

Eine Halsrippe als Ursache einer Einseitigen Raynaud'schen Krankheit.

Von: Dr. K. Kovács. Primarius des std. Krankenhauses in Szeged.

Im Januar d. J. 1929 wird eine Kranke mit folgenden Beschwerden auf die Station des Krankenhauses aufgenommen: Beginn des Leidens vor drei Monaten mit Prickeln und Brennen in den Fingern der rechten Hand. Dieses Gefühl steigert sich alsbald bis zu starken Schmerzen, welche von der Hand in den Unterarm und auch bis zur Schulter ausstrahlen. Die Schmerzen treten in der Form von Anfällen auf, die an Häufigkeit und Intensität stets zunehmen, während das Gefühl des Prickelns und Abgestorben-seins in der rechten Hand ständig vorhanden ist. Auch nach der geringsten Arbeit mit der re. Hand oder wenn die rechte Arm längere Zeit hindurch schlaff herabhängt, insbesondere aber, wenn sie diese in kaltes Wasser taucht, bemerkt die Kranke ein Blasswerden der Finger, welches alsbald einer bläulichen Verfärbung weicht, wobei sehr heftige Schmerzen in der ganzen Extremität auftreten.

Anamnestisch lassen sich weder, was die Familie noch die Person der Kranken anlangt, irgendwelche Angaben über ein früheres Leiden oder eine hereditäre Belastung erheben.

Die Kranke — eine 22 jährige Bäuerin — zeigt etwas graziilen Knochenbau, ist aber wohlgenährt und äusserlich von gesundem Aussehen. Haut-, Lymphknoten- und Schilddrüsenbefund normal. Die Fossae supraclaviculares sind ausgefüllt, zeigen bei Betrachtung nichts abnormes, bei der Untersuchung mittels Palpation ist aber hier, besonders rechts, ca 3,5 cm oberhalb des Schlüsselbeines eine stumpfe, harte, unbewegliche, unempfindliche Resistenz zu tasten. Herz und Lungen o. B., Radialplus li. normal, re. nicht fühlbar. Pulsation der Art. brachialis im Sulc. bicipitalis med.

beiderseits gut fühlbar, re. etwas härter als li. Die Pulsation der Halsgefäße ist beiderseits gleichmässig tastbar, in den Fossae infraclaviculares sind keinerlei Geräusche zu auskultieren. Blutdruck am linken Arm gemessen 95/50, am rechten 110/55. Abdomen o. B. Pupillensowie Sehnenreflexe normal, Harn o. B. WaR negativ, Blutbild normal, Untersuchung des Grundumsatzes ergibt normale Werte. Keine Anhaltspunkte für ein Leiden der endokrinen Drüsen. Temperatur stets normal.

Bei der Betrachtung der oberen Extremitäten fällt vor allem auf, dass rechts die Fingernägel des III., IV. und V. Fingers bläulich-livid verfärbt sind. Die Haut über den letzten Phalangen dieser Finger ist blässer und blutärmer als an der entsprechenden Stelle der anderen Seite, fühlt sich kühler an und zeigt bei wiederholter Untersuchung oft eine livide Verfärbung. Diese Erscheinung steigert sich bei Hängenlassen des rechten Armes, bei geringen Bewegungen mit diesem und besonders bei Eintauchen in kaltes Wasser. Der Tenar ist re. etwas weniger voluminös als li. An dem III. IV. u. V. Finger der rechten Hand findet man eine mässige Hypästhesie für alle Tastempfindungen, sonst ist das Tastgefühl am ganzen Körper normal. Die Druckkraft der rechten Hand ist etwas vermindert, Die Ab-, Adduktion und Opposition des rechten Daumens gegen Widerstand ist geschwächt. Die Bewegungen der rechten Finger sind im allgemeinen etwas zögernd. Sonstige Bewegungserscheinungen der oberen Extremitäten sowie anderenorts normal.

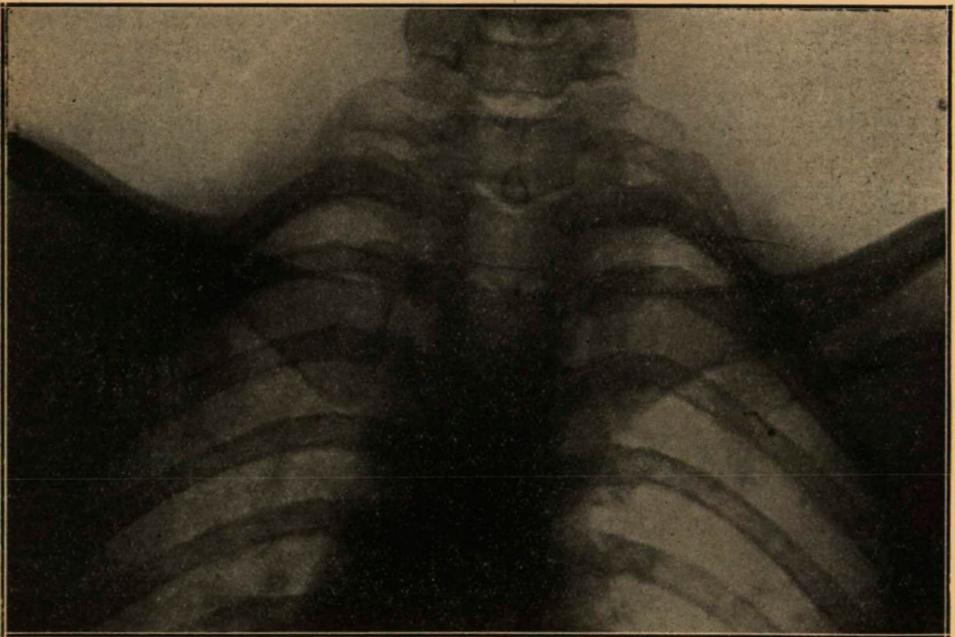
Nach den Angaben der Anamnese und den erhobenen Befunden hatten wir es in diesem Falle offenbar mit einer vasomotorisch-trophischen Erkrankung zu tun. Diese Erkrankungen beruhen bekanntlich auf Störungen der Vasomotilität und der Neurotrophie. Die Motilität der Muskulatur und die Veränderungen auf dem Gebiete der Sensibilität spielen eine untergeordnete Rolle. Bemerkenswert sind die eigentümlichen subjektiven Sensibilitätsstörungen, die Paraesthesien und Schmerzen, vor allem aber die charakteristische Lokalisation der Veränderungen an den Gliederenden des Körpers. CASSIERER u. HIRSCHFELD rechnen zu den vasomotorisch-trophischen Erkrankungen die Raynaud'sche Krankheit, die chronische Akroasphyxie, die Erythromelalgie, die Akroparaesthesien, die multiple neurotische Hautangrän und die Sklerodermie. Die Akroparaesthesie tritt zwar auch in Anfällen auf, doch fehlt hier die

livide Verfärbung der Haut, es kommt bloss zur paroxysmalen Anämie der betroffenen Stellen. Bei der Akroasphyxie verfärbten sich zwar die Gliederenden, doch handelt es sich dabei um einen chronischen Zustand ohne Paroxysmen, ausserdem sind bei dieser Krankheit Schwellungen der Weichteile und Sensibilitätsstörungen zu beobachten, während die Schmerzen bloss gering sind oder meist ganz fehlen. Nach allen Anzeichen durften wir bei unserer Kranken die Diagnose auf Raynaud'sche Krankheit stellen, da alle Symptome dieser Krankheit entsprachen: 1. Vasomotorische Symptome: lokale Asphyxie und lokale Synkope. 2. Veränderungen der Sensibilität: Paraesthesien, Schmerzen. 3. Mässige motorische Störungen im Bereiche der befallenen Gebiete. Auffallend war das einseitige Auftreten sämtlicher Erscheinungen; es ist allerdings nicht unbekannt, dass die Symptome der Raynaud'schen Krankheit im Anfangsstadium einseitig auftreten können.

Bekanntlich ist heute weder die Aetiologie noch die Pathologie bzw. die pathologische Anatomie der vasomotorisch-tropischen Krankheitsgruppe vollkommen geklärt. Die Forschungen der letzten Jahre insbesondere die Kapillarmikroskopie zeigten zwar, dass diese Erscheinungen durch Reizzustände der Kapillaren hervorgerufen werden, doch kann man dabei nicht weiter. Als ätiologische Faktoren kommen in Betracht: Hereditäre Disposition, Traumen, Infektionskrankheiten, psychische Momente, physikalische Faktoren (Kälte, Feuchtigkeit), ferner Störungen der endokrinen Drüsensfunktion, ohne aber dass einem dieser Faktoren eine entscheidende Rolle beigemessen werden könnte. Es wird allgemein angenommen, dass die lokale Synkope und Asphyxie durch die Reizung eines Teiles des vasomotorischen Systems entstehe, auch die mit diesen Erscheinungen verbundenen Schmerzen hängen offenbar mit dem vasomotorischen Zentrum zusammen, da sie durch die Reizung vasosensibler Nervenfaser entstehen. Bei der Raynaud'schen Krankheit spielt also höchstwahrscheinlich das autonome Nervensystem, im Besonderen die Vasokonstriktoren die Hauptrolle. Für die Richtigkeit dieser Annahme scheinen die Versuchsergebnisse H. MARCUS' zu sprechen, dem es bei Kaninchen gelang, mittels subkutanen Adrenalininjektionen einen lokalen Angiospasmus an der einen Ohrmuschel zu erzeugen, an derselben Stelle entstand dann nach intravenöser Einverleibung einer Streptokokkenkultur eine Gangrän.

Nach den uns heute zur Verfügung stehenden Angaben der einschlägigen Literatur dürfen wir annehmen, dass bei dem Entstehen der vasomotorisch-trophischen Krankheiten dem autonomen Nervensystem die wichtigste Rolle zukommt, sei es durch angeborene Schwäche oder durch eine erworbene Schädigung dieses Systems.

Da bei unserem Falle keinerlei Anzeichen für eine angeborene oder erworbene Schädigung sprachen, eine Störung der Funktion der endokrinen Drüsen nicht nachzuweisen war und in der Anamnese keinerlei vorhergegangenes Leiden erwähnt wurde, mussten wir — insbesondere in Anbetracht des klinischen Befundes — an die Möglichkeit einer anatomischen Abnormität als Ursache der Erkrankung denken. Die Röntgenuntersuchungen unterstützte diese Annahme in der Form einer 5 cm langen Halsrippe an der rechten Seite. Links war auch eine Halsrippe zu finden, doch war diese kürzer und schmaler als rechts.



CORNING sagt in seinem bekannten Lehrbuch von den Halsrippen, dass diese bei genügender Länge auf Nerven und Blutgefäße einen Einfluss ausüben können, besonders, wenn die Art.

subclavia u. der Plexus brachialis oberhalb der Halsrippe verlaufen oder wenn, wie dies nicht selten vorkommen soll, die Halsrippe mit der ersten Rippe durch ein derberes Band verbunden ist. Auch in unserem Falle war re. eine Verbindung zwischen Halsrippe und erster Rippe zu sehen, welche li. fehlte.

Halsrippe sind bekanntlich keine Seltenheit, (SEVER fand unter 4000 Röntgenaufnahmen 22 Halsrippen), doch verursachen sie selten Beschwerden. Darüber Aber, dass Halsrippen ähnliche Erscheinungen hervorrufen, wie in unserem Falle, fand ich in der ganzen mir zur Verfügung stehenden Literatur bloss zwei Berichte, beide stammen von ungarischen Autoren: BENEDEK, THURZÓ.

Wie es kommt, dass diese anatomische Anomalie lange symptomlos bestehen kann, dann aber plötzlich ohne direkt nachweisbare Ursache zu einer schweren Erkrankung führt, lässt sich nicht leicht erklären. SARGENT nimmt an, dass durch Halsrippen hervorgerufene Symptome entweder plötzlich durch ein Trauma, oder aber allmählich durch eine stete Reibung der Wurzeln von C₇ u. C₈ entstehen. Die Beschwerden sollen bei Frauen, die schwere körperliche Arbeit verrichten, häufiger sein.

In unserem Falle darf man annehmen, dass die Halsrippe ausschliesslich auf die vasomotorischen u. zw. bloss auf die vaso-konstriktorischen und vasosensiblen Fasern einen Reiz ausübte. Die Schmerzen hatten nicht neuralgischen Charakter und auch aus den motorischen und sensiblen Störungen liess sich nicht auf eine tiefgreifende Schädigung des Plexus brachialis schliessen. Da an der Art. brachialis der Puls zu fühlen war, konnte nicht angenommen werden, dass die Halsrippe die Subclavia komprimiere, ein mässiger Druck auf dieses Gefäss musste allerdings vorhanden sein, da der Radialpuls re. nicht zu tasten war. Wir sind der Meinung, dass der grösste Einfluss der anatomischen Veränderung in einer Wirkung auf den Sympathikus anzunehmen ist.

Die Kranke wurde Ende Februar 1929 an der chirurgischen Abteilung obigen Krankenhauses (Prim. Dr. L. v. MÁCHÁNSZKY) operiert. Bei der Operation zeigte sich, dass die Halsrippe knapp oberhalb der Pleurakuppel verläuft und ungef. in der Mitte der ersten Rippe mit dieser gelenkig verbunden ist. Die Arteria subclavia und der Plexus brachialis verlaufen oberhalb der Halsrippe. Diese wird an beiden Enden exartikuliert und entfernt. Fieberfreier glatter Heilungsverlauf p. p. Schon am dritten Tage nach der Operation

ist der Radialpuls re. mässig fühlbar, gleichzeitig beginnt eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens, die an den nächsten Tagen rasche Fortschritte macht. Zuerst schwinden die Schmerzen, bald darauf lassen die Paraesthesien bedeutend nach, eine Woche nach der Operation ist die livide Verfärbung verschwunden und am 10. Tage nach der Operation bietet die rechte Extremität sowohl was ihr äusseres Aussehen als auch was die Bewegungen, Sensibilität, Puls, Blutdruck usw. anlangt, ein vollkommen normales Bild. Am 12. April 1929 verlässt die Frau geheilt die Anstalt.

Nach den Angaben der Literatur ist der Heilerfolg nicht immer so günstig, wie in unserem Falle. Es kommt zwar zu einem Stillstand des Krankheitsprozesses, doch nicht zu vollkommener Restitution. Es wird dann oft nötig auch die periarterielle Sympathectomie nach LERICHE auszuführen.

Der hier mitgeteilte Fall hat nicht bloss wegen seiner ausserordentlichen Seltenheit, seiner diagnostischen und klinischen Eigenheiten und wegen des therapeutischen Erfolges besonderes Interesse, sondern auch deshalb, weil er einen Beweis dafür liefert, dass wir die Raynaud'sche Krankheit nicht für eine selbständige „Krankheitseinheit“, sondern für einen Symptomenkomplex mit variabler Aetiologie zu halten haben, diese Auffassung kommt auch in der Literatur der neueren Zeit immer mehr zum Ausdruck. S. die Mitteilungen von OPPENHEIM, CASSIERER, LEVY u. VALENSI, CHAVANT u. a.
