

XIV.

Ueber einige motorische Schwäche- und Reizzustände.

Von

Prof. **Fürstner**
in Strassburg.



Es ist jüngst von Binswanger bei Erörterung gewisser Fälle von Abasie und Astasie mit Recht darauf hingewiesen worden, dass uns das Bild eines psychomotorischen Schwächezustandes in der typischsten Form durch die Agoraphobie geboten würde. Charakteristisch für diesen Symptomencomplex ist bekanntlich, dass durch gewisse Sinneseindrücke zunächst Angstempfindungen, mehr oder weniger localisirt, oft mit Sensationen verbunden, ausgelöst werden, die ihrerseits gewollte Bewegungsacte stören oder ganz unmöglich machen, die andererseits, namentlich bei beträchtlicher Stärke des Angsteffectes, nicht intendirte Bewegungen auslösen. Wir sehen diese eigenthümliche Reaction der Psyche auf sinnliche Reize, mit bestimmten Consequenzen für die Muskelthätigkeit, auftreten in Verbindung mit verschiedenen anderen Störungen im Bereich des Centralnervensystems, besonders als Begleiterscheinung gewisser Schwächezustände, so der Neurasthenie, ferner bei hereditär disponirten Individuen, zumal in der Pubertätsperiode, endlich als passageres Symptom bei Hypochondern. Im Gegensatz zu den Fällen, wo die Agoraphobie ganz transitorisch erscheint, stehen andere, wo sie ungemein lange und hartnäckig vorhanden ist und gerade bei letzterer Kategorie kann man sich oft davon überzeugen, dass bei dem ersten Schluss der Kette Sinneswahrnehmung, Angstempfindung, motorische Störung das mittlere Glied allerdings die Hauptrolle spielt, dass aber bei häufigen Wiederholungen immer mehr das Erinnerungsbild an die früher bei

gleichem Anlass eingetretene motorische Störung den eigentlichen Affect ersetzt. Während nun bei der Agoraphobie in erster Linie die unteren Extremitäten in ihrer Bewegungsfähigkeit beeinträchtigt werden und in ihnen auch uncoordinirte und nicht gewollte Bewegungen auftreten — in Ausnahmefällen allerdings auch in den oberen — so kommen doch auch der Agoraphobie durchaus analoge Zustände zur Beobachtung, wo bei Mitwirkung desselben psychischen Factors andere Muskelgruppen und zwar besonders solche, die häufig in Thätigkeit gesetzt werden, die der täglichen Beschäftigung dienen, vorübergehend in ihrer Leistungsfähigkeit gehemmt erscheinen, wo statt der geplanten gleichfalls uncoordinirte Bewegungen erfolgen.

Zunächst habe ich im letzten Jahre drei Kranke beobachtet, die in dem Betriebe ihres Gewerbes — alle drei waren Barbieri — auf das Schwerste geschädigt wurden durch vorübergehend bei Einwirkung bestimmter Sinnesindrücke entstehende Angstzustände, welche die für das Rasiren nothwendigen Bewegungen unmöglich machten. Wurde die Ausführung letzterer mit besonderer Willensanstrengung zu erreichen gesucht, trat im rechten Arm lebhafter Tremor, Hin und Herschleudern auf, das sich hin und wieder auch auf den linken Arm fortpflanzte. Während die anfallsweise auftretende motorische Störung und die ihr zu Grunde liegenden Empfindungen von Angst, Beklemmung und Unruhe durchaus übereinstimmten, variierten dem Inhalt nach die Sinneswahrnehmungen, bei dem einen riefen besonders elegant gekleidete Personen, bei dem anderen solche mit glattem, ganz rasirten Gesicht den Affect hervor, der an Stärke zunahm, je öfter er sich wiederholte. Mitten in ungestört von Statten gehender Arbeit tritt der Anfall auf und damit Schwäche, Tremor, atactische Bewegungen im Arm, welche die weitere Thätigkeit zunächst unmöglich machten. Für die Intensität der Störung spricht der Umstand, dass der eine Patient damit umging, ein anderes Gewerbe zu wählen, dass ein anderer die Kundschaft, die ausserhalb des Geschäftes besorgt wurde, ganz aufgeben musste, weil es ihm hier bei auftretendem Anfall unmöglich war, einen Stellvertreter einspringen zu lassen, wozu er im Geschäft oft unter Anwendung von allerhand Täuschungen seine Zuflucht genommen hatte. Alle drei standen im jugendlichen Lebensalter und boten anderweitige Störungen seitens des Centralnervensystems, so der eine Blepharospasmus noctitans, vereinzelte Zuckungen im rechten Facialisgebiet, der zweite durch ungemein lebhafte Träume gestörten Schlaf, der dritte periodisch auftretende Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Hereditäre Belastung liess sich nur einmal nachweisen.

Ob bei dem erstmaligen Auftreten dieser Anfälle besondere ursächliche oder begünstigende Momente mitwirkten, darüber liess sich Sicheres nicht feststellen.

Diesen drei Fällen möchte ich zwei weitere anreihen, bei denen gleichfalls transitorisch durch Sinneswahrnehmungen ausgelöste Angstepfindungen besonders eingeübte Bewegungen unmöglich machten,

während in den in Betracht kommenden Muskelgruppen Tremor und incoordinirte Bewegungen entstanden.

Ein hereditär stark belasteter Capellmeister kam zu mir mit der Klage, er könne zeitweilig in Folge von Angst- und Druckempfindungen die beim Dirigiren nothwendigen Bewegungen des Tactstockes nicht mehr ausführen. Der Beginn der Störung wurde mit Sicherheit auf einen Abend verlegt, wo der Betreffende, körperlich und geistig abgespannt, in Folge einer erhaltenen Nachricht deprimirt, eine Aufführung leiten musste. Bei dem unsicheren Einsatz einer Sängerin sei plötzlich die Angstempfindung aufgetreten, der rechte Arm wurde schwer wie Blei, nur mit der grössten Willensanstrengung vermochte er weiter zu dirigiren, zu der Schwere trat Zittern hinzu. Die Störung wiederholte sich anfangs in ziemlich grossen Zwischenräumen, sie wurde dann immer häufiger und zwar trat sie fast ausnahmslos in dem Moment auf, wo eine Sängerin die Bühne betrat, dauerte auch länger an, während der übrigen Zeit waren die Bewegungen des Armes völlig normal. Immerhin wurde der Betreffende in seiner Thätigkeit durch diese Anfälle ungemein geschädigt, es entwickelte sich allmählig bei ihm ein Gefühl der Unsicherheit, eine übermässige Besorgniss wegen der vorhandenen Störung und schliesslich eine hypochondrische Verstimmung, die das Auftreten der Anfälle noch mehr begünstigte.

In ätiologischer Hinsicht erscheint mir der Fall beachtenswerth, weil er darauf hinweist, dass Zustände von körperlicher und geistiger Ermüdung das erste Auftreten derartiger Angstempfindungen begünstigen, ebenso wie ja bekanntlich gleiche Vorbedingungen das Festsetzen von Zwangsvorstellungen erleichtern.

Ein letzter Fall endlich betrifft einen Arzt, der zeitweise durch Angstempfindungen gehindert wurde, in Gegenwart anderer Personen seine Namensunterschrift zu vollziehen.

Ueber die Ursprungsstätte dieser Störungen kann ein Zweifel nicht bestehen, neben den psychischen Vorgängen werden wir auch die Anregung des Tremor, der uncoordinirten Bewegungen, der, wenn auch seltener auftretenden klonischen Zuckungen in die Hirnrinde verlegen müssen.

Ebensowenig wie die Agoraphobie ein vereinzelt dastehender pathologischer Vorgang ist, ebensowenig sind gewisse durch andersartige psychische Vorgänge bedingte motorische Störungen auf die Fähigkeit des Gehens und Stehens beschränkt, abgesehen von psychischen Lähmungen in den oberen Extremitäten, habe ich mehrere Fälle beobachtet, wo bei gleichzeitiger Anwesenheit von anderweitigen nervösen, namentlich hysterischen Symptomen die bei der Sprache in Betracht kommenden Muskeln betroffen waren, woraus in einem Falle eine ganz eigenthümliche Sprachstörung resultirte, die mit der gewöhnlichen Aphonie nicht zu verwechseln war.

Grössere Schwierigkeiten für die Beurtheilung bieten nun die beiden folgenden Fälle:

W., Buchhalter. 62 Jahr alt, will niemals ernste körperliche Erkrankungen überstanden haben. Besonders war er von nervösen Störungen vollkommen frei, nur vor 6 Jahren sei er unmittelbar nach dem Tode seiner Frau arbeitsunfähig gewesen, er habe nicht geordnet denken können, er schlief schlecht und ausserdem stellte sich bei ihm plötzlich Unempfindlichkeit beider Beine bis oberhalb der Inguinalgegend ein; er konnte sich Nadeln tief in das Fleisch stecken, ohne es zu merken oder Schmerz zu empfinden; ebenso unempfindlich war er gegen Kälte und Hitze, das Gehvermögen soll in keiner Weise gestört gewesen sein, ebensowenig die Function von Blase und Mastdarm. Anderweitige Symptome sollen überhaupt gefehlt haben. Trotz ständiger Behandlung mit verschiedenen Mitteln hielt die Unempfindlichkeit über 6 Wochen an und verschwand dann allmählig. Bis zum 2. Mai dieses Jahres traten keinerlei neue Erscheinungen auf, Patient war damals auf der Reise, ging am 1. Mai vollkommen wohl zu Bett, nach mehrstündigem Schläfe wurde er, wie er angiebt, von einem hochgradigst schmerzhaften Gefühl im rechten Bein und einem Krampf in demselben geweckt, er musste das Bein im Knie flectirt halten. Alle Versuche, durch Kneten, Reiben, Waschungen die Störung zu beseitigen, blieben zunächst erfolglos, erst nach mehreren Stunden stieg der Krampf weiter nach oben, liess allmählig an Intensität nach, so dass Patient wieder einschlief. Am Morgen bemerkte Patient die Störung, die ihn am 13. Mai die Hülfe der Klinik aufzusuchen nöthigte.

Patient von guter Intelligenz, für sein Alter wohl conservirt, giebt in in bestimmter Weise Auskunft, keine Stimmungsanomalie, keinerlei Neigung zu Uebertreibungen. An der rechten Hand fällt zunächst eine abnorme Stellung auf, die der einer Radialisparese entspricht, besonders schwach erwies sich die Wirkung der M. extensor carpi radialis longus und brevis, des extensor carpi ulnaris, des Supinator longus, des Extensor pollicis longus und brevis, während der Triceps normal functionirte, aber auch alle andere Bewegungen der Hand und Finger konnten nur mühsam, langsam und unvollständig ausgeführt werden, besonders gelang nicht Berührung der Volarfläche des Daumen und des kleinen Finger. Die grobe Kraft des rechten Armes war in toto beträchtlich herabgesetzt. Dynamometer rechts 7, links 29. Ausserdem liess sich eine Herabsetzung der Sensibilität nachweisen, die am stärksten auf dem Handrücken war (excl. der Handränder) und allmählig an Intensität abnehmend bis zum Ellenbogen zu verfolgen war. Lässt Patient den Arm schlaff herabhängen, fällt an demselben nichts auf, sobald er aber bestimmte Bewegungen ausführend will, Handreichen, Heben über die Horizontale, Ergreifen der Feder tritt sofort in der rechten Hand ein lebhafter Schütteltremor ein, und zwar rhythmische Oscillationen, die Pro- und Supinationsbewegungen darstellen, bei dem eine Betheiligung der Finger zunächst nicht zu erkennen ist. Psychische Vorgänge beeinflussen wohl die Stärke des Tremor, fixirt man die Aufmerksamkeit des Kranken stark, lässt das Zittern oft etwas nach, aber

nicht regelmässig, ganz selten cessirt es auch. Der Kranke giebt an, dass vom Morgen des 2. Mai an der Tremor unverändert fortbestanden habe, und zwar nur bei Bewegungen, er habe mit der Hand nicht mehr essen, nicht mehr schreiben können. (Die Art der Schrift ergiebt sich aus nachstehenden Proben, aus denen auch die allmälige Besserung ersichtlich.) Ausserdem ergiebt nun die Untersuchung eine Schwäche im rechten Bein, Patient steht

I.

Gynae Heinrich Wollkauer
 Joh. Legerand
 Kaulhausen
 Ober Elsass

II.

Gynae Heinrich Wollkauer
 Josef Legerand
 Kaulhausen
 Ober Elsass

III.

Heinrich Hölcher
von Bischofsweilen

IV.

Sydney Heinrich Wohlküter
Post-Luxmann

Mülhausen
Horn-Elsass

auf demselben viel unsicherer als auf dem linken, er hat auch deutlich das Gefühl, dass das rechte Bein weniger kräftig sei. Stützt Patient den Fuss allein auf den Hacken, so tritt auch in ihm Schütteltremor von einer Seite nach der anderen auf, jedoch von viel geringerer Intensität als an der Hand.

Die Patellarreflexe beiderseits gleich, mittelstark, weitere Anomalien lassen sich nicht nachweisen, besonders bestand in der Innervation des Nerv. facialis keinerlei Differenz. Patient stellt auf das Bestimmteste in Abrede früher an Schreibkrampf gelitten zu haben, ebenso erklärt er es für unmöglich, den rechten Arm gedrückt zu haben; er könne von jeher nur auf dem Rücken oder auf der linken Seite schlafen; als der Krampf im Beine aufgetreten, habe er im Arme noch nichts gemerkt.

Bei Anwendung der Faradisation wurde ganz allmählig Besserung erzielt, die abnorme Stellung verschwand, Dorsalflexion der Hand wurde wieder möglich, der Tremor liess an Intensität nach, die Sensibilitätsstörung reducirte sich immer mehr, indem die Besserung vom Ellenbogen nach der Hand zu

fortschritt. Noch auffallend lange war mühsame und langsame Ausführung einzelner Bewegungen nachweisbar, bis unmittelbar vor der Entlassung vermochte Patient nicht Daumen und kleinen Finger rechts an einander zu bringen.

Am 15. Juni verliess Patient die Klinik, er hatte eine Buchhalterstelle angenommen, kehrte aber schon nach 3 Tagen in wesentlich verschlechtertem Zustande zurück; war auch nicht die abnorme Stellung der Hand von Neuem aufgetreten, so hatte doch der Tremor wieder an Intensität beträchtlich zugenommen, so dass der Patient nicht schreiben konnte, auch jetzt liess sich — besonders bei Stehen auf einem Bein — eine deutliche Schwäche in der rechten unteren Extremität nachweisen, die auch heute noch neben dem Tremor besteht. Ausserdem fiel in einigen Muskeln und so besonders im Adductor pollicis eine Steigerung der mechanischen Erregbarkeit auf, schon nach leiserem Klopfen trat längere Zeit ein Wogen in den betroffenen und benachbarten Muskelgruppen auf.

Im hohen Grade übereinstimmend mit dem soeben referirten, gestaltete sich der folgende Fall:

G., 60jähriger Schreiner, war, abgesehen von gelegentlichem Kopfweh und Sensationen im Leib, die Würgeversuche hervorriefen, immer gesund. Weihnachten 1890 lang anhaltende Diarrhoen, die den Kranken sehr schwächten, häufig Schwindel. Um Neujahr herum 3 Stunden dauernder Anfall von Zittern im rechten Arm, dasselbe wiederholte sich anfangs täglich, schwand wieder allmählig bis März. Im September neue gastrische Beschwerden, Schwindel seit dem 16. October. Wiederkehr des Zittern, das am 21. October Aufnahme in die Klinik veranlasste. Hier wurde Folgendes constatirt:

Grosser kräftiger Mann, Kopfhaltung steif, Gesichtszüge etwas starr und apathisch. Grobe Kraft im rechten Arm beträchtlich herabgesetzt, die einzelnen Bewegungen erfolgen langsam, ohne Hervortreten von paretischen Symptomen, auf dem rechten Bein steht Patient viel unsicherer als auf dem linken, aber auch hier sind im Uebrigen alle Bewegungen ausführbar. Die Sensibilität am ganzen Körper intact mit Ausnahme des rechten Vorderarms, hier werden bis zum Ellenbogengelenk tactile und Schmerzindrücke wenig empfunden, und zwar ist die Herabsetzung am stärksten an der Hand, nach oben zu nimmt sie ganz allmählig ab; ganz auffallend stark war auch die Herabsetzung für faradocutane Reize, selbst bei den stärksten Strömen äusserte Patient kaum Schmerz. Bezüglich der Reflexe keine Anomalie. Während der Untersuchung bekommt Patient folgenden Anfall: bei herabhängendem rechten Arm traten im Vorderarm Pronations- und Supinationsbewegungen auf, an Stärke zunehmend und ebenso immer schneller werdend, die Hand folgt dabei passiv, indem sie einen Kreisbogen von 90—120 Grad beschrieb, die einzelnen Finger resp. Bewegungen derselben waren auf der Höhe des Anfalls nicht zu erkennen. Oberarm, Rumpf, Kopf gerathen allmählig gleichfalls in Bewegung, doch ist dieselbe offenbar nur fortgepflanzt. Der Anfall dauert etwa eine Stunde, gegen Ende desselben deutliche Fingerbewegungen.

In der ersten Zeit täglich 3—4 Anfälle von 1—2 Stunden Dauer. Die üblichen Suggestionsversuche, Behandlung mit dem faradischen Pinsel waren erfolglos.

Allmählig trat eine Aenderung der Anfälle insofern ein, dass sie eher durch bestimmte Bewegungen, Händedruck, Heben bis zur Horizontalen leicht auszulösen waren. Die Sensibilitätsstörung dehnte sich langsam bis zur Schulter aus, die Anfälle werden an Intensität schwächer, in dem Wesen des Patienten fällt ein eigenthümlich apathisches Verhalten auf.

Am 5. Januar Entlassung, aber schon am 9. Januar Wiederaufnahme. Die Anfälle treten wieder viel häufiger auf, die Sensibilitätsstörung erstreckt sich auch auf den oberen Theil des Rumpfes, am 15. Februar besteht fast genau begrenzte rechtsseitige Hemianästhesie, aber mit Ausschluss der höheren Sinnesorgane, die durchaus normal reagiren. Zugunommen hat ferner die Schwäche im rechten Arm, auch im rechten Bein ist sie noch deutlich erkennbar, Anfälle treten sofort bei Heben des Armes und Händedruck ein.

Im März ging die Abstumpfung der Sensibilität immer mehr zurück, spontane Anfälle hörten ganz auf, die Intensität der ausgelösten liess erheblich nach, bei der Entlassung war eine völlige Heilung aber noch nicht erreicht.

Bei den beiden soeben skizzirten Fällen handelte es sich zunächst um Angehörige des männlichen Geschlechtes, die in vorgerücktem Alter standen, der Schütteltremor betraf nur circumscripte Muskelgruppen im Bereich der oberen rechten Extremität, die gleichzeitig deutlich schwächer war, in der entsprechenden unteren Extremität war Zittern und Schwäche nur angedeutet. Bei dem ersten Patienten trat der Tremor nur bei bestimmten Bewegungen ein, in der Ruhe fehlte er, bei dem zweiten trat er zunächst lange Zeit anfallsweise auf, und zwar spontan oder bei bestimmten Bewegungen. Die Sensibilitätsstörung war im ersten Fall wenig ausgedehnt, sie reichte von der Hand, wo sie am stärksten, bis zum Ellenbogen allmählig an Intensität abnehmend. In dem zweiten Falle rückte sie bis zum Schultergelenk, vorübergehend trat sogar Hemianästhesie, aber ohne Betheiligung der Sinnesorgane auf. Das Facialisgebiet war während der ganzen Dauer der Erkrankung völlig unbetheiligt. Der Verlauf war ein langsamer, es machte sich Neigung zu Rückfällen bemerkbar.

Die Fälle entsprechen jenem Krankheitsbild, das man in neuerer Zeit gern als acute traumatische Hysterie bezeichnet hat, ein eigentliches Trauma fehlt hier in beiden Fällen, bei dem Kranken G. bestand aber zur Zeit der Entstehung der Affection ein allgemeiner Schwächezustand, bei dem zweiten, W., handelt es sich um einen Kranken, bei dem die betroffenen Muskeln zum Theil besonders stark in Anspruch genommen worden sind (anhaltendes Schreiben). Für

eine gewisse hysterische Disposition würde im ersten Falle sprechen die vor 6 Jahren plötzlich aufgetretene Analgesie in den unteren Extremitäten, bei dem zweiten die passagere Hemianästhesie.

Ich möchte nun weiter eines Befundes erwähnen, den ich wiederholt bei bejahrten Individuen machen konnte, namentlich bei solchen mit beträchtlich verändertem Gefäßsystem (Arteriosklerose). Ich fand nämlich bei solchen Individuen mehrfach, ohne dass die Betreffenden sich der Störung immer bewusst gewesen waren, eine Schwäche auf der einen Körperhälfte, besonders deutlich im Arm, bei Versuchen, auf einem Bein zu stehen, fiel auch für die untere Extremität eine Differenz zu Ungunsten derselben Seite auf, während der Facialis meist unbetheiligt war. Das Vorangehen eines Anfalles, einer Ohnmacht wurde auf das Bestimmteste in Abrede gestellt. Mit dieser Schwäche verband sich gelegentlich ein leichter Tremor im Arm. Eingedenk der Thatsache, dass man bei Paralytikern vor oder nach einem Anfall nicht selten Parese und Reizerscheinungen gleichzeitig in einer Extremität, besonders dem Arm constatiren kann, Störungen, die wohl mit Sicherheit auf pathologische Veränderungen in der Hirnrinde, namentlich Aenderungen in der Circulation zurückzuführen sind, habe ich auch die oben erwähnte dauernde motorische Schwäche und Reizzustände bei Senilen als Rindenerscheinung auffassen zu dürfen geglaubt, die wahrscheinlich durch Beeinträchtigungen im Circulationsapparat bedingt sind.

Endlich möchte ich noch einer Gruppe von Fällen Erwähnung thun, deren symptomatologische Verwandtschaft mit den vorher berichteten unverkennbar ist. Auch hier handelt es sich durchweg um bejahrte Individuen, zwei gehörten dem weiblichen, einer dem männlichen Geschlechte an.

Meyer, 70jährige, verwittwete Frau, zwei Kinder, kein Potus, keine Lues. Bei einem Bruder soll in den letzten Jahren Tremor bestanden haben. Aetiologische Momente fehlen. Krankheitsbeginn vor zwei Jahren mit Zittern im rechten Arm, seit einem Jahr besteht dasselbe auch im rechten Bein; anfangs stellte es sich vorübergehend ein, dann wurde es allmählig dauernd. Linke Körperhälfte vollkommen frei. Bei der Untersuchung ergibt sich deutlich Parese im rechten Arm und Bein, Facialis nicht betheiligt, kleinschlägiger Tremor in beiden Extremitäten, der bei intendirten Bewegungen vorübergehend aufhört. Vereinzelt Bewegungen in den Fingern, ebenso am Kopfe offenbar fortgeleitet. Steife Haltung des Rumpfes, Kopf etwas vornübergeneigt, aber keine Pro- oder Retropulsion. Sensibilität vollkommen normal, auch für faradocutane Reize, Reflexe von mittlerer Stärke, in den Muskeln keinerlei Spannung oder Starre. Anderweitige Symptome, Unruhe in den Extremitäten, Hitzegefühle, gestörter Schlaf fehlen.

Bei einer Therapie, die lediglich auf Hebung des Ernährungszustandes gerichtet war, bei Faradisation mit schwachen Strömen war kein Fortschritt des Leidens, nach Angabe der Kranken eher geringe Besserung zu verzeichnen.

Kerl, 59jährige Frau, keine Heredität, immer etwas nervös, bis vor zehn Jahren angeblich Schreibkrampf (?). Vor 1 $\frac{1}{4}$ Jahr schmerzhafte Empfindungen in den Zehen des linken Fusses, dann Zittern in demselben, später im linken Arm.

Objectiv: Kyphoscoliose. Strabismus divergens. Haltung etwas steif, nach vornüber gebeugt, beim Gang hin und wieder etwas Drängen nach vorn. Kleinschlägiger, regelmässiger Schütteltremor im linken Arm und linken Fuss, in letzterem besonders stark bei Hackenstellung und leichter Dorsalflexion, in den Fingern der linken Hand einzelne Bewegungen. Bei intendirten Bewegungen vorübergehend Aufhören des Tremor, deutliche Parese links in Arm und Bein, anderweitige abnorme Erscheinungen fehlen.

Hier trat zweifellos etwas Besserung, vor Allem Nachlass des Tremor ein*).

Scherer, 57jähriger Mann ohne hereditäre Belastung. Immer gesund bis vor 8 Jahren, damals Verletzung des rechten Armes durch Fall in eine Fensterscheibe, es soll eine Naht an den Beugeschnen des rechten Armes vorgenommen worden sein, bald darauf stellte sich Zittern in demselben ein, später im Bein, endlich am Kopf.

Dass auch links leichter Tremor vorhanden, ist Patient entgangen. Am 8. Januar neues Trauma, Fall eines Holzklotzes auf den rechten Mittelfinger.

Bei der Aufnahme des eher älter erscheinenden Mannes fiel der apathische stumpfe Gesichtsausdruck auf, Kopfhaltung etwas steif. Sensibilität am ganzen Körper intact, Reflexe ziemlich lebhaft. Grobe Kraft im rechten Arm und Bein herabgesetzt. Kleinschlägiger Tremor in der rechten Hand, selbstständige Bewegungen in der Daumenmuskulatur. Zitterbewegungen im rechten Arm, im rechten Fuss besonders deutlich bei Hackenstellung. Die Nahrung muss mit der linken Hand genommen werden, in der gleichfalls geringer Tremor. Nirgends Spannungen in der Muskulatur.

Von den drei Gruppen von Fällen, die ich vorstehend kurz referirt habe, bietet die erste bezüglich ihrer Auffassung und der Localisation ihres Ursprunges wohl kaum Schwierigkeiten. Ebenso wie die typische Agoraphobie werden auch Fälle, in denen andere Muskelgebiete wie die unteren Extremitäten durch psychische Vorgänge in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt werden, auf Veränderungen zurückzuführen sein, die in der Hirnrinde sich abspielen. Dieselbe Ursprungsstätte wird für die eigentlichen psychischen Lähmungen in Anspruch zu nehmen sein. Weitaus schwieriger scheint mir die Be-

*) Bei einer späteren Untersuchung erwies sich ein weiterer, sehr beträchtlicher Nachlass der Symptome.

urtheilung der beiden Fälle W. und G. In dem ersten Falle könnte man wohl an eine Drucklähmung (im Radialisgebiet), man könnte ferner an eine Beschäftigungsneurose, vor Allem an die mit Tremor verbundene Abart des Schreibkrampfes denken, aus beiden Symptomencomplexen finden sich einzelne Züge in dem von W. gebotenen Krankheitsbild. Nun stellt er aber selbst die Möglichkeit einer Drucklähmung auf das Bestimmteste in Abrede, andererseits trat der Tremor auf bei Bewegung von Muskelgruppen, die bei dem Schreiben nicht betheiligt sind, endlich ist nicht erklärt die Parese und der allerdings geringe Tremor die im rechten Bein bei ihm vorhanden waren. Die Parese im Arm und Bein fand sich nun auch bei G., wo ein Trauma ganz ausgeschlossen; der Tremor stellte sich hier spontan ein und ausserdem war eine ganz eigenthümlich sich ausbreitende Sensibilitätsstörung nachweisbar. Bemerkenswerth erscheint mir weiter, dass bei beiden Fällen trotz Betheiligung der Extremitäten einer Seite der Facialis ganz normal fungirte.

Auch die Wiederkehr der Krankheitserscheinungen lediglich nach mehrtägiger Arbeit spricht gegen Drucklähmung. Im Gegensatz zu der ersten Gruppe (Agoraphobie und verwandte Zustände) würde hier die Extremitätenparese dauernd bestehen, die Reizerscheinungen würden in erster Linie ausgelöst werden durch Vorgänge, die sich nicht im Bereich der Aussenwelt, sondern im Bereich des eigenen Körpers und zwar gewisser Muskeln des Kranken abspielen, gewiss würde diese Analogie im Sinne der Annahme sprechen, dass die vorliegende Störung durch functionelle Veränderungen in der Hirnrinde bedingt sei, wofür auch anzuführen die Wahrnehmung, dass durch psychische Vorgänge der Tremor gelegentlich beeinflusst wird, für erwiesen würde ich diese Annahme aber nicht halten, um so weniger, als die eigenthümlich localisirte Sensibilitätsstörung auf diese Weise noch nicht erklärlich erscheint.

Was nun die dritte Gruppe angeht, so erinnern die hochgradig übereinstimmenden Krankheitsbilder ja durchaus an die Paralysis agitans. Von den Schilderern der letzteren ist einmal wiederholt das Vorkommen von Fällen betont worden, bei denen der Tremor ganz fehlte oder nur angedeutet war, es sind andererseits Fälle beschrieben worden, wo die Starre und Spannung nur andeutungsweise vorhanden war oder ganz fehlte, dagegen eine hochgradige Langsamkeit der einzelnen Bewegungen sich bemerkbar machte. Ferner findet sich in der Literatur die Schilderung eines Falles*), wo bei einem

*) Greidenberg, Neurol. Centralbl. 1889.

Manne nach Trauma das Bild der Paralysis agitans sich entwickelte, während gleichzeitig Analgesie des ganzen Körpers, Abschwächung der Erregbarkeit auch im Bereich der höheren Sinnesorgane zu constatiren war, ich erinnere ferner an die von Oppenheim*) referirten, als Pseudoparalysis agitans bezeichneten Fälle, wo gleichfalls Starre und Contractur fehlten, dagegen das Gesichtsfeld Anomalien aufwies, Fälle, die aber weiter ebenso wie die von mir beobachteten eher Stillstand und Besserung der vorhandenen Symptome als regelmässige progressive Entwicklung aufwiesen. Wenn man an der Hand dieses Materials die Fälle G. und W. mit der letzten Gruppe vergleicht, scheint mir der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, dass es sich in den fünf Fällen um dieselbe Krankheitsform handelt — allerdings in verschiedenen Stadien der Entwicklung, ob dieselben endlich der typischen Paralysis agitans zuzurechnen oder ob sie richtiger zunächst als Pseudoparalysis agitans zu bezeichnen sind, mag vor der Hand dahingestellt bleiben.

*) Charité-Annalen 1889.
