Miscellanea : Fragliche multiple Sklerose in Ostafrika

Autor(en): **Gsell, O.R.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Acta Tropica**

Band (Jahr): **21 (1964)**

Heft 3

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-311193

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Miscellanea.

Fragliche multiple Sklerose in Ostafrika.

Rural Aid Centre, Ifakara, Tanganyika, und Medizinische Poliklinik der Universität Basel

Von O. R. Gsell *.

Das Fehlen einwandfreier Erkrankungen an multipler Sklerose in Afrika ist eines der eigenartigen und nicht geklärten Probleme der geographischen Pathologie. Demyelisierende Erkrankungen des Nervensystems sind in Afrika sicher ausgesprochen selten. GEORGI ist diesen Fragen durch eigene Reisen in Ost- und Mittelafrika und durch Befragungen der kompetenten Ärzte der verschiedensten afrikanischen Gebiete 1958 besonders nachgegangen. Persönliche Untersuchungen zeigten ihm, daß in Äthiopien weder auf dem Land noch in der Hauptstadt multiple Sklerose-ähnliche Affektionen zu eruieren waren, daß ferner in Kenya, Uganda, Ruanda-Urundi kein Fall von multipler Sklerose von ihm gesehen oder in Erfahrung gebracht werden konnte, daß nach seinen Erkundigungen Ostafrika, vermutlich auch Süd- und West-Afrika praktisch als von multipler Sklerose verschonte Länder zu bezeichnen sind. GEORGI konnte als Ursache dafür ausschließen sowohl die Rasse, da Afrikaner in Amerika oder Europa von M.S. befallen werden können, dann grob-klimatische Faktoren, Ernährung und auch eine spezifische Infektion. Sir RUSSELL BRAIN hat nun 1963 eine spezielle Enquête durch den Medical Research Council of the United Kingdom eingeleitet, damit alle Immigranten aus Afrika oder andern tropischen Ländern, die in Großbritannien an irgendeiner auf multiple Sklerose verdächtigen Infektion erkranken, gemeldet und neurologisch untersucht werden können. Er betont, daß die spezielle geographische Verteilung der multiplen Sklerose es heute erlaube, in der Welt von low risk- und high risk-Gebieten für die demyelisierenden Nervenkrankheiten zu sprechen.

Da von neurologischer Seite aus um Mitteilung aller Beobachtungen suspekter multipler Sklerose bei in Afrika geborenen Personen ersucht wird, berichten wir über eine eigene Beobachtung in Tanganyika. Wir sind uns dabei bewußt, daß eine klinische Mitteilung ohne Autopsie nur einen Wahrscheinlichkeitswert haben kann, daß es nicht erlaubt ist, weitere Schlüsse zu ziehen.

Beobachtung 1. J. M.

Die nicht verheiratete 19-20jährige Bantu-Frau, aus einem Eingeborenenstamm des Ulanga-Distriktes im südwestlichen Teil von Tanganyika stammend, wurde Anfang Juli 1963 in das St. Francis Hospital in Ifakara (Chefarzt: Dr. A. Schöpf) eingewiesen. Sie gab an, seit ca. 1½ Jahren Gehbeschwerden zu haben, die sich schubweise verstärkten und wieder besserten, die sich aber jetzt beträchtlicher bemerkbar machten, mit gleichzeitigem Auftreten von Miktionsstörungen.

Die Untersuchung und Beobachtung über 2 Monate zeigte bei der gut gewachsenen jungen schwarzen Frau in vorzüglichem Ernährungszustand fünf wesentliche positive und mehrere negative Befunde, welche die klinische Diagnose einer multiplen Sklerose nahelegten. Es fanden sich:

1. *Spastische Paresen,* ausgesprochen am linken Bein, deutlich auch am linken Arm, angedeutet am rechten Bein, mit *spastisch ataktischer Gang-*

* Prof. Dr. med., Dr. med. h. c. F. Georgi zum 70. Geburtstag gewidmet.

störung. Das linke Bein war auffallend spastisch mit stark gesteigerten Reflexen. Patellarsehnenreflex links sehr lebhaft mit erweiterter reflexogener Zone, gesteigerter Achillessehnenreflex links mit Fußklonus, ausgesprochenes Babinski-Phänomen, positiver Rossolimo. Keine Muskelatrophie. Lasègue negativ. Im rechten Bein war auch eine leichte Steigerung der Reflexe, zeitweise positiver Babinski, aber nie ein Klonus zu finden, keine deutliche Spastizität. Linker Arm leicht spastisch mit erhöhten Reflexen, rechter Arm normal. Bauchdeckenreflexe meist ganz fehlend, zeitweise links basal Bauchdeckenreflex auslösbar. Der Gang war sehr erschwert, mit Überkreuzung der Beine, bei Austritt gar nicht möglich, aber im zweiten Monat zeitweise, immerhin mit Hilfe ausführbar, dabei ausgesprochene ataktische spastische Unsicherheit.

2. *Tremor:* Ausgesprochener *Intentionstremor* des linken Armes mit Unmöglichkeit, ein wassergefülltes Glas an den Mund zu führen, mit starkem Tremor beim Finger-Nasen-Versuch, all dies verstärkt bei psychischer Erregung. Im rechten Arm kein Tremor, rechts beim Finger-Nasen-Versuch kein Vorbeizeigen. Später auch Zittern des ganzen Körpers bei Sitzversuchen, dies intentiell verstärkt.

3. *Miktionsstörung:* Unwillkürlicher Urinabgang, bei Versuch zu urinieren langes Warten bis Urin kommt, dazu zeitweise hartnäckige Obstipation. Einläufe notwendig, gelegentlich wieder diesbezüglich beschwerdefrei. Die Miktionsstörungen verstärkten sich im 2. Monat mit Untersichlassen im Schlaf, Bettnässen auch am Tag.

4. *Pathologischer Liquorbefund:* Keine Druckerhöhung sowohl lumbal wie okzipital. Liquor klar. Zellen am 16. 7. 18/3, am 7. 8. 45/3 lymphocytär. Keine Eiweißvermehrung. Pandy negativ. Quantitative Bestimmung nicht ausgeführt.

Das *Fehlen von Sensibilitätsstörungen* kann unter den *negativen Befunden* hervorgehoben werden. Bei wiederholten Prüfungen stets normale sensible Empfindungen am Rumpf und an allen Gliedern. Schmerzen wurden nie geäußert. Es war auch nie Kopfweh vorhanden. Die Psyche konnte als euphorisch bezeichnet werden. Auch bei Unmöglichkeit, sich aus dem Bett zu erheben, blieb die Patientin recht zufrieden, beschwerte sich nie. Die Sprache war nicht sicher gestört, immerhin schwer zu prüfen, da die Frau nur ihren Suaheli-Dialekt sprach. Intelligenz normal. Die Patientin hatte 5 Jahre die Missionsschule besucht, hatte nie psychische Schwierigkeiten.

Das *Encephalogramm* ergab normale Füllung des Ventrikelsystems, keine Ausweitung, keine Aussparungen. *Röntgenologisch* waren die Knochen des Schädels normal geformt, die Sella nicht erweitert, und auch die Halswirbelsäule zeigte in der a.-p.-Aufnahme keine Veränderungen, keine Arthrosen.

Wassermann'sche Reaktion war im Blut negativ.

Keine faßbaren Störungen an den Augen, kein Nystagmus, prompte Licht- und Konvergenzreaktion der runden Pupillen. Beim Spiegeln des Augenhintergrundes fiel nichts Besonderes auf, doch war es nicht möglich, eine spezialärztliche ophthalmologische Untersuchung auszuführen.

Herz- und Lungenbefunde waren normal, ebenso der Blutdruck 110/70. Im Urin weder Zucker noch Eiweiß, im Stuhl keine Würmer. Leukozyten 5400. Patientin gab an, in der Kindheit, wie praktisch alle ihre Altersgenossen, Malaria durchgemacht zu haben. Jetzt ließen sich keine Plasmodien im Blut feststellen. Ein kurzer Fieberschub wurde gleich nach dem Spitaleintritt bemerkt. Nach Verabreichung von Camoquin später nie mehr Fieber. Kein Milztumor.

5. *Schubweiser Verlauf* war auch während der zweimonatigen Beobachtung zu konstatieren. Bei Verabreichung von Vitamin B und Melleril wurde anfangs eine leichte Besserung bemerkt wie bereits mitgeteilt. Auf erneute, leichte Verschlimmerung erfolgte ein stationärer Zustand. Nach 2 Monaten erneute Verschlimmerung mit verstärkten Miktionsstörungen, mit völliger Bettlägerig-

keit. Von den Angehörigen wurde Patientin wegen fehlender Besserung nach Hause genommen.

Epikrise:

Bei einer 20j. Bantufrau fand sich ein organisches Nervenleiden, das klinisch dem üblichen Bild einer multiplen Sklerose entsprach, mit spastisch ataktischem Gang, Hyperreflexie, pathologischen Reflexen, fehlenden Bauchdeckenreflexen, mit asymmetrischer Ausbildung der Paresen, mit Intentionstremor, ausgesprochenen Miktionsbeschwerden, Euphorie und leichter Zellerhöhung im Liquor. Zusätzliche Untersuchungen ließen andere Leiden ausschließen: keine Anhaltspunkte für Syphilis (WaR negativ), keine Zeichen für Hirntumor (normale Befunde des Encephalogramms, des Schädelröntgenbildes, des Augenhintergrundes, nie Stupor, nie Hirndrucksymptome), keine Zeichen für andere Rückenmarkleiden, keine Sensibilitätsstörungen, keine Zeichen für sonstige Organkrankheiten. Daß Patientin schon als Kind Malaria durchgemacht hat, ist für diese Gegend das übliche. Hier fanden sich nie Symptome einer aktiven Malaria oder durch sie bedingte Komplikationen, für welche die hier sie untersuchenden verschiedenen Ärzte mit besonderen Erfahrungen in tropischen Krankheiten keine Anhaltspunkte erheben konnten. Störungen der Leber oder der Nieren ließen sich nicht feststellen.

Das klinische Bild und der schubartige Verlauf sprachen für das Vorliegen einer multiplen Sklerose. Einzig die dabei häufig bemerkten Augenveränderungen waren hier nicht zu finden, doch fehlte diesbezüglich eine fachärztliche Untersuchung. Klinisch ist natürlich nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich. Der spätere Verlauf konnte nicht in Erfahrung gebracht werden und eine autoptische Kontrolle liegt nicht vor. Wichtig erscheint, daß die längere Beobachtung keine andere Erkrankung als ein demyelinisierendes Nervenleiden als Erklärung für die vorliegenden Symptome feststellen ließ. *Per exclusionem* lautete die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf multiple Sklerose.

Der Chefarzt des Krankenhauses Ifakara, Dr. Schöpf, berichtete uns noch über einen von ihm im Ulanga-Distrikt von Tanganyika vor 2 Jahren beobachteten Fall:

Bei einem 35jährigen Eingeborenen, einem Inder, also nicht einem Bantu-Neger, dessen Familie schon lange in Igota, ca. 30 Meilen von Ifakara entfernt, im abgelegenen Busch als Handelsleute ansässig war, fand sich ein Nervenleiden mit ataktisch-spastisch-paretischen Störungen, wobei die Anfangsdiagnose auf Hirntumor lautete. Der Mann ging daraufhin zur genauen neurologischen Untersuchung nach Bombay (Indien). Die Diagnose Hirntumor wurde nicht bestätigt. Die fachärztliche Diagnose lautete auf multiple Sklerose. Der Mann kam im gleichen Zustand wieder in sein Heimatdorf zurück. Weiterer Verlauf nicht bekannt.

Die Mitteilung dieser beiden Beobachtungen, so unvollständig sie auch sind, soll als Beitrag zu den Studien von GEORGI darauf hinweisen, daß auf multiple Sklerose sehr verdächtige Erkrankungen als Seltenheit auch in Ostafrika vorkommen. Sie soll mithelfen, wie es Sir RUSSELL BRAIN als dringend wünschenswert erklärt hat, alle diesbezüglichen kasuistischen Fälle zu sammeln.

Literatur.

BRAIN, W. R. (1963). Demyelating Disease in Immigrants. — Brit. med. J. II, 105.

GEORGI, F., HALL, P., und MÜLLER, H. R. (1961). Zur Problematik der multiplen Sklerose. — Bibl. Psych. et Neurol. Fasc. 114, S. Karger, Basel.