

VII.

Eine seltenere Form posthemiplegischer Bewegungsanomalie.

(Nach einem in der Sitzung der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 12. November 1894 gehaltenen, mit Krankendemonstration verbundenen Vortrage.)

Von

Prof. Dr. M. Bernhardt

in Berlin.



Meine Herren! Der zur Zeit 43 Jahre alte Tischler W. war im Wesentlichen bis zum April 1891 gesund gewesen. Am Abend des 13. April wurde er während des Kartenspiels schwindlig: er vermochte nicht allein nach Hause zu gehen, wurde dorthin geleitet und erlitt einen (zweiten?) mit Bewusstlosigkeit einhergehenden apoplektiformen Anfall. Die ganze rechte Seite erwies sich als gelähmt, die Sprache gestört. Nach etwa 9 Monaten fing Patient wieder an zu arbeiten, bis neuerdings im November 1893 sich die eigenthümlichen Erscheinungen an seinem rechten Fusse einstellten, welche ich Ihnen zeigen möchte*).

Patient kann, wie Sie sehen, ganz leidlich gehen, obgleich er dabei die rechte untere Extremität etwas nachzieht: schon durch die Fussbekleidung hindurch erblickt man eine Einwärtsbiegung des Fusses. Weiter kommen Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk, wie Sie sich an dem entkleideten Patienten überzeugen können, frei und leicht zu Stande. Die Kniephänomene sind beiderseits leicht, das Achillessehnenphänomen nur links, am unversehrten Bein, auszulösen. Die Bewegungen der rechten oberen Extremität sind in allen Gelenken leicht und frei ausführbar, immerhin sind sie etwas weniger kräftig als links: ausgestreckt zittern beide Hände ein wenig.

*) Die im Folgenden zu beschreibenden Erscheinungen bestehen, seitdem ich den Kranken am 24. Januar 1894 zum ersten Male sah, bis heute ganz unverändert,

Am Gesicht bemerkt man vielleicht eine etwas stärkere Ausprägung der linken Nasolabialfalte; auffallendere Ungleichheiten zwischen beiden Gesichtshälften bestehen jedenfalls nicht. Die nicht zitternde fleischige Zunge kommt fast ganz gerade aus dem Munde, zeitweilig scheint sie noch eine Spur nach rechts hin abzuweichen. Die Sprache des Kranken zeigt heute keine deutlichen Zeichen eines, nach der Anamnese zu schliessen, anfangs vorhanden gewesenen aphatischen oder anarthrischen Zustandes: immerhin spricht P. zwar klar und verständig, aber doch etwas zögernder, als früher in gesunden Tagen. Seine Psyche ist ganz frei: er giebt in klarer Weise über sein Leiden und seine Empfindungen Auskunft: möglich ist, dass sein Gedächtniss etwas gelitten. die Sinnesorgane, speciell die Augen (und hier wieder die Pupillen) bieten normale Verhältnisse: irgend erheblichere Störungen der Sensibilität bestehen an der einst gelähmt gewesenen rechten Körperhälfte nicht.

Das Hauptinteresse erregen aber, wie Sie sehen, die eigenthümlichen, krampfartigen Bewegungen des rechten Fusses und der Zehen. Es besteht ein vorwiegend klonischer, zeitweilig tonisch werdender Krampf der Wadenmuskulatur und der Zehenbeuger. Der ganze Fuss ist plantar flektirt und medianwärts gezogen, so dass eine fast andauernde equino-varus-Stellung resultirt: der innere Fussrand blickt nach oben. Mit Ausnahme der grossen Zehe, welche in tonischer Contraktur dorsalflektirt ist, sind die übrigen Zehen, meist ebenfalls tonisch, nach der Sohle hin gebeugt und zwar so stark, dass wenigstens an der kleinen Zehe eine Subluxation der Grundphalange eingetreten ist, so dass das Köpfchen des 5. Mittelfussknochens über die übrige Fläche des Fussrückens emporragt.

Die krampfhaften, deutlich sicht- und fühlbaren Contraktionen der Wadenmuskeln und des *M. tibialis posticus* sind mehr klonischer Natur: in sehr schnell auf einander folgenden (über 200 in der Minute) Zuckungen wird der Fuss plantarflektirt und dabei abwechselnd pro- und supinirt: es besteht ein wahrer Plantarklonus. Nur schwer lässt sich der Fuss aus seiner pathologischen Stellung in die normale zurückbringen bezw. dorsalflektiren: ein Dorsalklonus tritt dabei nicht auf, wohl aber ein leichtes Zittern der ganzen rechten unteren Extremität. Nur sehr schwer gelingt es dem P., aktiv den Fuss in Dorsalflexion überzuführen; die grosse Zehe zu beugen oder die vier anderen Zehen zu strecken, gelingt kaum. Von etwas grösserem Erfolg sind diese Willensanstrengungen des Kranken begleitet, wenn man durch Faradisation des *r. Peroneus* die Dorsalflexion des Fusses, welche bei der sehr gut erhaltenen elektrischen Erregbarkeit leicht eintritt, hergestellt hatte: es scheint, als ob danach der Krampf der Beuger eine kurze Zeit weniger intensiv geworden; indess sehr bald kehren die beschriebenen krampfhaften, theils tonischen, theils klonischen Beugebewegungen des Fusses und der Zehen zurück. Ebenso wie im *Peroneus*gebiet ist die elektrische Erregbarkeit auch in dem des *r. Tibialis* wohl erhalten. Steht Patient, oder hält er den rechten Fuss mit der Sohle fest dem Boden angepresst, so bleibt zwar die Dorsalflexion der I. Zehe und die Beugung der übrigen bestehen, aber die Zitterbewegungen des

Fusses, die klonischen Contraktionen der Wadenmuskeln verringern sich oder hören auch für kurze Zeit ganz auf.

Patient ist verheirathet und im Besitz zweier gesunder Kinder (ein drittes starb drei Monate alt an Brechdurchfall); die Frau hat nie fehlgeboren. Vor zwanzig Jahren will der Kranke an einer Entzündung der Leistendrüsen gelitten haben, leugnet indess, syphilitisch infectirt gewesen zu sein. Ein Klappenfehler ist nicht vorhanden. Sein Allgemeinbefinden ist ein gutes, Fieber besteht nicht; Appetit, Schlaf, Blasen- und Mastdarmfunction sind normal*).

M. H.! Nach dem, was Sie gesehen haben und was ich erläuterte, besteht hier zweifellos ein klonischer und tonischer Krampf vorwiegend der Beugemuskeln des rechten Fusses und der Zehen und eine tonische Contraction des M. extensor hallucis longus. Nachdem in Folge eines oder mehrerer apoplektischer Insulte vor nunmehr $3\frac{1}{2}$ Jahren eine rechtsseitige Hemiparese und eine Sprachstörung eingetreten war, hatten sich die krankhaften Erscheinungen im Laufe von etwa 9 Monaten so gebessert, dass Patient Anfang 1892 seine Arbeit wieder aufnehmen und etwa ein und ein halbes Jahr fortsetzen konnte. Erst dann (November 1893) traten die noch heute bestehenden krampfhaften Erscheinungen auf. Ich glaube nicht zu irren, wenn ich die bestehenden, unwillkürlichen, krampfartigen Bewegungen, die ich beschrieben, als sogenannte posthemiplegische Bewegungsstörung auffasse, wie solche von Charcot**), Weir Mitchell***) und Anderen, so auch von mir†) schon vor Jahren beschrieben worden sind. Schon einmal hatte ich ††) übrigens auch in einer November-sitzung dieser Gesellschaft Gelegenheit, über diese eigenthümlichen Erscheinungen zu reden, welche ich damals bei einem 16jährigen jungen Menschen und zwar an der linken oberen Extremität demonstrierte. — Diese posthemiplegischen Choreaformen, welche unter diesem Namen oder, wenn sie an den Enden der Glieder (Händen, Fingern, Füßen, Zehen) vorkommen und sich in langsameren excessiven Bewegungen kundgeben, als Athetosebewegungen bezeichnet werden, sind vorwiegend an den oberen Extremitäten, seltener an den unteren und ganz vereinzelt nur dort, wie in diesem Falle, beobachtet worden. Die Ausdrücke Chorea, Athetose und andere decken die Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen nicht, in welchen diese unwillkürlichen Bewegungen ihren Ausdruck finden. So beschrieb ich in dem oben erwähnten, vor

*) Herr College Remak, welcher den Kranken vom 27. 6. 1891 bis bis 30. 1. 1892 behandelte, constatirte damals eine 3 Monate vor Beginn seiner Beobachtung in Folge von zwei Schlaganfällen eingetretene Monoparesis brachio-facialis dextra und eine pseudoparalytische Sprachstörung, neben einer nicht unerheblichen Amnesie und Demenz. Die Erscheinungen besserten sich allmählig, so dass der Patient Februar 1892 wieder beginnen konnte zu arbeiten.

**) Charcot: Progrès méd. 1875. No. 4 u. 6.

***) Weir Mitchell: Americ. Journ. of. méd. sciences 1874. p. 352.

†) Bernhardt: Berl. klin. Wochenschr. 1875. No. 35.

††) Bernhardt: Sitzung der Ges. f. Psych. etc. vom 10. Nov. 1879 (Berl. klin. Wochenschr. 1880. No. 25).

15 Jahren hier demonstirten Fall die Bewegungen folgendermaassen: „Es sind, sagte ich damals, unruhige Bewegungen der ganzen linken Oberextremität von der Schulter bis zu den Fingern hin, ein Rollen, Drehen des Arms und nach abwärts hin mehr zitternde Bewegungen der Hand und Finger, welche am meisten an diejenigen Locomotionen erinnern, welche man an diesen Gliedern bei an Paralysis agitans erkrankten Menschen findet.“

Interessant für den damaligen Fall sowohl, wie auch für diese Beobachtung ist das Faktum, dass diese unwillkürlichen, posthemiplegischen Bewegungen, sich dann erst einstellten, als die eigentlichen Lähmungserscheinungen in der Besserung begriffen bzw. fast ganz geschwunden waren. — Wenn ich auch nicht in der Lage bin, über die Natur und den genauen Sitz des pathologischen Processes nähere Angaben zu machen, so scheint es doch einmal zweifellos, dass in diesem Fall die linke Hemisphäre betroffen war oder besser noch ist, und dass andererseits die Läsion keine solche gewesen sein kann, welche durch Zerstörung wichtiger Leitungsbahnen dauernde Ausfallerscheinungen gesetzt hat.

Schon vor Jahren habe ich mich bei der Vorstellung jenes 16jährigen Kranken in ähnlichem Sinne ausgesprochen, wie es neuerdings auch Gowers*), dessen Arbeiten ich übrigens auch damals schon neben denen von Charcot citirte, in seinem Handbuch der Nervenkrankheiten thut. In der Mehrzahl der Fälle, welche durch eine Obduction zu grösserer Klarheit gelangt waren, fand sich eine Läsion am hinteren Sehhügelabschnitt bzw. dem hinteren Schenkel der inneren Kapsel bei gleichzeitigem Mitbefallensein des Schwanz- bzw. Linsenkerns. Auch die Möglichkeit einer auf eine bestimmte Stelle der Hirnrinde beschränkten Läsion ist zuzugeben. — Jedenfalls kann, so sagte ich damals, ein etwaiger Herd nur in der Nähe von Fasermassen liegen, welche, selbst unversehrt, durch die geschädigte, vielleicht vernarbte Stelle dauernd in einen solchen Reizzustand versetzt werden, dass die oben beschriebenen unwillkürlichen Bewegungen daraus resultiren.

Eine Beeinträchtigung der Sensibilität oder der Sinnesfunctionen fehlt, wie gesagt, in diesem Falle: sie war auch bei dem früheren Patienten nicht vorhanden. Dass sie häufiger angetroffen wird, ist gewiss und bei der etwaigen Läsion des hinteren Abschnitts der inneren Kapsel häufig sogar mit Sicherheit zu erwarten.

Alle diese Betrachtungen gelten, was ich hier ausdrücklich hervorheben möchte, nicht für diejenigen krampfartigen bzw. unwillkürlichen, an Chorea, Athetose etc. erinnernden Bewegungen, welchen man bei der Hemiplegia spastica infantilis begegnet. Hier sind offenbar die pathologischen Veränderungen andere, als bei Individuen, welche in späteren Lebensjahren von Hemiplegie

*) Gowers: On Athetosis and hemiplegic disorders of movement. Medico-Chir. Transact. Bd. 59. 1876. — W. R. Gowers: Handbuch der Nervenkrankheiten (Deutsch von K. Grube). II. S. 82 ff. (Bonn, Cohen.) 1892.

und posthemiplegischen Bewegungsstörungen befallen worden sind. An dieser Stelle hierauf einzugehen würde zu weit führen*).

Noch einmal betone ich die relative Seltenheit des vorgestellten Falles, in dem sich nur das Bein befallen, der Arm frei zeigt. Gowers, welchem offenbar eine grössere Reihe von Beobachtungen auf diesem Gebiete zu Gebote stand, als manchem anderen Neurologen, sagt, dass das Bein stets in geringerem Grade wie der Arm afficirt sei. Uebrigens beschreibt er die Erscheinungen fast genau so, wie Sie es in diesem Falle beobachten können. Es besteht, sagt er, Streckkrampf, der Fuss hat die Neigung, sich plantar zu flektiren und einwärts zu drehen, es kommt *Pes equinovarus* zu Stande. In der Regel besteht ein geringer Grad von Rigidität der betreffenden Muskeln. Häufig lässt sich auch eine deutliche Hyperextension der grossen Zehe beobachten. Die Zeichnung des Fusses (Seite 83 des Gowers'schen Werkes) entspricht sehr gut dem, was man in diesem bestimmten Falle beobachten kann.

Welch pathologisch-anatomischer Process hier bei dem Kranken zuerst den apoplektischen Insult und die rechtsseitige Lähmung, später die eigenthümlichen Krampfbewegungen des rechten Fusses herbeigeführt hat, ist mit Sicherheit nicht zu bestimmen. Nach dem, was durch die Anamnese eruirt werden konnte, ist doch vielleicht an Lues zu denken: für diese Anschauung würde auch die Erfahrung von Gowers sprechen, dass die beschriebenen Bewegungsanomalien bei Erwachsenen weit häufiger nach einer Gehirnerweichung durch Gefässverstopfung entstehen, als nach einer Gehirnblutung.

Die Therapie ist in diesem Falle bisher erfolglos geblieben: weder eine elektrische Behandlung noch die Darreichung von Jodkalium hat bisher auf die Beruhigung der krampfhaften Bewegungen auch nur den geringsten Einfluss gehabt.

*) Bernhardt: Ueber die spastische Cerebralparalyse im Kindesalter u. s. w. Virchow's Arch. 1885. Bd. 102, S. 26.