitz der spontanen Schmerzen bei der Kranken ist die laterale Hälfte der linken Sacroglutäalgegend, die Hinterfläche des Oberschenkels und die Vorderfläche des Unterschenkels, theilweise auch die äussere Seite des letzteren.

Druckschmerzpunkte finden sich in der Kniekehle, oberhalb des Fibulaköpfchens, am oberen und unteren Rande der Glutaei und hauptsächlich in der Höhe des letzten Lumbalwirbels und der Spina posterior superior.

Ein Druck auf die vorgewölbte Trochantergegend ruft ebensowenig wie die Percussion des Talus Schmerzen hervor.

Rechts sind am Rücken quere Hautfalten oberhalb des Darmbeinkammes zu bemerken. Links scheint das Becken etwas höher als rechts zu stehen.<sup>1)</sup>

Fast alle passiven und activen Bewegungen sind möglich. Sensible Spähre, Haut- und Sehnenreflexe normal. Keine vasomotorisch-trophische Störungen.

Schwache Atrophie des Ober- und Unterschenkels (um 1½ cm). Elektrische Erregbarkeit, hauptsächlich die faradische, linkerseits etwas herabgesetzt. Keine Abweichung von der normalen galvanischen Zuckungsformel.

Was die übrigen Körpertheile anbelangt, so liessen sich Points douloureux an den linken Rippen und an der linken Gesichtshälfte (am Foramen supraorbitale, zygomaticum und mentale) constatiren. An den Lungenspitzen manche verdächtige, für eine beginnende Tuberculose sprechende Stellen. Milz und Leber nicht vergrössert. Urin eiweiss- und zuckerfrei. Antineuralgica, Bäder und Points de feu besserten den Zustand bedeutend: sowohl die Schmerzen, wie die Schiefheit des Körpers verloren sich allmählich.

Dass die angeführte Beobachtung einen Fall von Ischias darbietet, unterliegt fast keinem Zweifel. Anders verhält sich die Sache mit der uns hier weniger interessirenden Frage, ob die Ischias neuralgischer oder neuritischer Natur ist, ob sie sich spontan, oder auf malarischem, tuberculösem, hysterischem Boden entwickelte.

Man könnte vielleicht an eine Coxitis denken: allein der typische Verlauf der Schmerzen und Sitz der Druckpunkte einerseits, die freie Beweglichkeit im Hüftgelenke neben der schmerzlosen Percussion der Trochantergegend andererseits machen diese Annahme illusorisch.

Wichtig ist für uns zunächst die Frage über die Entstehungsursache und Entstehungsweise der Skoliose, eine Frage, die bis jetzt keineswegs zur endgültigen Lösung gelangt ist. Dass der Schmerz nicht die ausschliessliche Ursache der Skoliose sein kann, beweist uns, wie ich glaube, die Seltenheit derselben trotz der so häufigen Ischias, ihre Entstehung in verschiedener Zeit der Erkrankung (1 Tag bis 1 Jahr nach dem Auftreten der Schmerzen), das häufige Nachbleiben derselben nach dem Ablauf der Ischias. Uebrigens ist auch die Richtung der Skoliose und die Körperhaltung durchaus nicht immer entsprechend dem Sitze der schmerzhaften Affection.

Babinski, der sich in Frankreich als erster mit der Skoliosis ischiatica eingehend beschäftigte, glaubte folgende Haltung des Kranken als charakteristisch aufstellen zu dürfen. Der Rumpf nach der gesunden Seite hin gebeugt, der Rippenbogen derselben Seite dem Darmbeinkamme genähert. An der Wirbelsäule eine doppelte seitliche Deviation: die eine in der Lumbalregion mit der Concavität nach der gesunden Seite gewendet, die andere in der Dorsocervicalregion in entgegengesetzter Richtung. Das kranke Bein, wenngleich mit sehr wenig Kraft auf den Fussboden sich stützend, doch im innigsten Contact mit ihm stehend. Unbedeutende Modification in der Körperhaltung beim Stehen und Liegen.

Diesem Bilde entspricht unser oben skizzirter Fall in seinen Hauptzügen fast vollständig.

Als ursächliches Moment dieser Körperhaltung beschuldigt Babinski den intensiven die Ischias begleitenden Schmerz und die individuelle Prädisposition. Wird also beispielsweise bei intensiver linksseitiger Ischias der Rumpf im unteren Theile nach rechts hinübergeneigt, so trägt das rechte Bein das Hauptgewicht des Körpers, und der normale Druck, dem der kranke N. ischiadicus unterliegen würde, wird bei Relaxation der Muskulatur des linken Beines, bedeutend vermindert. Zu dem selben Zwecke wird der Kranke jede Hebung des linken Beines zu vermeiden suchen, er wird es instinctiv fest dem Fussboden anschmiegen. Dass diese Haltung hie und da auch bei horizontaler Lage, wo sie als Vorsichtsmaassregel überflüssig sein dürfte, doch bestehen bleibt, erklärt sich aus der Thatsache, dass die eine Zeit lange contrahirten Muskeln in einer Art spastischen Zustandes sich befinden, resp. durch sich ausbildende fibröse Stränge constant retrahirt bleiben. Was die doppelte Abweichung der Wirbelsäule anbetrifft, so ist es leicht verständlich, dass die untere von der Beugung des Rumpfes bedingt ist, die obere compensatorisch hinzutritt, und je nach ihrer Entwicklung die Kopfhaltung und die Höhe der Schultern normirt wird.

Gegen die Erklärung Babinski's lässt sich die von Schüdel an der Leiche gemachte Beobachtung in's Feld führen, nämlich, dass der Ischiadicus durch die Contraction der anliegenden Muskulatur keineswegs comprimirt werde; eine Contraction des ihn überbrückenden M. pyriformis schützt ihn sogar vor Druck. Es

<sup>1)</sup> Die Patientin wurde zu einer Zeit photographirt, als die Wirbelsäulenverkrümmung bedeutend an Intensität abgenommen hatte.

kann also die Absicht, die Muskulatur zu erschaffen, nicht die Ursache der Hinüberlagerung des Körpers sein, was schon deshalb unmöglich anzunehmen wäre, da bei dieser Stellung der Nerv gerade gegen die unterliegenden Ligamente und Knochen gepresst würde, also einem relativ viel höheren Druck ausgesetzt sein würde, als ihn die Contraction eines Muskels hervorzubringen imstande wäre.

Die Theorie Babinski's ist auch nicht imstande, die sogenannten homologen Skoliosen (*Scoliose homologue*) Brissaud's zu erklären. Der letztere beschrieb nämlich drei Fälle von unlegbarer Ischias, wo die begleitende Skoliose eine ganz entgegengesetzte Richtung zeigte, nämlich nach der kranken Seite hin.

Zur Erklärung dieser Thatsache machte Brissaud die aus mehreren Gründen ganz wahrscheinliche Annahme, dass die Ischias nicht bloß eine Neuralgie des Ischiadicus darstellt, sondern eine des ganzen lumbosacralen Plexus. Dass bei der Ischiasneuralgie häufig auch die sensiblen Fasern anderer Nerven des sacralen und lumbalen Plexus afficirt sind, beweisen die gar nicht selten vorhandenen Schmerzpunkte im Verlaufe des N. cruralis, spermaticus, genito-cruralis etc.

In manchen Fällen, wo die Schmerzen ganz intensiv sind, werden, nach Brissaud, neben den sensiblen Fasern auch die motorischen des Lumbosacralplexus gereizt, und es entsteht eine spastische Contractur der lumbalen Muskeln, ein Analogon der hier und da bei Trigeminusneuralgien zur Beobachtung kommenden Muskelspasmen. Die Contractur der an der kranken Seite gelagerten, vom Plexus lumbosacralis versorgten Muskeln ruft mithin eine lumbale homologe Skoliose hervor, d. h. mit der Concavität zur kranken Seite gewendet. Das Becken wird gehoben, das Bein verkürzt, der Rippenrand der kranken Seite dem Darmbeinkamme genähert (Wirkung der Mm. obliqui abdominis und Quadr. lumborum), Ober- und Unterschenkel am Hüft- und Kniegelenke gebeugt. Afficirt aber der Spasmus bloß das Gebiet des Sacralplexus und verschont das des Plexus lumbalis, so bleibt, wie es aus den anatomischen Verhältnissen zu ersehen ist, die Haltung der Extremitäten dieselbe, die Skoliose wird aber heterolog, oder sagen wir mit Brissaud, gekreuzt (*Scoliose croisée*).

In Bezug auf die gewöhnliche gekreuzte Skoliose meint Brissaud die Ansicht von Babinski mit manchen unbedeutenden Modificationen aufrecht erhalten zu können.

Dass bei der spastischen Form der Spasmus durchaus nicht immer mit derselben Intensität alle von den beiden Plexus versorgten Muskeln resp. die gesamte einem Plexus zugehörnde Muskulatur afficirt, beweisen die Fälle der homologen Skoliose von Lamy, Hayem, Brissaud. So z. B. waren in einem Falle von Lamy die Flexoren des Unterschenkels so stark contrahirt, dass der Fuss in beständiger Dorsalflexion war, und das kranke Bein verkürzt zu sein schien; in einem Falle von Brissaud schien, infolge der ausnahmsweisen Vertheilung des Spasmus an den Muskeln, das kranke Bein verlängert zu sein; in einem Falle von Hayem war das kranke Bein im Kniegelenke ganz extendirt u. s. w.

Bei der homologen oder spastischen Ischiasskoliose hält Lamy für charakteristisch neben der scheinbaren Verkürzung resp. Verlängerung des Beines eine scheinbare Volumszunahme der kranken Gesässhälfte, die bei der Diagnose zur Verwechselung mit einem Tumor des Trochanters verleiten kann. In der That ist in seinen zwei Fällen die Gesässregion stark vorgestülpt, die retrochanterische Grube deutlich, und die Gesässfalte fast ganz verwischt. Die Vorstülpung hängt wahrscheinlich von der Rotation des Beckens ab, die die Trochantergegend der kranken Seite nach hinten verschiebt.

Kurz, wir sehen in den Erklärungsversuchen der Skoliosen die Annahme gemacht, dass in manchen — und zwar den selteneren — Fällen der Ischias die motorischen Fasern gleichzeitig mit den sensiblen neuralgisch afficirt, richtiger, in Reizzustand gebracht werden, infolge dessen eine homologe Skoliose entsteht; in anderen — den viel häufigeren — Fällen wird das Lumbalsegment des Stammes instinctiv zur gesunden Seite geneigt, um das kranke Bein zu entlasten, so dass eine gekreuzte Skoliose zur Entstehung gebracht wird. Es werden selbstverständlich die statischen Verhältnisse des Kopfes und der Extremitäten entsprechend der Richtung der Skoliose geordnet.

Der Fall von homologer Ischias scoliolica, den ich anführen will, lässt manche nach Brissaud charakteristischen Symptome ziemlich fraglich erscheinen.

Beobachtung 2. Herr A. K., Tischler, 45 Jahre alt. Stammt aus einer vollständig gesunden Familie. Als Kind machte er Typhus und Scharlach durch. Potus, Lues, Gicht und Malaria stellt er in Abrede. Verheirathet. Kinder gesund.

Vor 16 Jahren zog er sich nach einem kalten Bade ein Müdigkeits- und Spannungsgefühl im rechten Beine zu, das zuerst paroxysmenweise, später anhaltend und schmerzhaft wurde. Die Schmerzen sassen fast ausschliesslich an der Hinterfläche des Oberschenkels, irradiirten zuweilen nach der Mitte des Rückens hin. Kriechen im Unterschenkel und der Sohle machten

im Verein mit den neuralgischen Schmerzen den Kranken volle vier Monate arbeitsunfähig. Ruhe und Bäder besserten seinen Zustand sehr bedeutend.

4 1/2 Jahr später wurde Patient von demselben Uebel heimgesucht, das ihn zwölf Wochen an's Bett fesselte. Als Ursache giebt er an das Verweilen einer Herbstnacht in einem kalten Speicher. Die heftigen Schmerzen hatten dieselbe Localisation wie das erste mal und liessen bedeutend an Heftigkeit nach, sobald die schmerzhaften Stellen des rechten Beines einem permanenten Drucke ausgesetzt wurden. Eine schiefe Stellung des Körpers hat Patient weder beim ersten, noch beim zweiten Ischiasanfall bemerkt.

In den letzten zwei Jahren hatte Patient häufig an rheumatischen Schmerzen zu leiden, die sich an verschiedenen Gelenken ihren Platz wählten. Seit vier bis fünf Monaten localisiren sie sich fast ausschliesslich an der rechten unteren Extremität: an der Hinterfläche des Oberschenkels, der hinteren und äusseren Fläche des Unterschenkels, der ganzen Fusssohle, an der Inguinalgegend und dem unteren Theile der rechten Gesässhälfte. Das Gefühl von Brennen wechselt mit dem des Durchschliessens häufig ab.

Die Untersuchung des Kranken ergab folgendes: Permanente Schmerzen am rechten Trochanter, an der hinteren Fläche des Ober- und Unterschenkels, die durch Druck in keiner Weise geändert werden. Schmerzpunkte am Darmbeinkamme, im Scarpa'schen Dreieck, am inneren Malleolus und der Austrittsstelle des N. ischiadicus vom Becken. Die Dornfortsätze vom zweiten Lumbalwirbel bis zur Coccyx und der rechte Hoden sind zuweilen empfindlich.

Temperatur am kranken Beine constant um 0,5—1° niedriger, als an der gesunden Seite, wenn es auch dem subjectiven Gefühle des Patienten durchaus nicht entspricht. Keine Störung in der Hautsensibilität. Das elektrische Verhalten der Nerven und der wichtigsten Muskeln beiderseits gleich. Sehnenreflexe und Muskeltonus nicht gesteigert. Abmagerung des kranken Beines.

Linker Oberschenkel (in der Entfernung 25 cm vom unteren Patellarande) = 40,5 cm, rechter = 39,0 cm. Linker Unterschenkel (in der Entfernung 15 cm vom selben Punkte) = 29 cm, rechter = 28 cm.

Sitzt der Kranke 1/4—1/2 Stunde, so schwinden seine Schmerzen, kehren jedoch beim Aufstehen wieder. Lässt man den Patienten sich hinlegen, so wählt er gern die Halbsitzlage, indem er gleichzeitig die Oberschenkel leicht flectirt, die Unterschenkel extendirt. Ist der Unterschenkel flectirt, so gelingt dem Kranken die Flexion des Oberschenkels viel leichter (Laségue's Zeichen). Das Liegen auf der gesunden Seite ist ihm bedeutend bequemer als auf der kranken.

Steht der Kranke, so fällt gleich die scheinbare Verlängerung des nach innen ein wenig geneigten kranken Beines auf. Es ist im Kniegelenke schwach gebeugt, wobei der Oberschenkel einen nach aussen offenen stumpfen Winkel mit dem Unterschenkel bildet. Die Glutäalfurche steht an der kranken Seite niedriger und ist weniger ausgesprochen. Der Darmbeinkamm steht rechts niedriger als links, das rechte Spatium costo-iliacum ist dessen ungeachtet kleiner als das linke. Deutliche transversale Falten zwischen dem Darmbeinkamme und den letzten Rippen der erkrankten Seite. Die linke Schulter etwas mehr nach vorne gerückt und niedriger als die rechte. Die Linie der Darmfortsätze beschreibt eine S-Krümmung, die in der lumbodorsalen Region nach rechts concav, in der dorso-cervicalen convex gerichtet ist. Die Suspension (am Charcot-Motschutkowsky'schen Apparate) lässt zeitweise die homologe Skoliose verschwinden.

Die Behandlung (Suspension, faradische Pinselung, hypnotische Suggestion und Antifebrin) wurde von gutem Erfolge gekrönt: der Kranke konnte sich immer gerader halten, ohne die Schmerzen im Beine zu empfinden.

Wenn wir den besprochenen Fall kurz resumiren und den ihn charakterisirenden Symptomencomplex mit den von Brissaud und Lamy beschriebenen Fällen vergleichen, so zeigt sich, dass manche Symptome, die nach den genannten Autoren für die homologe Skoliose charakteristisch sind, hier ganz fehlen. Die so bedeutende Differenz in der Länge beider Extremitäten ist hier ziemlich gering gewesen; keine Spur von Muskelspasmen; die Sehnenreflexe an der kranken Seite nicht lebhaft und von keinen Trepidationen begleitet.

Die Recidive der Ischias am selben Beine, die bedeutende Intensität der Schmerzen, ihre Localisation, die Irradiation derselben in die Dornfortsätze der Lumbalwirbel, die Rotation des Beckens mit der Trochanterengend der kranken Seite nach hinten, — alles das stimmt mit einem von Lamy beschriebenen Falle von homologer Skoliose ziemlich überein. (Schluss folgt).