

XXIV.

Kleinere Mitteilungen.

1.

Zur Kasuistik der Tetanie mit myotonischen Erscheinungen.

Von

G. von Voss, Nervenarzt in St. Petersburg.

In einer kürzlich erschienenen Arbeit hat Schultze von neuem das Augenmerk auf das nicht seltene Vorkommen der Tetanie mit myotonischen Erscheinungen gerichtet. Auf das Bestehen solcher Übergangsformen haben schon Hoffmann, Bettmann, Kasperek u. a. hingewiesen. In meiner 1900 erschienenen Arbeit beschrieb ich 3 hierhergehörige Fälle. Auch Frankl-Hochwart hat Intentionskrämpfe bei Tetanie beobachtet. Bei dem von Hoffmann beschriebenen Kranken trat die Tetanie nach der Resektion der Schilddrüse auf und zeigte ausser den gewöhnlichen Symptomen der Tetanie (Trousseau, Chvostek, Erb) auch Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, welche mit der Myotonie übereinstimmten.

Iwan S., 17 Jahre alt, wurde am 11. Mai 1902 auf die Nervenabteilung des Marienhospitals aufgenommen. Er stammte von einer nervösen Mutter, der Vater war an einer unbekanntem Krankheit gestorben, weder bei ihnen noch bei anderen Familienmitgliedern waren von Krämpfen begleitete Krankheiten beobachtet worden.

Der Kranke konnte von kleinauf nicht so rasch laufen wie andere Kinder, weil ihn hierbei ein „Zusammenziehen“ in den Beinen störte. Vor 3 Jahren, als der Kranke sein Handwerk ergriff, verschlimmerten sich diese Erscheinungen. Beim Aufstehen waren die Beine steif, wie hölzern, doch liess diese Erscheinung nach einigen Bewegungen nach. 2 Jahre lang blieb die Krankheit unverändert, bis vor einem Jahre wiederum eine Verschlimmerung eintrat. Die Krämpfe machten sich jetzt auch in liegender Stellung beim Beugen der Beine bemerkbar; dasselbe war auch in den oberen Extremitäten der Fall, wenn der Kranke sie einige Zeit lang flektiert hielt. Nahm er einen Gegenstand in die Hand, so konnte er ihn nicht gleich wieder loslassen. Ausser diesen Krampferscheinungen leidet P. an Parästhesien (Ameisenkriechen). Die Krämpfe, welche bei Muskelanspannung der oberen Extremitäten auftreten, greifen auch auf die Halsmuskulatur über.

Status praesens: Patient ist von mittlerer Grösse und normal entwickelt. Von seiten der inneren Organe ist nur auf zeitweilige Verdauungs-

störungen (Durchfälle) hinzuweisen, die vor etwa einem Jahr auftraten, bisher aber im Hospital nicht beobachtet wurden. Die Schilddrüse ist nicht vergrößert.

Von seiten der Sensibilität, der Sinnesorgane und der Reflexe sind keine Abweichungen zu bemerken, so dass ein hysterischer Ursprung ausgeschlossen erscheint.

P. zeigt die gewöhnlichen Tetaniesymptome von Chvosteck, Hoffmann und Trousseau; letzteres jedoch nicht in der typischen Form. Jede, etwas längere Zeit andauernde Reizung, sei es auf mechanischem oder elektrischem Wege, oder durch den eigenen Willensimpuls, ruft eine tonische Kontraktion der Antagonisten, zuweilen auch entfernter Muskelgruppen, hervor. Diese Kontraktion dauert etwa eine Minute und es gelingt manchmal durch einfache Suggestion sie wieder verschwinden zu lassen. Die Krämpfe sind augenscheinlich nicht schmerzhaft, rufen aber Ameisenkriechen auch in entfernten Körperteilen hervor. Diese Krämpfe werden in allen Extremitäten beobachtet, tragen aber keinen symmetrischen Charakter und scheinen nicht ohne bestimmte Veranlassung aufzutreten. Nach starkem, länger dauerndem Schliessen der Augenlider können dieselben nicht rasch, sondern nur ganz allmählich wieder geöffnet werden. Krämpfe in den Gesichtsmuskeln wurden nicht beobachtet. P. klagt beim Essen zuweilen über ein Zusammenballen der Zunge. Schluck- und Atemmuskeln frei von Krämpfen, desgleichen die Blase. Der Gang des Kranken ist unbedeutend behindert; deutlicher tritt die Behinderung beim Hinabsteigen der Treppe hervor. Beim Liegen sind die passiven sowie aktiven Bewegungen vollständig frei. Die Muskelkraft ist überall normal.

Die Bechterewsche Erregungsreaktion ist nicht auslösbar. Bei Reizung der Hautvasomotoren durch Bestreichen mit dem Stiel des Perkussionshammers ist folgendes zu merken: Anfänglich bildet sich ein schmaler roter Streifen, entsprechend der Grösse des Hammerstiels, nach einigen Sekunden verbreitert er sich bis zu 0,5—0,75 cm. Hierauf verblasst die Röte, bis der Streifen ganz weiss und blutleer wird, wobei er sich jedoch von der übrigen Haut scharf abgrenzt. Diese örtliche Blutleere hält sich gegen 6, ja 8 Minuten, worauf erst allmählich die normale Hautfarbe wiederkehrt. Spuren dieser Erscheinungen sind bis zu ½ Stunde nach dem Versuch zu bemerken. Am besten lässt sich die veränderte Reaktion der Hautvasomotoren an den unteren Extremitäten demonstrieren, besonders an der Innenseite des Oberschenkels.

Die elektrische Erregbarkeit. Bei der faradischen Reizung der Muskeln der Extremitäten und des Halses lässt sich Nachdauer der Kontraktion mit langsamem Erschlaffen der kontrahierten Muskeln nach Stromunterbrechung konstatieren.

Minimale Zuckungen werden ausgelöst:

N. facialis	{	oberer Ast bei 130 cm Rollenabstand	} beiderseits.
		mittlerer " " 125 " "	
		unterer " " " Stromminimum	
		Stamm " " 125 " Rollenabstand	
N. accessorius rechts	122,	links	125 cm Rollenabstand.
N. ulnaris	"	130	" 130 " "
N. radialis	"	125	" 120 " "
N. peroneus	beiderseits 120 cm Rollenabstand.		

Die Beuger der Hand und der Finger kontrahieren sich bei schwächstem Strome, ebenso der Biceps brachii; bei stärkerem Strom erhält man vorwiegende Kontraktionen der Antagonisten. — Die Muskeln der unteren Extremitäten ergeben Zuckungen beim schwächsten Strom.

Die galvanische Erregbarkeit ist gleichfalls erhöht. Bei Reizung des Biceps mit 4 M.-A. erhält man KOZ; in den Flexoren der Hand und der Finger KOZ bei 6 M.-A., desgleichen im N. ulnaris. — Beim Gebrauch von Massage, Bädern und bei roborierender Behandlung verminderten sich alle diese Erscheinungen etwas, doch hörten die Krämpfe bis zur Entlassung aus dem Hospital nicht vollständig auf.

Ich fasse die vorliegende Krankengeschichte kurz zusammen: Wir fanden bei einem 17jährigen erblich nicht belasteten Schneider von Jugend an geringfügige Behinderung im Gehen und Laufen, die allmählich sich verstärkte und mit anfallsweise auftretenden Krämpfen in den Extremitäten sich kombinierte. Die Untersuchung und Beobachtung zeigte einerseits die gewöhnlichen Symptome der Tetanie, andererseits Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, ähnlich denen bei Myotonie. Auch war eine Behinderung beim Treppensteigen nachweisbar.

Der vorliegende Fall lässt die nahen Beziehungen der beiden Krampfkrankheiten deutlich erkennen, was mich veranlasste, an einen gemeinsamen Ursprung zu denken.

Am wahrscheinlichsten erscheint mir, wie ich schon früher zu begründen versuchte, ein angeborener pathologischer Zustand der grauen motorischen Rückenmarkszentren (der Vorderhörner).

Ein freundlicher Zufall führte mir ganz kürzlich einen zweiten hierher gehörigen Fall zu.

W. R., 18 Jahre alt, Handlanger in einer Buchdruckerei, stellte sich mir am 14. Februar 1904 im Ambulatorium vor und wurde am 17. d. M. auf die stationäre Nervenabteilung aufgenommen.

Hat früher stets auf dem Lande gelebt, bis er vor 2 Jahren in die Stadt zog, wo er Typhus abdominalis durchmachte.

Er stammt aus einer gesunden Familie, der Vater ist jung (infolge Erkältung) gestorben. Keinerlei Hinweis auf Krampfkrankheiten in der Familie. Pat. hat seit 2 Jahren in der Maschinenabteilung einer Typographie gearbeitet, wobei er den ganzen Tag auf kaltem Fussboden stehend zubrachte; gibt nicht zu mit Blei in nähere Berührung gekommen zu sein, hat jedoch im vorigen Winter einen heftigen Anfall von Leibschmerzen ohne eruierbare Ursache durchgemacht.

Seit August 1903 bemerkte Patient eine geringe Behinderung beim Gehen, die ersten 3—4 Schritte fielen ihm schwer. Allmählich verstärkte sich die Störung, so dass es dem Pat. zeitweilig schwer fiel, Treppen zu steigen; vor einem Monat fiel es ihm zuerst auf, dass er nach längerem Schweigen nur mit Mühe den Mund öffnen konnte, z. B. um den Löffel einzuführen. Nach dem Öffnen ging das Kauen gut von statten. Mitunter konnte er Gegenstände, die er mit der Hand ergriffen, nicht sofort wieder loslassen. Beim Sprechen scheint ihm manchmal die Zunge stehen zu bleiben. Keine Schluckbeschwerden. Keine spontanen Krämpfe. In der Kälte verschlimmern sich die Symptomé.

Als ich den Pat. zum ersten Mal sah, war das Chvosteksche Phänomen sehr lebhaft; mit dem Troussenauschen Handgriff liessen sich

tonische Krämpfe in den Extensoren der Hand und der Finger auslösen. 3 Tage später wurde der folgende Status praesens aufgenommen: Der Kranke ist gut gebaut, genügend ernährt, bleiche Hautfarbe. An den inneren Organen keine pathologischen Veränderungen. Die gesamte Muskulatur ist athletisch entwickelt. Am Dynamometer r. Hand 52 kg, l. 42. Aktive und passive Beweglichkeit frei. Nach längerem kräftigen Faustschluss werden die Finger nicht schnell, sondern allmählich gespreizt. Kein Trousseauisches Phänomen. Das Chvosteksche Zeichen nur schwach auslösbar. Die Zunge wird gerade vorgestreckt; in den Kaumuskeln und in Orbicularis palpebrarum keine myotonischen Erscheinungen. Die ersten Schritte des Pat. sind unbeholfen, hölzern, das Knie wird nicht gebeugt, er stampft mit den Hacken, allmählich vergeht die Behinderung (nach etwa 8—10 Schritten) und Pat. geht normal weiter. Treppensteigen erschwert, Hinabgehen ungestört. Kraft der Beine sehr bedeutend. Anfangs fällt dem Kranken das Pfeifen schwer, später geht es gut. Darnach und nach dem Lachen treten recht starke fibrilläre Zuckungen in der Lippen- und Kinmmuskulatur auf. Kein Bleisaum.

Die mechanische Muskeleerregbarkeit ist überall gesteigert. Keine idiopathische Zuckung.

Sensibilität normal, desgl. Sinnesorgane.

Alle Sehnenreflexe sind lebhaft; die Hautreflexe erhalten, kein Babinsky.

Elektrische Erregbarkeit. Für den faradischen und galvanischen Strom in den Extremitätenmuskeln gesteigert, vom Nerven aus normale Werte (z. B. Biceps beiderseits 0,2 M.-A. Faradische Zuckung bei maximalem Rollenabstand).

Keine myotonische Reaktion.

Keine KÖZ. Normale Formel und Zuckung.

Verlauf. Unter dem Einfluss warmer Bäder, Massage und Jodkali besserte sich der Zustand rapid; nach Ablauf von 20 Tagen war der Gang des Pat. normal und er wurde genesen entlassen.

Kurz zusammengefasst, handelt es sich um einen jungen Mann, der vor etwa 6 Monaten zum ersten Male Steifigkeit beim Gehen (während der ersten Schritte) bemerkte. Ähnliche Erscheinungen zeigten sich später auch in den Kau- und Handmuskeln. Als Ursache muss chronische Bleivergiftung angenommen werden im Verein mit Erkältung und Anstrengung.

Bei der ersten Untersuchung deutliche Tetaniesymptome und myotonische Störungen beim Gehen. Später schwinden sowohl das Trousseauische wie das Chvosteksche Phänomen und bald auch die Steifigkeit beim Gehen. Die direkte Erregbarkeit ist für beide Stromarten gesteigert; sonst keine Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Der Kranke zeigte somit eine Kombination von tetanischen und myotonischen Symptomen, hatte aber nie spontane Krämpfe gehabt, wodurch er sich vom erstbeschriebenen Fall unterscheidet. Ich zweifle nicht daran, dass unter ungünstigen Verhältnissen die Tetaniesymptome stärker hervortreten werden.

Die gesamte Literatur über die von uns hier erörterte Frage findet sich in der Arbeit von Schultze und Schiefferdecker (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 25, 1.—4. Heft).

Für die freundliche Überlassung des Materials spreche ich Herrn Oberarzt Dr. Rybalkin meinen verbindlichen Dank aus.