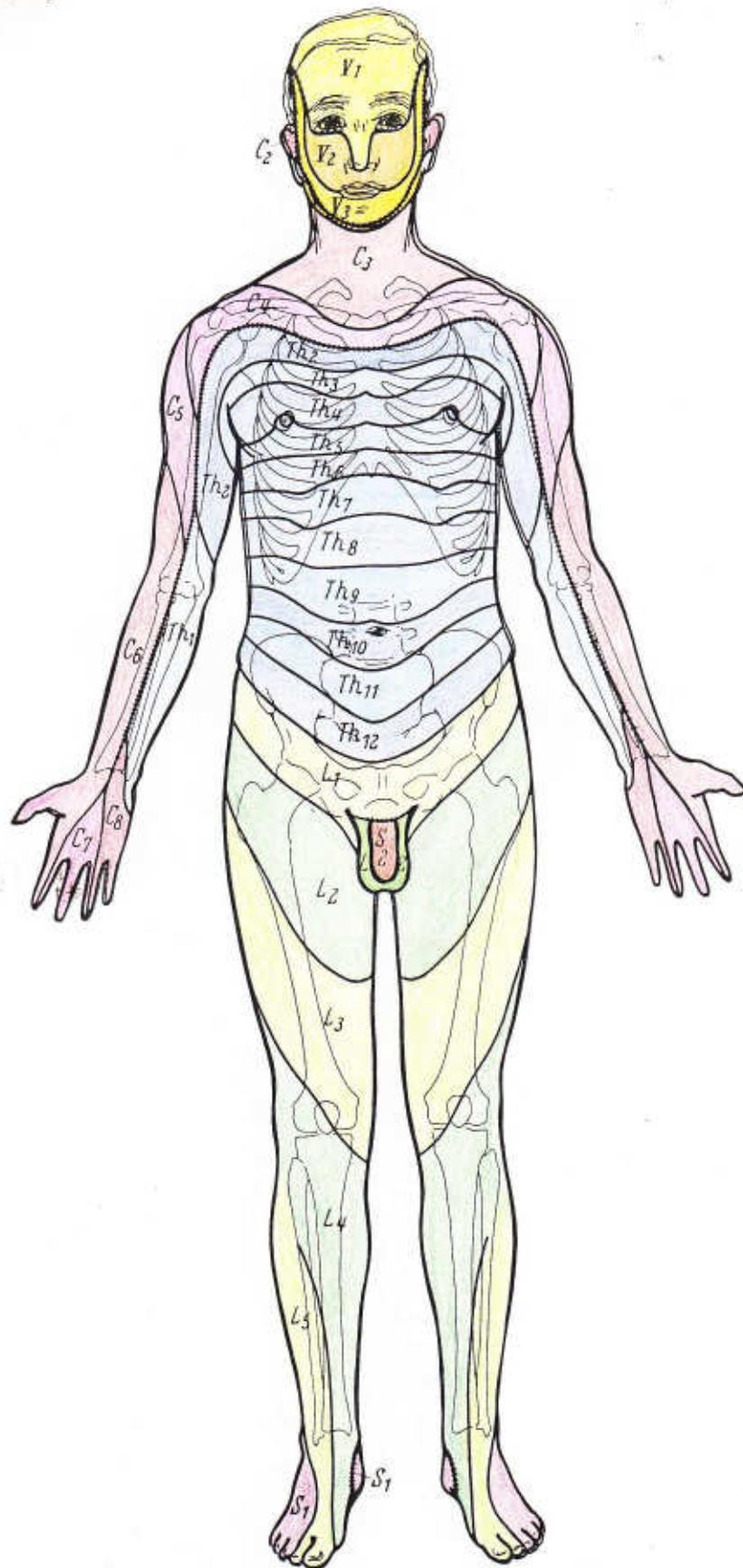


Abb. 1. Topische Synopsis eines Segmentes mit Enterotom (Pankreas), Myotom, Dermatome und Neurotom (Th₈) und ihre wichtigsten nervalen Verbindungswege.



- Grenzen innerhalb kontinuierlicher Segmentfolgen.
- ⋯⋯⋯ Hiatuslinien = Axiallinien, an denen entferntere Dermatome (z. B. C₄/Th₂, L₄/S₁) aneinandergrenzen.

Abb. 2. Die segmentale Innervation der Haut (Dermatome).

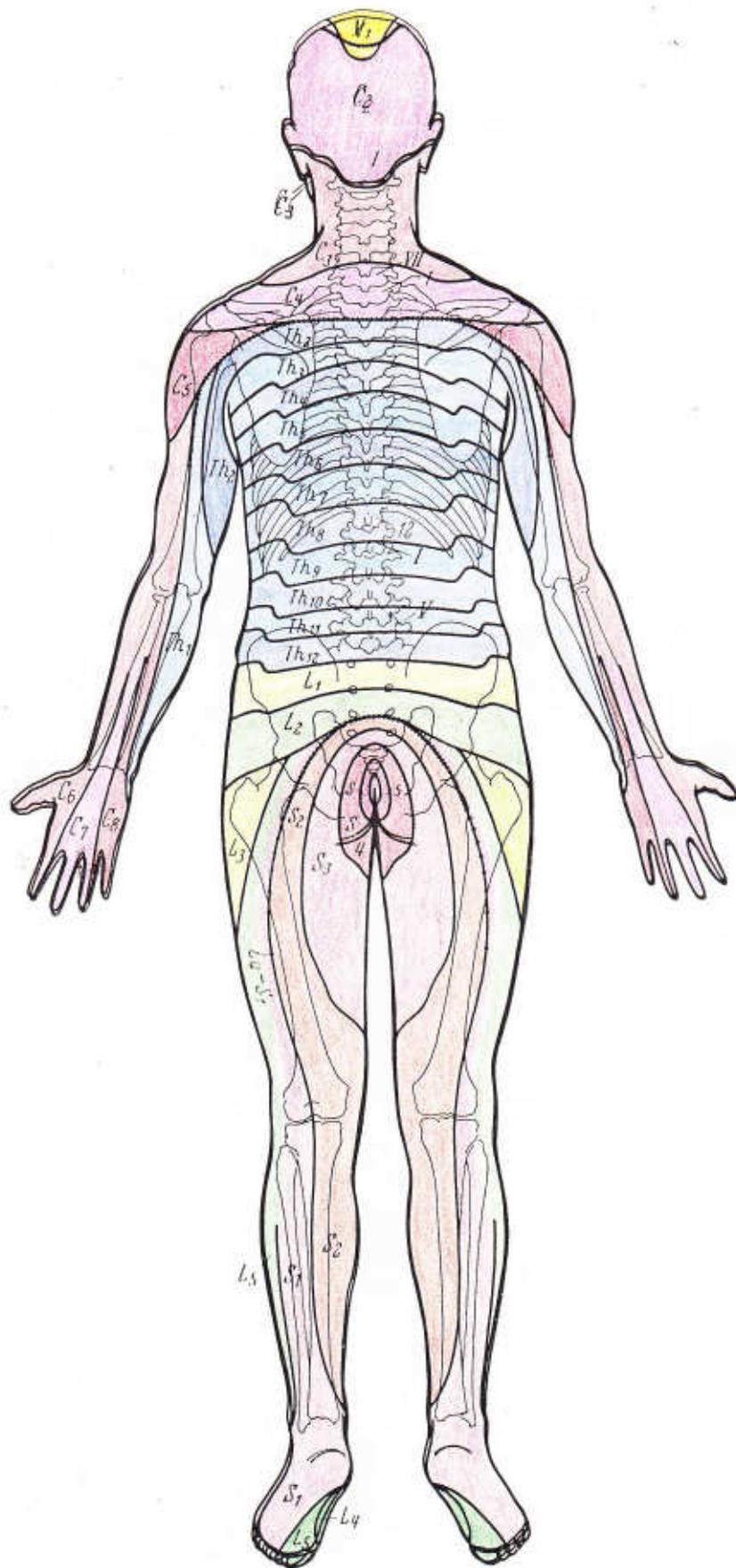


Abb. 3. Die segmentale Innervation der Haut (Dermatome).

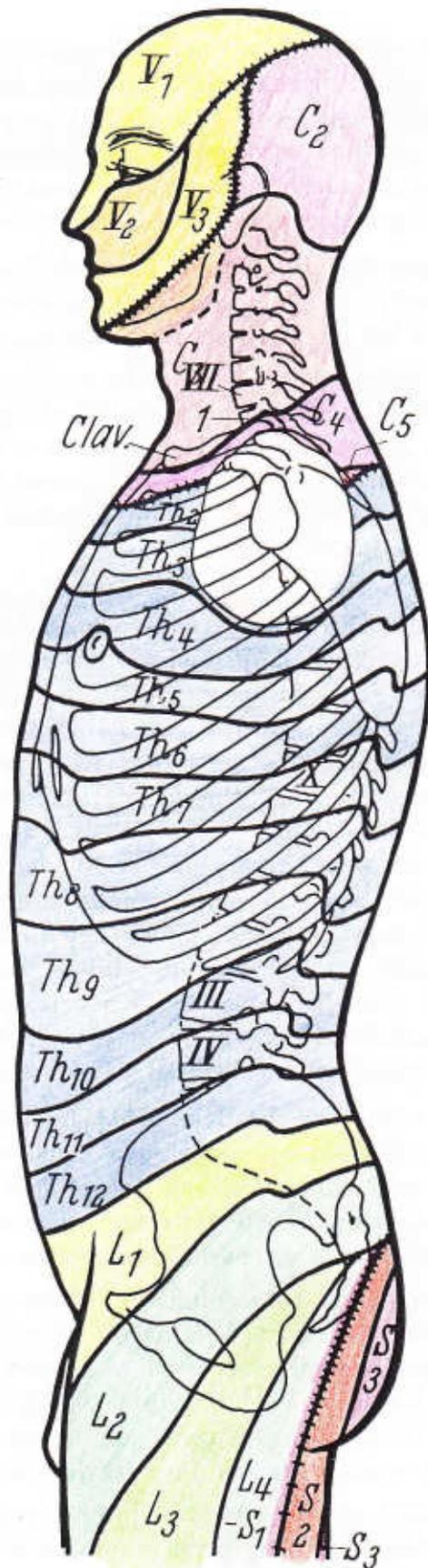


Abb. 4. Die segmentale Innervation der Haut (Dermatome).

Symptome richtig auf ihre Ausgangsherde als Ursache bezogen und diese dann durch therapeutische Maßnahmen beeinflußt bzw. eliminiert werden. Erkrankungen solcher Art sind z. B. die Ganglionitis spinalis und der Zoster, sind die Osteochondrose der Wirbelsäule, sind die durch Bandscheibendegeneration, Band-

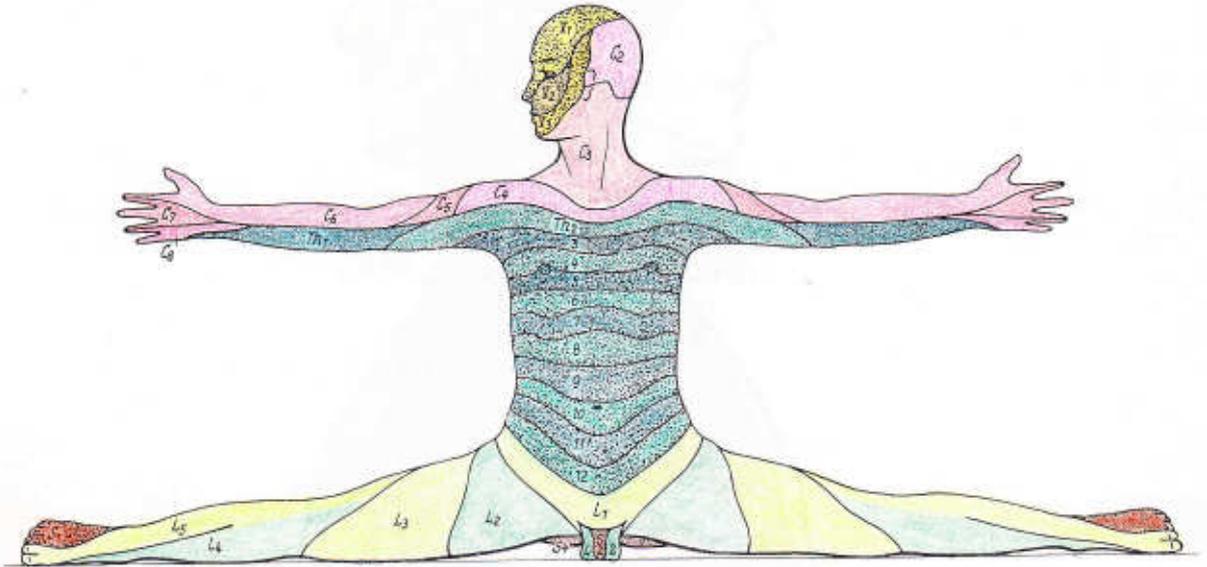


Abb. 5

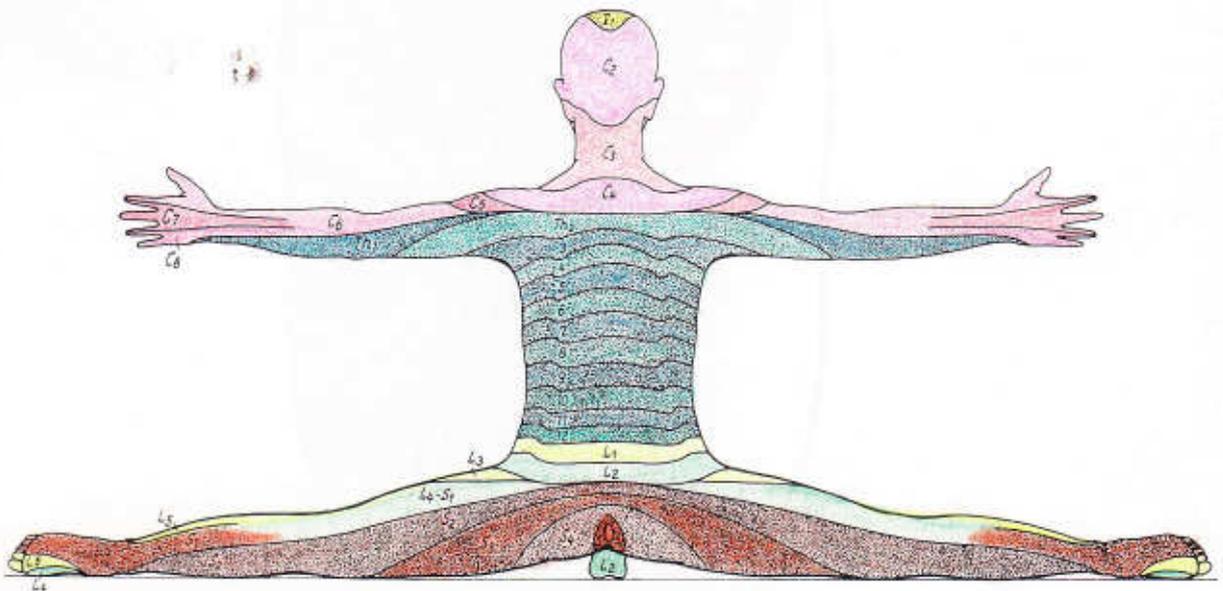


Abb. 6

Abb. 5 und 6. Darstellung der Dermatome wie auf Abb. 2 und 3. Die Extremitäten sind in der Lage ihrer embryonalen Wachstumsrichtung gezeichnet.

scheibenprolapse und Tumoren verursachten sensiblen und motorischen Störungen; also Schmerz, Hyper- und Hypalgesien einerseits, Lähmungen, Muskelatrophien, Areflexien andererseits.

2. Eine indirekte Beeinträchtigung der peripheren Projektionsfelder entsteht bei Erkrankungen innerer Organe. Der vom erkrankten Viskus ausgehende Schmerz teilt sich bestimmten Partien der Körperhaut und -muskeln mit, und zwar jeweils

STARCK. Sogar in der menschlichen Pathologie sind genügend Beispiele von Grenzverschiebungen dieser Okzipito-Zervikal-Gegend bekannt: Atlas-Assimilationen, Manifestationen von Proatlanten usw.

Mit diesen wenigen skizzenhaften Bemerkungen müssen wir die Besprechung dieser Probleme hier abbrechen. Nähere Aufschlüsse gibt die Monographie von VEIT: „Das Problem Wirbeltierkopf“.

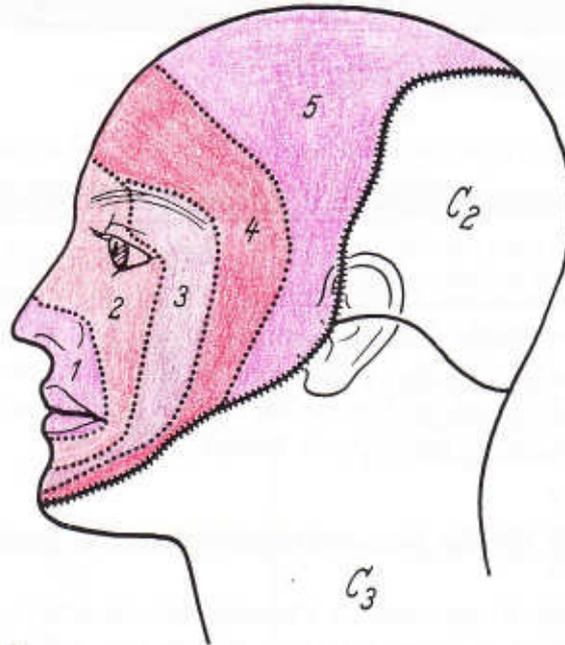


Abb. 16. Die **LÄHR-SÖLDERSchen Linien**, wie sie bei intramedullären Prozessen im Bereich der absteigenden Trigeminus-Kernsäule beobachtet werden.

Ehe wir die Besprechung von klinischen Beobachtungen zum Metamerieproblem beginnen, müssen wir noch kurz auf die eben schon erwähnten LÄHR-SÖLDERSchen Linien eingehen (Abb. 16).

Diese Linien dürfen wir nicht als Analoga von Dermatomen ansehen. Man findet die L.-S. Linien bei mehr oder weniger fortgeschrittenen Läsionen des absteigenden Tractus nervi trigemini, einer Kernsäule, die die Ursprungszellen der zweiten sensiblen Neuren enthält. Alle Befunde über spinale Metamerie beziehen sich aber ausschließlich auf die ersten Neuren, also die Spinalganglien oder die Spinalnerven. Die Spinalganglien könnte man (s. oben) allenfalls dem Ganglion gasseri gleichsetzen.

Die L.-S. Linien geben aber auch lediglich Verlaufsrichtungen der gefundenen Sensibilitäts Grenzen an. Sie umfassen nicht etwa, wie die Dermatome, konstante Bezirke. Wenn man genügend Fälle dieser Art übereinander projizieren oder einen intramedullären Tumor während seines progredienten Verlaufes genügend oft nachuntersuchen würde, so könnte man zwanglos statt 3 oder 6 an die 20 oder 30 derartige „zwiebelschalenartige Linien“ aufzeichnen. Sie geben uns Aufschluß über die Projektion bestimmter Hautbezirke des Gesichtes auf die absteigende medulläre Trigeminuskernsäule. Wahrscheinlich entsprechen sie horizontalen Querschnitten dieser Formation (KAUTZKY). Es besteht demnach kein Grund, diese Linien in die segmentalen Sensibilitätsschemata einzuzichnen. Wenn es überhaupt gewisse praktisch-klinische Analogien zwischen der spinalen Dermatombildung und der Einteilung der Kopfbzonen gibt, so sind diese ausschließlich für die drei großen peripheren Trigeminusäste anzunehmen.