

## VII.

# Cerebrale Glosso-pharyngo-labial-Paralyse mit einseitigem Herd.

Von

Dr. Kirchhoff,

erstem Assistenten der med. Klinik in Kiel.

~~~~~

Schon mehrfach\*) ist der Symptomencomplex der Glosso-pharyngolabial-Paralyse bei solchen Fällen beobachtet worden, wo bei der Section als Ursache doppelseitige Herde im Grosshirn gefunden wurden, während die Medulla oblongata sich makroskopisch immer unverändert zeigte; dies wurde in einzelnen Fällen durch die mikroskopische Untersuchung nur bestätigt. Ein ganz besonderes Interesse aber knüpft sich an einige wenige cerebral bedingte Glosso-pharyngolabial-Paralysen, bei denen nur ein einseitiger Herd gefunden wurde. Es gelang nur zwei solche, durch Section sichere Fälle zu finden. Einer stammt von Magnus.\*\*) Der zweite wird von Lépine (a. a. O.) nur am Schluss erwähnt.

Ihnen reiht sich die folgende Beobachtung an, welche Herr Professor Quincke in Bern machte.

Aus der sehr ausführlichen Krankengeschichte hebe ich das Wesentlichste hervor.

---

\*) Z. B. Kussmaul, Störungen der Sprache, p. 88 sind mehrere Fälle angeführt; dann

Lépine, Revue mensuelle 1877 p. 909. Note sur la paralysie glossolabiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire. Obs. I. und II. und neuerdings von Eisenlohr, in diesem Archiv, IX. 1. Beobachtung 9.

\*\*) Magnus, Müller's Archiv für Anatomie und Physiologie. 1837. p. 258. Sectionsbericht p. 567.

Ein 24 jähriger Schreiner nimmt Anfang Juli 1877 schweißtriefend nach starker Arbeit ein Flussbad. Kaum ist er im Wasser, so überfällt ihn plötzlich Schwindelgefühl, heftiger Schmerz in der rechten Stirnhälfte und krampfhafte Zuckungen in Armen und Beinen. Auch die Sprache versagt sofort und ist er ausser Stande zu schlucken. Als bald geht er nach Hause, fällt aber dort aus Schwäche um, mit erhaltenem Bewusstsein. Scheinbar bestand dabei eine Verziehung des Gesichts nach Links. Der Speichel floss stets aus dem Munde. Im Bett trat heftiges Zittern der Extremitäten auf, welches sich in den nächsten Tagen besonders bei Aufregungen wiederholte. Sprache und Schluckvermögen waren am folgenden Mittage wieder vollkommen intact und ging Patient wieder an seine Arbeit. Nach 4 Tagen war das Gesicht nicht mehr verzogen.

Acht Tage später fällt er plötzlich auf der Stiege um, indem sich Schwindelgefühl einstellte, doch schlepte er sich noch selbst in's Bett. Schlucken konnte er die ganze Nacht über nicht, den nächsten Morgen fand es sich jedoch dabei wieder ein. Die Sprache wurde zögernd, aber es fehlten die Worte nicht: „die Zunge war ihm schwer“. Zugleich wieder Speichel- fluss über die etwas herabhängende Unterlippe. Das Gehen war unbehindert.

Bei der Aufnahme in's Hospital am 29. Juli 1877 bestand die Hauptklage über Schwierigkeit beim Sprechen. Kein Kopfschmerz oder Schwindel. Gesicht, Gehör, Geschmack und Geruch normal. Starkes Thränenträufeln, besonders rechts. Speichelfluss. Die Gesichtshälften sind für gewöhnlich gleich; doch wird zuweilen der rechte und kurz darauf der linke Mundwinkel höher gehalten. Patient lacht häufig ohne Veranlassung. Nasolabialfalten beiderseits wenig ausgebildet. Pfeifen unmöglich. Schluss des Mundes und Beissen unbehindert. Absichtliche Bewegungen der Mundhälfte nach der Seite sehr gering. Zunge kaum 1 Ctm. über die Mundöffnung ausstreckbar. Ungeschickte Bewegungen derselben beim Beissen. Gaumensegel beiderseits gleichmäßig bewegt. Die Augen können geschlossen werden; beide gerathen dabei in fibrilläre Zuckungen und das rechte ist leichter zu öffnen als das linke.

Mühsames Sprechen; Lippen- und Kehllaute werden sehr schwer, Zungenlaute verhältnismässig gut hervorgebracht.

w statt p

h statt k.

Beim Sprechen bewegen sich die Lippen wenig. Verlangsamter Glottisschluss. Schlucken jetzt unbehindert.

Die Untersuchung des Herzens ergab unzweifelhaft ein Mitralinsuffizienz und Stenose.

Urin zucker- und eiweissfrei.

Der weitere Verlauf war in der nächsten Zeit ein sehr wechselnder, mit Besserungen und Verschlimmerungen fast aller Erscheinungen; besonders auch im psychischen Verhalten zeigten sich grosse Differenzen; die Stimmung war oft wechselnd, zuweilen unmotiviertes Lachen. Die Intelligenz schien ungeschwächt, indem er verständige Briefe schrieb, zuweilen mit zitternder Hand.

Aus dem Status bei der klinischen Vorstellung am 2. November ist bemerkenswerth die Angabe über den meist maskenartigen, bald aber auch lächelnden und weinerlichen Gesichtsausdruck. Damals war das Schlucken nur bei nach hinten geneigtem Kopfe möglich, aber auch dann nur mit Anstrengung. Wegen starken Speichelusses hielt Patient sich fortwährend sein Taschentuch vor den Mund. Bei häufigem Lachen ohne Ursache hörte man oft krähende und pfeifende Töne. Die Bewegungen der Arme waren zitterig. Keine Sensibilitätsstörungen. Temperatur und Athmung normal.

Am 25. December 1877 Abends plötzliches Umfallen. Das Gesicht war stark nach Rechts verzogen. Der linke Arm und das linke Bein sinken nach dem Erheben kraftlos. Während der Dauer dieser bis zum Tode dauernden Hemiplegie fanden zuweilen klonische Krämpfe statt.

Am 31. December wurde zuerst Eiweiss im Urin bemerkt.

5. Januar 1878 plötzlicher Collaps.

#### Autopsie. (Professor Langhans.)

Dura ziemlich gespannt, mässig blutreich, nicht verdickt.

Weiche Hirnhäute mässig blutreich. Subarachnoidealflüssigkeit vermehrt.

Eine durch die rechte Carotis eingespritzte Injectionsmasse fand man in der linken Art. vertebralis, etwas in die rechte hineinreichend; in der Basilaris, communicantes post., cerebri post., namentlich links; in der Carotis sin., ferner in Seitenästen der Basilaris rechterseits; linkerseits frische Blutgerinnse.

Die Art. spin. ant. entspringt aus beiden Vertebrales; beide Ursprünge enthalten die Injectionsmasse.

In der rechten Art. fossae Sylvii fanden sich von ihrer Theilungsstelle an und in ihren Aesten leicht ablösbare Gerinnse, welche das Lumen ausfüllten, aber mit der Wand nicht verwachsen waren. Direct an der vordern Theilungsstelle eine blassröhthliche feste Masse, vollständig verstopfend. Stamm und Seitenäste mit der Wand, namentlich an der Theilungsstelle adhärent.

Der rechte Schläfenlappen, namentlich in seinem oberen Theil, weicher als links.

Die Pia zeigt hier zahlreiche kleine Blutpunkte, welche der Hirnsubstanz angehören.

Linker Seitenventrikel sehr weit; linkes Corpus striatum etwas platt.

Rechtes Corpus striatum in den hintern zwei Dritteln eingesenken, von gelblich weißer Farbe, trüb. In den veränderten Stellen noch einzelne kleine normale Inseln. Die graue Substanz ist zu einer schmalen Schicht verwandelt, welche von dem ziemlich derben Ependym bedeckt und im Innern weich ist. Die unterliegende Partie der Capsula interna grau transparent. Äusseres Drittheil des Nucleus lentiformis wie das Corpus striatum, Claustrum, Capsula externa und Insula erweitert, porös, aber nicht verfärbt; nach hinten nimmt der Erweichungsherd im Nucleus lentiformis zu; weiter nach Aussen findet sich kein zweiter. Der im Nucleus lentiformis hat

schon eine derbe sclerotische Wand, auf welcher eine gefässreiche, etwas weiss punktierte Membran sich findet. Nach Aussen ist der Herd ohne scharfe Grenze und ohne Verfärbung.

Im 4. Ventrikel sind die Striae acusticae rechts mangelhaft ausgebildet. Im Calamus keine Asymmetrie. In beiden Hypoglossuskernen in der Mitte derselben eine leichte graue Verfärbung, in Form eines schmalen Streifens.

Mitralis sehr rauh, verkalkt, spaltförmig verengt; beide Segel verwachsen.

---

Zweifellos mussten die Erscheinungen, welche der Embolie des rechten Corpus striatum vorausliefen, zur Diagnose der apoplectiformen Bulbärparalyse führen. Es war daher natürlich von wesentlichstem Interesse eine genaue mikroskopische Untersuchung der Med. obl. und des Pons vorzunehmen; denn obwohl eine Embolie, jedenfalls der grösseren Arterien, schon nach den Injectionsresultaten ausgeschlossen war, so konnten doch außerdem noch multiple Extravasate oder myelitische Herde vorhanden sein. Aber auch in dieser Beziehung führte die mikroskopische Untersuchung, welche mir Herr Professor Quincke in liberaler Weise überliess, zu einem vollkommen negativen Resultat. Es wurde ein Schiefferdecker'sches Microtom benutzt und die Med. obl. und der Pons in ihrer ganzen Ausdehnung in Querschnitte zerlegt, die Schnitt für Schnitt sorgfältig mikroskopisch untersucht wurden. Herr Medicinalrath Dr. Jessen in Hornheim hatte die Güte einzelne dieser Präparate einer Nachprüfung zu unterwerfen und hat das negative Resultat vollkommen bestätigt.

Fassen wir nun den Inhalt der Krankengeschichte und das Ergebniss der Section kurz zusammen, so haben wir zwei Gruppen von Erscheinungen zu unterscheiden.

Die erste umfasst die doppelseitigen Symptome bis zum acuten Eintritt der linksseitigen Hemiplegie, welche die zweite Gruppe beherrscht. Der Herd im Corpus striatum der rechten Seite deckt sich mit den Symptomen dieser zweiten Gruppe, scheint auch ein frischer gewesen zu sein, während der Herd im äussern Glied des Linsenkerns schon als abgekapselt beschrieben wird. Dieser bleibt uns sonach allein übrig, eine Beziehung zwischen den Erscheinungen der ersten Gruppe und seiner Erkrankung zu suchen. D. h. wir haben nur die Möglichkeit, die Glosso-pharyngo-labial-Paralyse anzusehen als eine cerebral bedingte, und zwar muss die Doppelseitigkeit der Symptome auf den einseitigen Herd zurückgeführt werden, wie in der Beobachtung von Magnus. Und auch in unserem Fall ist die Beteiligung

beider Körperhälften eine gleichmässigere als es bei einer apoplectiformen Bulbärparalyse zu sein pflegt; ein Symptom, welches Lépine seinen cerebralen Glossolabialparalysen vindicirt. Ueber ein weiter von diesem hervorgehobenes Differentialsymptom, das Erhaltensein der Reflexe, welches, im Falle es regelmässig vorhanden sein sollte, diagnostisch sehr wichtig sein würde, ist in unserm Falle nichts angegeben, und ist derselbe zur Entscheidung dieser Frage also nicht zu verwerthen.

Der Fall von Magnus hat mit unserm gemeinsam den Sitz des Herdes in der rechten Hemisphäre, die Beschränkung der doppel-seitigen Lähmungen auf Gesicht, Zunge und Schlund, während die Extremitäten nur einseitig oder gar nicht befallen werden.

Zum Schluss sei es noch gestattet, an eine Hypothese zu erinnern, welche vielleicht die Doppelseitigkeit der Erscheinungen bei einseitigem Herde verständlicher macht. Nach derselben sind beide Körperhälften in jeder Hemisphäre vertreten; für gewöhnlich ist aber nur das Fasersystem der gekreuzten Hälften eingeübt; wir hätten also nur die Annahme zu machen, dass es durch irgend einen Zufall, entweder der Entwicklung oder wahrscheinlicher (nach Analogie der Aphasie) durch einseitige Ausbildung der Function gerade nur die von der einen Hemisphäre ausgehenden Fasersysteme waren, welche die physiologische Leitung übernommen hätten; ihre Unterbrechung musste daher auch den Ausfall der sonst auf beide Hemisphären bezogenen Functionen bedingen.

---