XVIII.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ein scheinbarer Fall von Paralysis agitans.

Von

R. v. Krafft-Ebing (in Wien).

(Mit 1 Schriftprobe.)

Am 14. Juni 99 wurde in der Nervenabtheilung meiner Klinik der 67 jährige Pfründner S. wegen angeblicher Paralysis agitans aufgenommen.

Er ist erblich zu Nervenerkrankungen nicht veranlagt, litt aber schon vom 6. Lebensjahr ab an Hemicrania simplex. Er war schwächlich und kränklich in den Kinderjahren, nach der Pubertät kräftig, gesund, bis auf eine Gonorrhoe und Malaria mit 18 Jahren, machte bis 1870 als Soldat viele Strapazen mit, diente dann als Privatbeamter und war leistungsfähig und gesund bis zum Februar 1876, wo er einen heftigen Shock durch den plötzlichen, unvorhergesehenen Tod seines einzigen Kindes erfuhr.

Die unmittelbare Reaction war Zusammenstürzen, bewusstloses Daliegen durch 7 Stunden mit erschlafften Gliedern und Trismus (hysterischer Lethargieanfall). Zusichgekommen, bemerkte Pat. Tremor beim Schreiben, den er früher nie wahrgenommen hatte. Dieser bestand seither auch in der Ruhe und in beiden Ob.-Extr. in wechselnder Intensität fort und erschien gesteigert bei Emotion und Intention. Er störte den Pat. aber nur wenig bei Hantirungen. Im Uebrigen erfreute sich S. völligen Wohlbefindens und war er frei von irgend welchen Erscheinungen hysterischer Neurose. 1883 erfuhr dieses Zittern bedeutende Steigerung anlässlich der Nachricht vom plötzlichen Tode des geliebten Vaters. Es zeigte sich nun auch in beiden Unt.-Extr., aber nur, wenn sie herabhingen und die Füße gerade den Boden berührten (Trépidation spinale). Er hatte seither auch häufig das Gefühl von grosser Kälte in den Unt.-Extr. Ueberdies war Pat. durch diesen neuen Shock in seinem Gemüthstonus sehr erschüttert und höchst emotiv geworden.

In den Jahren 1891 und 92 unternahm er mehrmonatliche grosse Fussreisen, während deren das Zittern der Ob.-Extr. nachliess und in den Unt.-Extr. ganz geschwunden war.

Von da ab, wohl bedingt durch Schicksalsschläge, abnehmende Erwerbsfähigkeit, nahm der Tremor in den Ob.-Extr. wieder sehr überhand, auch fühlte Pat. zunehmende Schwäche in denselben. Oft zeigte sich auch Tremor in der linken Unt.-Extr., während sie in Bettruhe sich befand. Es kam auch zu Tremor capitis. Obwohl weder wirkliche Schwäche noch Rigor dazu berechtigt hatten, auch die Frequenz des Tremors 2 Schwingungen pro Secunde nicht überstieg, wurde bei Pat. sowohl 1891 als auch 1895 in Spitälern, die er aufsuchte, die Diagnose auf Paralysis agitans gestellt.

Der Status praesens vom 19. Juni 1899 ergab folgenden Befund:

Uebermittelgrosser, ziemlich kräftiger, etwas abgemagerter, nur geringfügige Zeichen des Senium aufweisender Mann, ohne Degenerationszeichen, ohne Schädelanomalien, ohne Störungen von Seiten der vegetativen Organe.

Die psychischen Functionen erweisen sich als intact. Im Bereich der Gehirnnerven findet sich nur gelegentlicher Tremor der Lippen und des Unterkiefers, hie und da etwas häsitirende, bei gerade heftigem Tremor saccadirte Sprache. Kopfzittern, in Gestalt von um die Frontalaxe rotirenden Bewegungen, erscheint nur intentionell und emotionell, dagegen findet sich in den Ob.-Extr. ein permanenter Schütteltremor, der dem bei Paralysis agitans vorkommenden fast völlig gleicht, rhythmisch ist, 3 Oscillationen pro Secunde an Frequenz nie übersteigt, in Form von Beugung, Streckung und Supination im Handgelenk sich wesentlich äussert, aber auch die Daumen mitbefällt, links stärker als rechts besteht, bei Intention zuweilen, regelmässig aber bei Emotion gesteigert ist, ziemlich grossen Unterschied in Intensität (bis zu förmlichem Schüttelkrampf) und Frequenz (bis zu Ver-

*Gegen den Tod giebt
es kein Häutchen,
gegen mein Leidener*

langsamung auf 1,5 pro Secunde) bietet. In der rechten Ob.-Extr. ist die grobe Muskelkraft nicht herabgesetzt, in der linken Ob.-Extr. besteht Omyosthenie von sehr wandelbarer und psychisch sehr beeinflussbarer Qualität. Diese linke Schwäche besteht angeblich erst, seitdem Pat. 1898 von einem Radfahrer an der linken Seite gestreift und niedergestossen worden war.

Auffällig ist, dass trotz der 23jährigen Dauer des Leidens nirgends Rigorerscheinungen sich auffinden liessen, weder in Gestalt von maskenartiger Starre der Gesichtsmusculatur, noch in Form der für Paralysis agitans charakteristischen Handstellung und Körperhaltung. Die Anspruchsfähigkeit der Muskeln auf den Willensreiz erwies sich überall als eine sehr prompte, durchaus normale.

Der Gang ist aufrecht, ohne irgend welche Anomalie, ohne Pulsionserscheinungen. Die Musculatur der Unter-Extr. bietet nirgends Schwäche, der Tremor ist gering, links ausgesprochenener als rechts, meist auf das Gebiet der Mm. quadricipites beschränkt. Die tiefen Reflexe sind schwach. Die Sensibilität ist normal, bis auf eine cutane linke Hemihyperalgesie, die an der linken Unt.-Extr. stärker ausgesprochen ist, als an der Ob.-Extr. Ueberdies besteht an ersterer auch Hyperästhesie gegen Kältereiz. Diese Sensibilitätsanomalie dürfte wohl als eine hysterische anzusprechen und mit dem

1898 erlittenen localen Trauma in Beziehung zu bringen sein. Die obestehende Schriftprobe bietet frappante Uebereinstimmung mit der Schrift der an Paralysis agitans Leidenden.

Bei der Vorstellung des interessanten Falles in der Klinik wurde darauf hingewiesen, dass weder hinsichtlich der Aetiologie noch des Tremor die Diagnose „Paralysis agitans“ auf begründete Zweifel stossen würde, wenn auch der Tremor wegen seiner an und für sich geringen und zudem wandelbaren Frequenz und seiner grossen Intensitätsunterschiede vom Typus etwas abweiche.

Mit der Annahme einer Paralysis agitans unvereinbare Thatsachen sind aber das Auftreten des Tremor gleichzeitig in beiden Ob.-Extr. und später in beiden Unt.-Extr., das Ausbleiben der wichtigen Symptome des Rigor und des Ausfalls grober Muskelkraft, trotz bereits 23 jähriger Dauer der Krankheit, und der mit jenen Symptomen verknüpften Erscheinungen von typischer Handstellung und Körperhaltung, erschwelter, verlangsamter Anspruchsfähigkeit der Musculatur auf den Willensreiz bis zu trostloser Hülfslosigkeit in der Bewegungsleistung. Auch die Herabsetzung der tiefen Reflexe, speciell des Kniephänomens, das ich, seltene Complicationen (Polyneuritis, Tabes) abgerechnet, bei wirklicher Paralysis agitans jeweils gesteigert fand, machten eine andere Beurtheilung des Falles nothwendig.

Meine Diagnose lautete: Hysterismus durch psychisches Trauma in Gestalt von Zitterneurose, Paralysis agitans vortäuschend. Mit dieser Annahme erklärt sich die Entwicklung des Leidens aus einem Lethargusanfall, die atypische, weil bilaterale ursprüngliche Localisation des Tremor, seine wandelbare Intensität und Frequenz, der grosse Einfluss emotioneller Vorgänge auf denselben und der eigenthümliche Verlauf der Gesamtneurose, die selbst nach vielen Jahren diejenigen Symptome vermissen lässt, welche für die Diagnose der Paralysis agitans entscheidend sind, während der Tremor nur eine nebensächliche Bedeutung — man bedenke die nicht seltenen Fälle von Paralysis agitans sine agitatione — beanspruchen darf. Das Interesse des vorstehenden Falles beruht wesentlich darin, dass die Imitation des Tremors der Parkinson'schen Krankheit, abgesehen von den oben erwähnten nicht entscheidenden Abweichungen vom Typus, eine so gelungene war, dass hinsichtlich der Schriftprobe und der äusseren Erscheinung in sitzender Position (wie die Vergleichung mit einem wirklichen Fall von Paralysis agitans bei der klinischen Demonstration zeigte) die Uebereinstimmung mit Morb. Parkinsonii eine geradezu frappante war.

Es ergibt sich daraus, wie schwierig die Diagnose dieser Krankheit sein kann.

In prognostischer Hinsicht lehrt unser Fall die Schwere solcher durch Shock entstandener Zitterneurose würdigen. Trotz der verschiedensten Heilversuche — Hypnose versagte leider — konnte der Zustand des bedauernswerthen Kranken in keiner Weise gebessert werden. Er meinte selbst: „Wie der Schreck mein Leiden erzeugte, so hat Kummer und schwere Sorge mir die Gemüthsruhe geraubt und so mein Leiden verschlimmert, wogegen es für mich leider keine Medicin giebt.“