

Erscheinungen mehr. Als er im August v. J. in die Klinik aufgenommen wurde, konnte er nur mit Mühe wenige Schritte gehen.

Aus der Anamnese sind folgende Punkte hervorzuheben: Im Winter 1914 mußte der Mann als Zugführer fünf Tage und fünf Nächte in ungeheizten Zügen während der Winteroffensive Dienst tun. Dabei erfroren ihm die Füße, sodaß er deshalb zunächst nicht gehen konnte. Jedoch verlor sich diese Störung in wenigen Tagen. Seither hat er „Kribbeln in beiden Beinen und das Gefühl, als ob er auf etwas Spitzes träte“. Ende 1916 wurde er wegen Appendizitis und Cholezystitis operiert. Als er nach mehrmonatlichem Krankenlager aufstehen wollte, konnte er nicht gehen, „da er zu schwach war“. Nach Bädern und Massage stellte sich die Gehfähigkeit aber nach einigen Wochen wieder her, und er tat dann von Juni 1917 bis Januar 1918 wieder Dienst als Zugführer. Im Januar 1918 trat im Anschluß an eine Erkältung von neuem eine Gehstörung ein. Der Kranke bekam, wie er angibt, ziemlich plötzlich Schmerzen im Kreuz, Kältegefühl und eine rasch zunehmende Schwäche beider Beine, sodaß er nur noch kurze Strecken an Stöcken gehen konnte. Von anderer Seite wurde eine Myelitis diagnostiziert und der Patient monatelang ohne Erfolg elektrisiert. Die Schwäche der Beine nahm allmählich zu, es trat außerdem ein sehr lästiges Gürtelgefühl etwa in der Höhe des Rippenbogens auf. Seit Juni 1918 konnte der Kranke kaum noch gehen. Die Urinentleerung war gestört; es bestand häufig starker Urindrang, und der Kranke mußte stark pressen. Die Stuhlentleerung war normal.

Bei der Aufnahme in die Klinik im August 1918 fanden sich an den Brust- und Bauchorganen bis auf die Operationsnarben keine Veränderungen. Der Garg war spastisch-paretisch, an Stöcken konnte der Mann sich mit Mühe etwas vorwärtsbewegen. Die Motilität der oberen Extremitäten war intakt, an den unteren fand sich eine hochgradige Parese. Die Sensibilitätsprüfung ergab einen hypästhetischen Bezirk von ausgesprochen segmentärer Begrenzung, der beide Beine betraf und vorn bis zur Nabelhöhe, hinten bis zur Höhe des ersten Lendenwirbels heraufreichte. In diesem Bezirk waren die Empfindungen für alle Qualitäten stark herabgesetzt, nahezu aufgehoben. Oberhalb dieses hypästhetischen Bezirks fand sich auf der rechten Seite eine etwa vier Finger breite hyperalgetische Zone. Die Patellarreflexe waren stark gesteigert, Babinski beiderseits positiv, ebenso der Oppenheimsche Reflex. Die Bauchdeckenreflexe fehlten.

Die Lumbalpunktion ergab klaren Liquor, keine Drucksteigerung. Nonnesche Reaktion positiv, 12 Zellen in 1 cbmm. Wa.R. im Blut und Liquor negativ, ebenso die subkutane Tuberkulinreaktion.

Während des Aufenthaltes in der Klinik erfolgte allmählich, aber stetig eine zunehmende Verschlechterung. Schließlich war eine fast totale Paralyse beider Beine eingetreten.

Die Diagnose schwankte lange Zeit zwischen Myelitis und Rückenmarkstumor. Für eine Myelitis sprachen namentlich die Angaben des Kranken, daß sich die Gehstörungen im unmittelbaren Anschluß an eine starke Erkältung entwickelt hätten. Zum Krankheitsbild der Myelitis paßten aber nicht recht die außerordentlich heftigen neuralgischen radikulären Gürtelschmerzen, unter denen der Kranke auch in der Klinik litt, und die bandförmige rechtseitige Hyperalgesie. Auf diesen Befund hin wurde schließlich die Diagnose Myelitis zugunsten eines Tumors aufgegeben.

Die langsame und allmähliche Entwicklung der Paraplegie und das ungestörte Allgemeinbefinden des Kranken machten es wahrscheinlich, daß es sich um einen gutartigen Tumor handeln würde. Ein intramedullärer Tumor konnte mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden, da während der mehrmonatlichen Beobachtung die obere Grenze der Sensibilitätsstörung sich nicht verändert hatte. Die Grenze entsprach dem zehnten Brustsegment. Wir überwiesen nun den Kranken mit der Diagnose: Extramedullärer Tumor in der Höhe des neunten bis zehnten Brustsegments der Chirurgischen Klinik und empfahlen eine Laminektomie des sechsten bis siebenten Dornfortsatzes. Bei der Operation (Prof. Kirschner) fand sich an der bezeichneten Stelle intradural ein anscheinend von der siebenten hinteren Wurzel ausgehender, etwa haselnußgroßer Tumor, der das Rückenmark an dieser Stelle komprimierte. Die siebente hintere Wurzel war durch den Tumor stark gezerzt. Die Entfernung gelang ohne Schwierigkeiten. Der Tumor erwies sich als ein gutartiges Neurofibrom (Dr. Christeller). Unmittelbar nach der Operation waren die Schmerzen verschwunden; die Rekonvaleszenz war anfänglich durch einen großen, sich sehr rasch entwickelnden Dekubitus gestört. Jetzt, ungefähr vier Monate nach der Operation, ist die Sensibilität und Motilität wieder vollständig normal, ebenso alle Reflexe. Der Mann kann ohne Stock gehen.

Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Königsberg.  
(Direktor: Geheimrat Matthes.)

### Intraduraler Tumor des Dorsalmarks.<sup>2)</sup>

Von Priv.-Doz. Dr. Georg Rosenow, Assistent der Klinik.

M. H.! Dieser Patient, ein 48jähriger Zugführer, zeigt außer einer leichten Unsicherheit des Ganges jetzt keinerlei krankhaften

<sup>1)</sup> Vgl. E. Kaufmann, l. c. S. 709. — <sup>2)</sup> Demonstration im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg am 26. Mai 1919.