XXIV.

Aus der medicinischen Klinik zu Bonn.

Zur Casuistik der „Akinesia algera“.

Von

Dr. J. Longard,

Assistenten der medicinischen Klinik.

Im I. Band dieser Zeitschrift hat Möbius ein neues Krankheitsbild unter dem Namen der Akinesia algera aufgestellt. Die Krankheit besteht darin, dass bei erblich belasteten Personen nach geistigen Ueberreizungen sich ein Zustand nervöser Schwäche entwickelt, der sich durch schmerzhaftes Abspannung zuerst nach grösseren Bewegungsleistungen geltend macht und allmählich übergeht in eine „wegen Schmerzhaftigkeit der Bewegungen gewollte Bewegungslosigkeit“. Möbius gründet das Krankheitsbild auf 2 Beobachtungen.

Ich möchte auf Anregung meines verehrten Chefs, Herrn Prof. Schultze, einen offenbar hierhergehörigen weiteren Fall mittheilen, der uns zunächst grosse diagnostische Schwierigkeiten bereitete.

Fräulein M. M., geboren im Jahre 1853 zu Bonn. Die Mutter der Kranken ist vor längeren Jahren gestorben und litt in den letzten Jahren ihres Lebens an Arthritis deformans. Infolgedessen war sie lange Zeit hindurch bettlägerig. Der Vater war körperlich stets gesund. Im Jahre 1874 wurde er geisteskrank (Paranoia). Er bekam damals Verfolgungs-ideen und wurde durch Gesichts- und Gehörstäuschungen in lebhafter Weise beeinflusst. Er wurde bald in eine rheinische Irrenanstalt verbracht, in welcher er sich bis auf den heutigen Tag noch aufhält. Die Geschwister der Kranken sind gesund geblieben.

Die Patientin selbst ist geistig sehr gut beanlagt. Sie wuchs unter guten und geordneten äusseren Lebensverhältnissen auf und war in frühester Jugend stets gesund. Im 17. Lebensjahre kam sie von Hause weg in ein Pensionat. Sie wurde bald darauf bleichsüchtig, hatte viel mit Nasenbluten zu thun, wurde häufig ohnmächtig; die Menses blieben aus; zeitweise schwellen die Beine an; auch stellten sich Schmerzen in den Beinen ein, die jedoch nicht sehr erheblich waren. Nach einem Jahre kam

sie wieder nach Hause, wo sie noch lange Zeit unter den angegebenen Beschwerden zu leiden hatte. Im 24. Lebensjahre bekam sie „Unterleibsentzündung“, lag 3 Wochen lang mit hohem Fieber und starken Leibschmerzen zu Bett. Der Harn musste während dieser Zeit öfters mit dem Katheter entfernt werden. Nach dieser Krankheit wurde sie vollkommen gesund; sie war fleissig und arbeitsam. Mit 28 Jahren trat sie in einen Krankenpflegerorden ein und soll sich dort durch grossen Fleiss und aufopfernde Thätigkeit ausgezeichnet haben. Nachtwachen und schwere Arbeit konnte sie ohne Beschwerden ausführen. Nachdem sie 4 Jahre als Krankenpflegerin thätig gewesen war, stellten sich heftige Schmerzen im Unterleib und häufige langandauernde uterine Blutungen ein. Es wurde vom Arzt ein Gebärmutterleiden constatirt, infolgedessen die Kranke gezwungen war, ihre Thätigkeit als Krankenpflegerin aufzugeben. Seit dieser Zeit hatte sie viel mit diesem Leiden zu kämpfen. Hier in Bonn suchte sie öfters Hülfe in der Frauenklinik, wo ein Uterusmyom und Retroflexio uteri constatirt wurde. Sie wurde mit Pessarieren behandelt. 2 mal litt sie ausserdem noch an „Unterleibsentzündung“. Im Jahre 1882 und 1884 machte sie Diphtherie durch.

Seit dem Jahre 1885 beschäftigte sich Patientin als Näherin hier in der Stadt und wird allgemein als eine ganz besonders fleissige und arbeitssame Person geschildert. Trotzdem sie sich häufig recht unwohl fühlte und besonders in den Beinen eine lästige „Schwere“ verspürte, arbeitete sie doch stets bis tief in die Nacht, so dass sie häufig von ihrer Kundschaft ermahnt wurde, sich mehr zu schonen. Dabei fiel den betreffenden Familien in den letzten Jahren 1890 und 1891 eine sich steigernde Erregung auf, die sowohl in ihrem Reden, als ihrem ganzen Thun und Verhalten sich bemerkbar machte. Sie war in Allem hastig und arbeitete besonders im Sommer 1891 so, als ob sie etwas erhaschen und erjagen wollte; dabei klagte sie schon im Jahre 1890 über Schmerzen in den Beinen. Jedoch meint sie jetzt, dass die früheren Schmerzen andere gewesen wären, als die jetzigen. Im Sommer 1891 stellten sich, ganz allmählich sich einschleichend, die jetzigen Schmerzen sowohl in den Armen, als in den Beinen ein. Ebenso hat sie seit der Zeit beständig Kopf- und Rückenschmerzen und schlaflose Nächte.

Im Juni liess sie sich in die hiesige gynäkologische Klinik aufnehmen und zwar wegen ihres Gebärmutterleidens. Die Diagnose lautete dort: 2 kleine Uterusmyome; Endometritis, starker Fluor albus. Sie wurde curettirt und erhielt Ausspülungen. Zugleich klagte sie während ihres dortigen Aufenthaltes viel über ihre Schmerzen in den Extremitäten und über andauernde Schlaflosigkeit und bot sich wegen des letzteren Uebels des Oeftern zu Nachtwachen an.

Von der Frauenklinik wurde die Patientin am 25. Juli 1891 wegen ihrer andauernden starken Schmerzen der medicinischen Klinik überwiesen. Der Befund war folgender: Patientin sieht frisch und blühend aus. Sie hat starken Panniculus adiposus. Lungen und Herz sind normal. Im Harn kein Eiweiss und Zucker. Fieber besteht nicht. Ueberhaupt findet sich objectiv nichts Abnormes. Nirgends Paresen oder Atrophien der Musculatur. Die Gelenke sind in keiner Weise geschwollen. Doch leistet die Kranke Widerstand bei passiven Beuge- und Streckbewegungen,

weil sie Schmerzen dabei empfindet. Beim Betasten der Gelenke ebenfalls heftige Schmerzen. Dieselben treten jedoch auch bei Betasten der Musculatur und der Knochen im Verlaufe der ganzen Extremitäten in gleicher Weise ein. — Die Kranke steht nur kurze Zeit am Tage auf, geht auf 2 Stöcke gestützt langsam mit den Beinen schleichend vom Bett zum Lehnstuhl und setzt sich dort nieder. Meist liegt sie zu Bett.

Sie klagt ferner über Kopfschmerz, schlechten Appetit und Stuhlverstopfung. Sie schläft Nachts sehr wenig, liegt meist mit offenen Augen zu Bett.

Die Behandlung bestand anfangs in warmen, verlängerten Bädern und in der Darreichung von Natron salicylicum und Antipyrin in grösseren Dosen.

Während dieser Behandlung trat nach einigen Wochen eine leichte, entschiedene Besserung ihres Befindens ein. Die Schmerzen wurden geringer, und Anfang September konnte Patientin sogar an beiden Armen geführt im Garten spazieren gehen und sich längere Zeit des Tages dort aufhalten. Doch hielt leider die Besserung nicht an. Mitte September fing die Kranke an über ganz rasende Kopfschmerzen zu klagen; die übrigen Schmerzen breiteten sich über den ganzen Körper, auch Brust und Bauch aus. Zugleich bestand starkes Frostgefühl, so dass Patientin bebt und mit den Zähnen klapperte. Fieber bestand nicht. Der Schlaf wich von dieser Zeit gänzlich. Weiterhin war hartnäckige Stuhlverstopfung vorhanden; Ende September stellte sich Harnverhaltung ein, so dass die Kranke katheterisirt werden musste. Sichtlich ging Patientin anfangs noch selbst gegen ihr Leiden an. Sie versuchte aufzustehen und zu gehen; doch sah sie sich schliesslich nicht mehr dazu im Stande.

Es wurden gegen die Schmerzen die verschiedensten Mittel (wie Antipyrin, Phenacetin, Natr. salicyl., Exalgin, Phenocoll, Salipyrin) und zwar in mannigfachen Combinationen angewandt, doch alle gänzlich ohne Erfolg; ebenso versagten warme Bäder, feuchte Einwicklungen und Eis; nur stärkere Morphiuminjectionen verschafften der Kranken einige Zeit lang Erleichterung. Auch der Schlaf konnte durch mannigfache Schlafmittel nicht erzeugt werden, z. B. schlief sie nach 3,0 Sulfonal + 3,0 Chloralhydrat (welches ihr von der Krankenschwester eingegeben wurde) erwiesener Maassen keinen Augenblick.

Etwa Ende September hatten die Beschwerden den Höhepunkt erreicht: die Kranke liegt vollkommen unbeweglich und regungslos zu Bett; und zwar sind es ganz allein die Schmerzen, welche sie an den Bewegungen hindern; nur den Kopf kann sie etwas nach den Seiten bewegen. Jede passive Bewegung wird von einer starken Schmerzäusserung begleitet. Ebenso verursacht Betasten der Brust, des Bauches und der Extremitäten, auch leichtes Kneifen in die Haut, Druck auf die Muskeln lebhaften Schmerz. Ihre Schmerzen schildert sie folgendermaassen: „Es ist ein Reissen, Ziehen und Stossen in allen Gliedern, ein Rasen, Wüthen und Toben durch den ganzen Körper. Es sind Schmerzen und Empfindungen, die ich gar nicht beschreiben kann; Schmerzen ganz sonderbarer Art. Ich hatte früher oft Schmerzen, doch waren sie vollkommen andere, als die jetzigen.“ Nachts schläft sie thatsächlich keinen Augenblick, auch des Tages niemals.

Ferner besteht Harnverhaltung, hartnäckige Stuhlverstopfung, Appetitlosigkeit, beständiges Frösteln (niemals Fieber). Starkes Durstgefühl; es wird viel Harn entleert, der ohne abnorme Bestandtheile ist.

Als objectives Zeichen trat im November eine Steigerung der Sehnenreflexe hinzu, welche anfangs nicht beobachtet wurde: Triceps und Supinatorreflex waren abnorm lebhaft. Bei Beklopfen der Ulna Rotation des Armes nach Innen und Beugung der Hand. Beiderseits Patellarclonus. Links starker, leicht auszulösender Fussclonus, rechts nur einige Schläge. Letzterer Befund war in der Folge stets der gleiche.

Im ganzen Krankheitsbild trat nun längere Zeit, trotz mannigfacher Heilversuche, mit denen gegen das dunkle Leiden zu Felde gezogen wurde, eine Aenderung nicht ein. Nur wurde die Kranke allmählich durch ihr psychisches Verhalten in hohem Grade auffällig. Während sie von verschiedenen Seiten uns als eine gute und bescheidene Person geschildert wurde und sich dementsprechend auch in der Frauenklinik und in der ersten Zeit ihres Aufenthaltes in der medicinischen Klinik benahm, wurde sie in der Folge im Gegentheil äusserst lästig und unangenehm. Sie stellte die grössten Anforderungen an ihre Pflegerinnen. Beständig musste Jemand um sie sein. In barschem Tone gab sie ihre Wünsche zum Ausdruck. Sie terrorisirte ihre Mitkranken in unangenehmster Weise. Auch Nachts hatten dieselben keine Ruhe. Sie gab Aufträge hier und dort. Dabei fing sie trotz der empfangenen Wohlthaten mit den Leuten Streit an, sagte ihnen Beleidigungen und machte ihnen grundlose Vorwürfe. In gleicher Weise begann sie auf die Aerzte zu schimpfen, zankte die Krankenschwestern aus, oft in sehr erregter Weise. Dabei war in hohem Grade der rasche Wechsel in ihrem Verhalten auffallend. Kurz nachdem sie der Krankenschwester in erregter Weise Vorwürfe gemacht hatte, überschüttet sie dieselbe gleich darauf nicht minder unmotivirt mit Liebenswürdigkeiten und Schmeicheleien, so dass diese des Oeftern äusserte: „Sie kann geistig nicht richtig sein“.

Nicht zum Mindesten infolge dieses Verhaltens und der Unzuverlässigkeiten, welche dasselbe im Gefolge hatte, zog die Kranke es vor, am 13. Januar 1892 die Klinik zu verlassen und in ihrer Wohnung weiter ihr Heil zu versuchen. Ausserdem sehnte sie sich schon lange nach ihrer Wohnung und in ihre frühere gewohnte Umgebung zurück und sagte häufig, sie hätte die Empfindung, dass sie dort bald gesund würde. Später sagte sie mir, dass ihr der Aufenthalt in der Klinik in den letzten Wochen deshalb noch unangenehm und peinlicher geworden sei, da sie aus der klinischen Vorstellung entnehmen zu können glaubte, dass man sie für eine Hysterische hielte. Sie meint, sie hätte viele Hysterische gepflegt und die Ueberzeugung gewonnen, dass man deren Klagen oft keinen Glauben schenken könnte; dieselben machten viel dazu. Augenscheinlich war sie über dieses vermeintliche Urtheil schwer gekränkt.

In der That besserte sich zu Hause ihr Befinden in mehrerer Beziehung, und zwar in verhältnissmässig kurzer Zeit. Nach 14 Tagen konnte sie die Hände in Unterarm und Ellbogengelenk wieder langsam bewegen, so dass sie wieder Gegenstände ergreifen und auch die Speisen wieder selbst zum Munde führen konnte. Im Schultergelenk bewegte sie die Arme nur ganz wenig. Die Harnverhaltung schwand etwa in der-

selben Zeit. Gehen war der Kranken noch durchaus unmöglich, so dass sie stets noch zu Bette lag. Ueber Schmerzen klagte sie noch sehr; dieselben liessen sie auch immer des Nachts noch nicht schlafen. Doch sagte die Patientin selbst, dass dieselben im Allgemeinen nicht mehr so quälend wären, wie früher, und es war auch aus dem ganzen Bilde zu schliessen, dass der Zustand erträglicher geworden und eine Besserung auch in dieser Hinsicht eingetreten war. Auch machte die Kranke einen bedeutend ruhigeren Eindruck.

Nach weiteren 14 Tagen ist etwa derselbe Befund zu constatiren. Das Verhalten der Sehnenreflexe war folgendes: Die Sehnenreflexe am Arm sind normal. Die Patellarreflexe sind nicht gesteigert; links besteht Fussclonus, rechts nicht. Die Steigerung der Sehnenreflexe ist also nicht mehr so erheblich wie früher.

Die grosse Aehnlichkeit dieses eben geschilderten Krankheitsbildes mit dem von Möbius an erster Stelle beschriebenen Falle K. springt sofort in die Augen.

Es handelt sich bei unserem Falle, wie bei K., um ein erblich belastetes Individuum; der Vater leidet an Paranoia. Die Kranke hat früher schon mit mannigfachen Krankheiten zu kämpfen gehabt. Diesmal erkrankt sie unter psychischer Erregtheit, zugleich mit Schmerzen eigenthümlicher Art, welche sich über den ganzen Körper verbreiten; dieselben nehmen einen sehr hohen Grad an und hindern die Patientin an jedwelcher Bewegung. Ebenso nimmt die psychische Erregung zu. Zugleich besteht Harn- und Stuhlverhaltung und hartnäckige Schlaflosigkeit. Als objectives Zeichen ist hervorzuheben die Steigerung der Sehnenreflexe.

Die Krankheit bessert sich in der Klinik nach halbjähriger Behandlung nicht; jedoch tritt, nachdem sich die Kranke durch Veränderung des Aufenthaltsortes eine ihr mehr zusagende, behaglichere Lage geschaffen hat, eine wesentliche Besserung ihres Befindens ein.

Was nun die Beurtheilung der vorliegenden Krankheitserscheinungen betrifft, so ist zunächst hervorzuheben, dass kein organisches Leiden bekannt ist, in dessen Rahmen das vorliegende Bild auch nur einigermaassen passen würde. Die Steigerung der Sehnenreflexe, das einzige objectiv in die Erscheinung tretende Symptom, kann auch sehr wohl durch den Zustand psychischer Erregung erklärt werden. Dieselbe fand sich übrigens auch in einem der Möbius'schen Fälle.

Es braucht kaum erwähnt zu werden, dass nicht daran gedacht werden kann, dass eine Simulation vorlag.

So werden wir auch in unserem Falle zur Annahme eines functionellen Leidens gedrängt, dessen Zusammenhang mit dem psychisch-abnormen Verhalten unverkennbar ist.

Patientin erkrankte nicht, wie die Patienten von Möbius, nach geistiger Ueberreizung; wenigstens ist dies nicht bekannt geworden; wohl aber beginnt ihre Krankheit zugleich mit einem geistig pathologischen Verhalten, welches in einer maniakalischen Erregtheit, einer leichten Manie besteht. Die Patientin fiel auf durch ihr hastiges Thun und Treiben. Sie überstürzte sich in der Arbeit, redete aussergewöhnlich viel, hatte auch Nachts keine Ruhe. Hier in der Klinik war sie nicht minder auffällig durch ihr ausserordentlich erregtes Wesen. Sie spricht viel, schimpft und zankt ohne jeden Grund, so dass sie durch ihre affectiven Explosionen ihrer Umgebung sehr lästig und unangenehm wird. Sehr bemerkenswerth ist auch der rasche Umschlag in ihren Stimmungen und in der Art dieser Ausbrüche.

Mit dem ersehnten Wechsel ihres Aufenthaltes tritt eine nicht zu verkennende Besserung ein. Auch die psychische Unruhe lässt nach. Es ist also das Hand- in Handgehen der Psychose mit den übrigen Beschwerden nicht zu verkennen, und es liegt nahe, letztere einfach für Theilerscheinung der Psychose zu halten. Es würde sich also um eine psychische Hyperästhesie, die ja als das Wesen der Manie angesehen wird, handeln, verbunden mit einer körperlichen Hyperästhesie.

Ich habe vergebens nach Symptomen der Paranoia in engerem Sinne gesucht. Patientin hatte keinerlei Ideen zum Ausdruck gebracht, die uns zur Annahme dieser Psychose berechtigten. Auch konnte von Sinnestäuschungen nichts wahrgenommen werden.

Die ganze Krankheit als Hypochondrie, als hypochondrisches Irresein aufzufassen, ist nicht wohl angängig, da das ganze Verhalten nicht das Bild der Hypochondrie darbot. Es fehlte die hypochondrische Verstimmung und das ängstliche Grübeln. Auch die Natur der Klagen und die Art, dieselben mitzutheilen, waren nicht dergestalt, wie man sie bei Hypochondrie wahrzunehmen pflegt.

Ebensowenig möchte ich das Krankheitsbild als neurasthenisches auffassen, da höchstens ein Theil der vorhandenen Erscheinungen, wie besonders die Schlaflosigkeit und die gesteigerte Reflexerregbarkeit, als „neurasthenisch“ aufgefasst werden könnte.

Es wäre noch besonders an Hysterie zu denken, und ich habe sowohl bei der Patientin selbst, als bei Leuten, welche dieselbe von früher Jugend her kannten und ihr nahestanden, des Oefteren nach Angaben gefahndet, die auf frühere hysterische Zufälle schliessen liessen; doch vergebens. Auch kein einziges Symptom sprach für Hysterie; die Kranke hatte niemals Erscheinungen, die wir mit einigem Recht als hysterische deuten könnten; insbesondere sind für

Hysterie charakteristische Symptome, „hysterische Stigmata“, bei der Kranken niemals zur Beobachtung gekommen, sie hatte niemals das Gefühl des hysterischen Globus gehabt; es fehlten die Anfälle, welche bei Hysterischen in so mannigfacher Form sich zeigen; niemals sind Lähmungen, wie Stimmbandlähmungen, eingetreten; auch konnte von einer Anästhesie der Haut zu keiner Zeit etwas wahrgenommen werden. Nur der rasche Stimmungswechsel, die heftigen Affectäusserungen können als „hysterische“ Erscheinungen aufgefasst werden, indessen kommen dieselben auch ganz in derselben Weise bei maniakalischen Erregungen vor.

Unser geschilderter Krankheitsfall spricht, wie ich glaube, am meisten dafür, dass die „Akinesia algera“ im Wesentlichen in einer Psychose besteht; und in der Hauptsache deckt sich diese Ansicht auch mit der von Möbius, wie denn auch die eine seiner Patienten in ein ausgebildetes paranoiisches Irresein ganz im Anschluss an ihr früheres Leiden verfiel.

Bei der Untersuchung, ob das Krankheitsbild der Akinesia algera schon früher gesehen, resp. beschrieben wurde, fand Möbius, dass nur Neftel 4 ähnliche, aber nicht vollkommen entsprechende Beobachtungen unter dem Namen der *Atremie* beschrieb, so dass es sich also bei Akinesia algera im Wesentlichen um ein neues Krankheitsbild handle. Demgegenüber möchte ich hervorheben, dass eine Krankheitsform, die unter dem Namen der „Spinalirritation“ besonders in früherer Zeit vielfach behandelt wurde und eine grosse Rolle spielte, in sehr wesentlichen Punkten mit unserer Akinesia algera übereinstimmt, worauf mich Herr Prof. Schultze aufmerksam macht. Wenn auch unter dem Namen der Spinalirritation, entsprechend der Allgemeinheit und Unsicherheit der Bezeichnung, die verschiedensten Symptome untergebracht und vielfach in ganz phantastischer Weise combinirt und zusammengefasst wurden, und infolgedessen die Spinalirritation in Misskredit kam, so hat sich doch unter diesem Namen eine mehr umschriebene Krankheitsform gehalten und ist auch in neuerer Zeit, besonders von englischen und amerikanischen Autoren¹⁾, wie Hammond, des Oeftern eingehend beschrieben und behandelt worden.

Ich greife im Folgenden aus der Schilderung, die Erb²⁾ von dem Wesen der Spinalirritation giebt, einige Punkte heraus, um die Verwandtschaft letzterer Krankheit mit der Akinesia algera zu veranschaulichen.

1) Leyden, Rückenmarkskrankheiten. II. S. 6.

2) v. Ziemssen, Handbuch. XI, 2. S. 379.

Zunächst ist der rein functionelle Charakter der Krankheit hervorgehoben. „Es sind also alle Organerkrankungen und greifbaren anatomischen Läsionen ausgeschlossen.“ Die Krankheit ist entschieden zu trennen von der Hysterie, ganz aus denselben Gründen, welche oben bei Besprechung unseres Krankheitsfalles angegeben wurden. „Hereditäre, neuropathische Belastung spielt eine sehr erhebliche Rolle.“ Unter den Ursachen werden angeführt: „lebhaft psychische Einwirkungen, schwere Gemüthsbewegungen . . . , ferner körperliche Ueberanstrengungen“. Von den Symptomen wird unter anderen aufgeführt: Rückenschmerz. „Dazu gesellt sich dann noch eine Menge anderer Erscheinungen: vor allen Dingen sind es neuralgiforme Schmerzen in den verschiedensten Theilen des Körpers, welche die Kranken belästigen.“ Ferner beobachtet man regelmässige Störungen der Motilität. „Dabei besteht keine wirkliche Lähmung. Alle Bewegungen sind möglich, aber sie rufen lebhafte Schmerzen hervor.“ Die Kranken gehen nicht, „weil sie bei jedem Versuch dazu unerträgliche Schmerzen verspüren“, auch die „Handarbeiten sind schliesslich eingestellt, hauptsächlich wegen der dadurch erzeugten Schmerzen im Rücken oder den Extremitäten“. Ferner gesellen sich vasomotorische Störungen, welche in auffallender Kälte der Füsse und Hände bestehen, hinzu. „Endlich gehören zu den fast regelmässigen Symptomen auch noch gesteigerte psychische Reizbarkeit und Verstimmung, mehr oder weniger hochgradige Schlaflosigkeit.“ Auch „Blasenschwäche“ kommt bei der Spinalirritation vor.

In Bezug auf die Pathogenese wurde nur ein zu grosses Gewicht auf ein primäres Rückenmarksleiden gelegt, während auch cerebrale Störungen zugleich vorliegen, die nicht blos secundärer Art zu sein brauchen, da möglicher Weise die Schmerzen auch durch Erkrankungen gewisser Gehirnabschnitte zu Stande kommen können, ganz abgesehen von den durch Möbius in den Vordergrund gestellten „Schmerzhallucinationen“.

Offenbar finden wir also bei der Akinesia algera von Möbius ganz dieselben Symptome wieder, wie sie unter dem Namen der Spinalirritation schon früher häufig beschrieben wurden. Auch bezüglich des Verlaufs der letzteren Krankheit wird darauf aufmerksam gemacht, dass „dieselbe oft viele Jahre dauern und dem Kranken ein langes und lästiges Siechthum beschieden sein kann“. Von den Symptomen möchte ich nur noch die Rückenschmerzen hervorheben, welche früher bei der Spinalirritation ganz besonders beachtet wurden. Sie fehlten bei keinem der Fälle von „Akinesia algera“.

In dem einen Fall, Fräulein L., von Möbius waren sie sogar zeitweilig das vorherrschende Symptom.

Was den psychischen Factor betrifft, so wird bei der Spinalirritation auch die gesteigerte psychische Reizbarkeit hervorgehoben. Ausserdem bestand bei den Kranken meist hereditär-neuropathische Belastung. Doch scheint dieser psychische Factor bei unseren Fällen mehr, als dies bei der Spinalirritation der Fall ist, in den Vordergrund zu treten. Vielleicht ist indessen früher weniger darauf geachtet und deshalb auch der Name zu einseitig gewählt worden.

Wesentliche Unterschiede von principieller Bedeutung vermag ich mithin unter den Symptomen bei beiden Krankheiten, der Akinesia algera und der Spinalirritation, nicht zu finden; höchstens stellt die „Akinesia algera“ den maximalen Grad der früher sogenannten „Spinalirritation“ dar.