

E 500/14

Kulesár F.

Überreicht vom Verfasser.

Nicht im Buchhandel.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FÜR NERVENHEILKUNDE

Begründet von

W. Erb, L. Lichtheim, Fr. Schultze und Ad. Strümpell.

Unter Mitwirkung von

Prof. Cassirer-Berlin, Prof. Curschmann-Rostock,
Prof. O. Foerster-Breslau, Prof. K. Goldstein-Frankfurt a. M.,
Prof. O. Marburg-Wien, Prof. L. R. Müller-Erlangen,
Prof. Veraguth-Zürich, Priv.-Doz. Weigeldt-Leipzig.

Herausgegeben von

M. Nonne-Hamburg,

Fr. Schultze-Bonn und **V. v. Weizsäcker**-Heidelberg.

Offizielles Organ der „Gesellschaft deutscher Nervenärzte“

Sonderabdruck aus 87. Band, Heft 4 bis 6.

Aus der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik der Königl. Ungar.
Tisza-Universität in Debrecen. (Vorstand: Prof. Dr. Ladislaus
Benedek.)

**Einseitiges Erhaltensein des Patellarreflexes bei Tabes
dorsalis infolge vorausgegangener und geheilter Hemiplegie.**

Von

Dr. Ladislaus Benedek

und

Franz Kulesár.



LEIPZIG
VERLAG VON F. C. W. VOGEL

1925



Im Verlaufe der *Tabes dorsalis* ist spontane Rückkehr der Patellar- und Achillessehnenreflexe äußerst selten (s. *Berger, Donath*); einen solchen Fall beobachtete einer von uns an der *Lechnerschen Klinik* in Klausenburg mit *Szabó*, der den Fall auch publizierte (1912). *Oppenheim* beobachtete zwei Fälle, in denen schon seit längerer Zeit bestehende *Tabes* durch die Hemiplegie verdeckt wurde und die *Tabes* sich nur durch genaue Untersuchung nachweisen ließ. Für die Rückkehr des Patellarreflexes infolge von Hemiplegie haben wir einige sichere Beobachtungen (*Spitzka, Pick, Goldflam*). *Nonne* (1) sah (in seiner mächtigen Kasuistik) mit Hemiparalysis endarteritica und mit tertiärer Lues kombinierte inzipiente *Tabes*. In diesem Falle bestand die *Tabes* in beiderseitiger Miosis, beginnender Opticusatrophie und beginnender Pupillenstarre. In einem zweiten Falle (*Nonne*, Beob. 525) war die inzipiente *Tabes* durch arteriosklerotische Encephalomalacie (linke Hemisphäre, Sehstrahlung) und durch Meningitis basilaris gummosa kompliziert; in einem bestimmten Beobachtungszeitpunkt waren linksseitige Hemiparese, Fehlen des rechten Patellarreflexes, außerdem Opticusatrophie und minder ausgiebige Lichtreaktion der Pupillen festzustellen. In all diesen Fällen waren komplizierende Erkrankungen des Nervensystems zu gleicher Zeit vorhanden. *Armstrong* (2) sah bei voraus-

gegangener Tabes Brown-Séquardsche Lähmung von syphilitischer Ätiologie.

Unser Fall ist in kurzem Auszuge folgender:

B. I., pensionierter Staatsbeamter, 40 Jahre alt, hat in seiner Familienanamnese keine besonderen Belastungsmerkmale aufzuweisen. Als Kind überstand er Scharlach und Keuchhusten. Im Jahre 1906 erwarb er eine Lues, danach machte er 5—6 Schmierkuren durch, sowie eine unbestimmte Anzahl von Sublimatinjektionen und 2—3 Salvarsankuren. 1909 stellte sich rechtsseitige Hemiplegie ein, wobei der Kranke das Bewußtsein nicht verlor; es waren dem Insult keinerlei prämonitorische Erscheinungen vorausgegangen, der stehende Patient fiel jedoch infolge der plötzlich eingetretenen Gliederlähmung zu Boden. Die Lähmung dauerte längstens 10—14 Tage, es folgte spontane Heilung und in zwei Wochen war von der Hemiparalyse keine Spur mehr zu erkennen. Nach der Hemiplegie traten in der Erinnerung leichtere Störungen auf: z. B. entfielen dem Patienten Namen und Daten aus der entfernteren Vergangenheit.

Status praesens: Myopia minoris gradus. Augenhintergrund normal. Ophthalmologischer Befund: Aphakia, cat. secundaria; Koloboma artef. iridis (Dr. E b n e r). Wa.R. im Blutserum: ++++; S.G.: +; M.III.M.f.+; im Liquor ist die Wa.R. nur bei 0,5 und mit luetischem Antigen: + positiv. Die Mastix-Reaktion liefert eine für Taboparalyse charakteristische Kurve. Globulin-Reaktionen sind negativ. Zellenzahl: 1. Liquordruck war normal.

R. Pupille mittelweit; an der l. Spuren einer Iridektomie. Licht- und Akkommodations-Reaktion der r. Pupille erhalten. Sehnen- und Periostreflexe der oberen Extremitäten lebhaft, besonders r. L. Patellar- und Achillessehnenreflex erloschen. R. lebhafter Patellar- und Achillessehnenreflex, außerdem Babinski-, Oppenheim-, Bingscher paradoxer Reflex und pathologischer Fascia cruris-Reflex (3); Mendel-Bechterew positiv. Romberg positiv. Beim Gehen leichte lokomotorische Ataxie. Tiefe Sensibilität kaum herabgesetzt. Blutdruck um 160 Hg/mm herum. Therapie: Tuberkulin + Hg-Kur (mit Hydrarg. oxycyanatum), danach Neosalvarsanbehandlung.

Bei unserem Kranken war also 15 Jahre vor seiner Aufnahme eine Hemiplegie vorausgegangen, für die der Mangel an Insulterscheinungen und Unbeständigkeit der Symptome bezeichnend war; diese Eigenschaften der Hemiplegie zwingen uns mit Hinblick auf die drei Jahre früher erworbene Lues und auf das Alter des Kranken zur Annahme von cerebraler Syphilis, bzw. deren endarteriitischen Form. Bekannterweise entsteht nämlich luetische Hemiplegie nur sehr selten auf Grund von Hämorrhagie (s. Heubner und Rumpff, Lancereaux, Spillmann u. a.). Die rechtsseitige Hemiplegie ist vollkommen geheilt, nur die Reflexsteigerung und einige spastische Reflexe sind übrig geblieben. Zu diesem posthemiplegischen stationären

Zustand, der nur durch eine pathologische tiefe Reflexibilität vertreten ist, gesellte sich eine Tabes dorsalis incipiens, die sich durch gänzlich Erlöschen der tiefen Reflexe der anderen Seite und durch Lokomotionsstörungen manifestierte.

Die Besonderheit des Falles rechtfertigt diese Mitteilung.

Literatur.

1. Syphilis und Nervensystem. V. A. 812.
2. New York med. journ. 1892. IX. July.
3. Benedek, Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 78, 1/2 und Orvosi Hetilap 1923, Nr. 1.

