XXVI.

Kleinere Mittheilung.

Ueber einige weniger gekannte Beziehungen zwischen
Krampf und Lähmung.

Von

Dr. Karl Gumpertz,

Nervenarzt in Berlin.

Vor Kurzem hat Dr. Rindfleisch in einer Arbeit aus der Lichttheim'schen Klinik¹⁾ die Frage der Chorea mollis wieder angeregt. R. citirt u. a. den von mir am 9. XII. 1895 in der Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten vorgestellten Fall (den ersten in Deutschland beobachteten), behauptet aber, dieses Thema sei in deutscher Sprache noch nicht eingehender behandelt worden. Daraus geht hervor, dass Verf. meine Publication²⁾ nicht gelesen hat. Seine Klage, dass die Lehrbücher der Neurologie der Chorea mollis nicht gerecht werden, trifft auch nur zum Theil zu, die zweite Auflage des Oppenheim'schen Lehrbuches giebt bereits eine eingehende Schilderung des Krankheitsbildes.

Durch die Krankengeschichte meines Falles wird die Verwandtschaft der hemi- bzw. monoplegischen Form mit der generalisirten Chorea mollis dargethan, sowie die Beziehung dieser Krankheit zum Gelenkrheumatismus beleuchtet.

Ein Punkt, welchen mein Aufsatz bereits berücksichtigt, Herr Rindfleisch aber gar nicht erwähnt, ist die Frage der etwa der Paralyse vorhergehenden Arzneivergiftung. Dieselbe war eclatant in dem Falle von Cadet de Gassicourt; auch in den Fällen von Filatow und Albutt ist eine für unsere Begriffe unerhörte Quantität von Narcoticis verfüttert worden.

Da sich die Choreaparalyse einige Male in auffallender Weise an übergrosse Gaben narkotischer Mittel angeschlossen hat, da sie ferner bisweilen recidivirt oder vicariirend für Gelenkrheumatismus eintritt, so werden wir die Theorie einer toxischen Muskeler schlaffung nicht gut ausschliessen und werden mit den von Herrn Rindfleisch für Chorea und Lähmungen postulirten verschiedenen, wenn auch auf gleicher ätiologischer Basis entstandenen anatomischen Processen nicht viel anfangen können.

Die Theorie eines psychischen Ursprungs der Lähmung (Koshewnikow) habe ich für meinen Fall bereits abgelehnt. Wir werden später sehen, dass psychisch bedingte Lähmungen mit choreiformen Bewegungen der Chorea mollis ähnlich sehen können.

1) Diese Zeitschrift 1902. S. 143 ff.

2) Ueber Chorea paralytica. Allg. med. Central-Zeitung. 1896. Nr. 8.

Der von mir publicirte Fall (Emma K.) hat sich folgendermassen weiter entwickelt: Am 9. XII. 1895 wurde Emma K. mit den Symptomen der generalisirten schlaffen Lähmung demonstrirt. Am 11. I. 1896 zeigt Pat. starke choreatische Zuckungen, kann aber auf Geheiss alle Bewegungen machen, nur der linke Arm fällt, erhoben, sofort herab. Greifen mit der linken Hand gelingt nicht. Die Kleine soll sehr reizbar sein. 17. I. 1896. Der linke Arm ist noch paretisch. Patellarreflexe fehlen noch. Ich habe in späteren Jahren (zuletzt Anfang 1902) die Pat. wieder gesehen; sie ist körperlich sehr gut entwickelt, zeigt aber noch periodisch ausgesprochene Chorea minor (ohne Lähmungen). Intellectuell ist sie sehr zurückgeblieben.

Mit Herrn Rindfleisch bin ich der Meinung, dass halbseitige Lähmung mit Chorea im späteren Jugendalter gewöhnlich hysterischer Natur ist. Einen charakteristischen Fall dieser Art will ich kurz mittheilen.

F. M., 20 Jahre alt, Verkäuferin in einem Waarenhause, stolpert im Geschäft, zeigt bald darauf Zittern und Schwäche der rechten Seite, kann nicht schreiben.

Heredität, Gelenkrheumatismus etc. wird negirt.

Bleichsüchtiges, mageres Mädchen. Schleift beim Gehen den rechten Fuss nach. Kraft der rechten Hand und des rechten Beines deutlich herabgesetzt. Sensibilität nicht nachweislich gestört. Choreatische Unruhe des Gesichts und der r. Hand. Sprache etwas mühsam. Gesichtsfeld in Ordnung. Reflexe lebhaft.

Hypnose gelingt nicht. Ganz vorübergehende Besserung nach Franklination.

Die Angehörigen sind zu richtiger psychischer Behandlung der Pat. schwer zu erziehen. Die Mutter äussert Befürchtungen, der Krampf werde auf die linke Seite überspringen.

In den nächsten Wochen wird Pat. bettlägerig, zeigt starke Jactationen, kann häufig nicht aufrecht sitzen, den Kopf nicht halten. Spricht unarticulirt, einzelne Silben kommen rauh, explosiv heraus, häufig Schmetzen und Schnalzen. Reflexe erhalten, kein Dorsalclonus.

Unter hydrotherapeutischem Regime Besserung. Nach etwa zwei Monaten ist Lähmung, Chorea und Sprachstörung verschwunden. Pat. hat ein unreifes Wesen zurückbehalten.

Der Fall ist als traumatische Hysterie anzusehen. Das impulsive Element war hier unverkennbar, die fast unverständliche Sprache wurde sehr klar, sobald Pat. durch Widerspruch gereizt oder auf ein ihrer Eitelkeit zusagendes Thema geführt wurde. Die Behandlung betonte, was alles zum Besten der Kranken geschah, es wurde eine Sitzwanne extra beschafft etc. Die hydiatischen und Ernährungsprocedures dienten also hier als Vehikel der psychischen Beeinflussung.

In einem Stadium der Krankheit, wo Pat. den Rumpf und Kopf nicht halten konnte, erinnerte sie an das Bild der Chorea mollis, indessen fehlte die extreme Atonie (comme un chiffon, wie die französischen Autoren von der Chorée molle sagen).

Sehr interessant ist das — nicht mit absoluter Sicherheit — von Herrn Rindfleisch bei seinem Todesfalle von Chorea mollis festgestellte Ausbleiben der Leichenstarre. Wenn Muskeln während des Lebens abnorm schlaff sind und nach dem Tode die Schlafheit behalten, so lässt

dies m. E. darauf schliessen, dass im Leben wie im Tode das gleiche Agens auf den Muskel einwirkt.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit eine Beobachtung mittheilen, welche das umgekehrte Problem zu illustriren geeignet sein dürfte.

Frau R., 66 Jahre alt, sucht am 25. III. 97 meine Poliklinik auf. Frau R. ist seit 20 Jahren kahl, hat vor 10 Jahren einen Fall auf den Hinterkopf erlitten. Allmählich stellte sich grosse Unruhe ein, Pat. zeigte Krämpfe in Nase und Kinn, zeitweise krampfhaftes Händerringen. Vor 1½ J. Augenentzündung, seitdem werden die Augen zugekniffen. Im Schlafe sollen die Krämpfe aufhören.

Status: 25. III. 97. Kahler Kopf. Ekzem. Colossale Tics in beiden Faciales. Augenzukneifen, Mundspitzen etc.

Patellarreflexe nicht zu erzielen.

30. III. P.-S.-R. bei Jendrassik deutlich. Urin löst stark Kupfer, zeigt keine Trommer'sche Reaction, Versuche auf alimentäre Glykosurie negativ, Thyreoidintabletten wirkungslos.

30. I. 99. Fortwährende clonische Krämpfe beider Gesichtshälften. Mundspitzen etc. Hochziehen der Schultern, schleudernde Bewegungen der Arme. Grosse Unruhe, der Kopf wird meistens gesenkt gehalten, das Kinn schaut dabei nach rechts. Trockenes Ekzem der kahlen Kopfhaut.

Pat.-Refl. schwach, aber gut auslösbar.

In den letzten Tagen sollen einzelne Laute krampfhaft herausgekommen sein (Bericht der Tochter).

Im Juni, Juli und August 99 gingen häufig die Arme nach hinten.

Im November 1899 war einmal der Mund nach rechts verzogen, dann blieb eine Lähmung des rechten Armes zurück. Der rechte Arm wurde völlig steif. Die anfängliche Sprachstörung (Bericht der Tochter) ging zurück. Der rechte Arm wurde seither an den Körper angezogen, war im Ellbogengelenk gestreckt, die Hand extendirt und supinirt. In dieser Stellung bestand extreme Contractur.

Der Arm war bei Berührung schmerzhaft, die Sensibilität blieb intact, Atrophie trat nicht ein. Die Patellarreflexe der jetzt dauernd bettlägerigen Patientin nicht auslösbar.

Die Intelligenz der Kr. blieb bis kurz vor dem Tode klar.

Unter fortdauernder Entkräftigung und Durchfällen erfolgte der Exitus am 9. V. 1900.

Die Diagnose war hier auf „Maladie des tics“ gestellt worden. Nach Eintreten der dauernden Paralyse und Contractur des rechten Armes wurde wenigstens für diese ein anatomisches Substrat vermuthet, ja ich glaubte, nun auch die Tics auf eine Hirnaffection — etwa Tumor — beziehen zu sollen, welche nunmehr das Armcentrum erreicht habe. (Untersuchung des Augenhintergrundes wegen der Tics undurchführbar.) Die Autopsie musste sich auf die Gehirnsection beschränken. Nur die Dura mater war etwas verdickt, sonst fanden sich keinerlei Abweichungen an den Gefässen oder der Hirnsubstanz. Auch nach Härtung in Formol zeigte sich nirgends eine Erweichung oder sonstige Veränderung, so dass auch von einer mikroskopischer Untersuchung Abstand genommen wurde.

Die Section fand 6 Stunden nach dem Tode statt. Die Leiche war in vorgerückter Starre, der rechte Arm aber noch rigider als die anderen Glieder und in gleicher Stellung wie vor dem Tode. Es gelang nicht, ihn

aus der Lage zu bringen und er musste — in gleicher Stellung wie bei Lebzeiten — unter dem Rumpfe in den Sarg gelegt werden.

Das Charakteristische an unserer Beobachtung ist also: multiple, fast immer symmetrische Muskelkrämpfe, combinirt mit einer ohne erkennbare Ursache plötzlich aufgetretenen, sehr schnell zu extremer Rigidität führenden Paralyse eines Armes; diese Lähmung bleibt — bei erhaltener Sensibilität — etwa ein Jahr lang ganz unverändert und die räthselhafte Contractur bleibt nach dem Tode in gleicher Weise bestehen. Dabei muss nach dem Leichenbefunde das Leiden als „functionelles“ angesehen werden.

Eine Erklärung dieses Falles versuche ich nicht; er spricht aber mit dafür, dass mit Muskelkrämpfen und Lähmungen Stoffwechselveränderungen einhergehen, welche den Tonus bezw. die Atonie der Muskeln und Gelenke nach dem Exitus erhalten.