XXIV.

Akinesia algera.¹⁾

Von

Prof. W. v. Bechterew.

Meine Herren!

Ich nehme mir die Erlaubniss, Ihnen einen Fall von einer ihren Erscheinungen nach äusserst eigenartigen krankhaften Störung vorzuführen. Dieselbe ist bei Weitem noch nicht erforscht, und bis dato weist die Literatur nur einige Beschreibungen solcher Fälle auf, welcher Umstand übrigens nicht durch die Seltenheit der Krankheitsform, sondern einfach dadurch zu erklären ist, dass dieselbe vor kaum zwei Jahren zuerst beschrieben wurde. Von dieser Zeit an sind schon weitere Beobachtungen dieser Krankheit veröffentlicht worden, und hoffentlich wird schon in der nächsten Zukunft die Literatur in dieser Beziehung ebenso schnell wachsen, wie es mit anderen in der letzten Zeit beschriebenen Krankheitsformen der Fall gewesen ist. Doch wenden wir uns zu unserem Kranken.

Vor Ihnen befindet sich ein Patient; er ist mittelgross, in mässigem Ernährungszustande, mit nicht besonders gut entwickelten Muskeln und mittelstarker Schicht Unterhautfettgewebe. Seine Knochenoberflächen fühlen sich ganz glatt, nicht höckerig an; die Lymphdrüsen sind ohne jegliche Veränderung, die Gelenke zeigen nicht die geringste Spur von Schwellung. Ueberhaupt finden sich bei dem Pat. in dieser Hinsicht keine besonderen Veränderungen, und bei seiner äusseren Besichtigung ist nur die auf seinen anämischen Zustand hinweisende Blässe der Schleimhäute und sein laxes, apathisches Aussehen zu bemerken. Ebenso lassen seine inneren Organe — Lunge, Herz und Bauchorgane —, wie die Untersuchung im Hospital ergab, keine wesentlichen Veränderungen erkennen. Seine Pulszahl beträgt ca. 90 in der Minute, und unter gewöhnlichen Verhältnissen steigt die Zahl der Athemzüge nicht über 20 in der Minute. Jetzt wollen wir ihn gehen lassen. Sie sehen, wie der Kranke sich sehr mühsam, die Füsse kaum vorsetzend, nach jedem Schritte anhaltend und besonders stark mit dem rechten Fusse hinkend, fortbewegt. Während des

1) Die Mittheilung wurde in der Kasaner Gesellschaft für Neuropathologen und Psychiater im März 1893 gemacht.

Gehens ist sein Oberkörper leicht nach vorn gebeugt und die Hände seitwärts vom Körper entfernt, als ob er nach einer Stütze suchte. Dabei fühlt er sich schon nach einem geringen Gehversuch sehr müde; seine Athmung wird schnell, der Puls stark beschleunigt. Zuweilen steigt die Pulszahl auf 150 in der Minute. Auf den ersten Blick könnte man glauben, es mit einem Gelähmten zu thun zu haben, die Ausfrage ergibt aber, dass dem Kranken das Gehen wegen Schmerzen, welche sich bei ihm dabei sowohl in den bewegten, wie auch in anderen Körpertheilen, besonders im Rücken, einstellen, schwer fällt. Bewegen wir diesen oder jenen Fuss passiv, so erfahren wir, dass das heftigen Schmerz verursacht; letzterer wird dabei nicht allein in den Gelenken, sondern auch in den Unterfuss- und Schenkelmuskeln empfunden. Veranlassen wir den Kranken, mit diesem oder jenem Fusse active Bewegungen auszuführen, so fühlt er ebenfalls äusserst lebhaften Schmerz in dem bewegten Gliede. Gleiches gelangt auch in den Händen zur Beobachtung: die passiven und activen Bewegungen der Hände sind überhaupt schmerzhaft, wenn auch in geringerem Grade, als die Bewegungen der Füsse. Bei einer stärkeren Muskelanstrengung verstärkt sich stets die Schmerzhaftigkeit in hohem Grade. Sogar schon das einfache Stehen oder Sitzen verursacht dem Patienten Schmerz, welchen er dabei in verschiedenen Körpertheilen, besonders in der Lendengegend und in den Füßen verspürt. Objectiv ist in den Muskeln beim Befühlen nichts Besonderes zu finden, doch ruft ein, wenn auch noch so leiser Druck auf die Muskeln überall Schmerzempfindungen wach. Auch an der Zunge sieht man dasselbe: ein leichtes Zusammenpressen zwischen zwei Fingern verursacht Schmerz. Eine mechanische Reizung der Muskeln, das Beklopfen mit einem Percussionshammer ist dem Kranken ebenfalls äusserst schmerzhaft und führt Reflexerscheinungen herbei. Verhältnissmässig weniger schmerzhaft sind nur die Gesichtsmuskeln, dennoch ist ihre Percussion auch von unangenehm schmerzhaften Empfindungen begleitet. Zugleich mit den subjectiven Klagen über Schmerz lässt sich beim Zusammenpressen der Muskeln auch die Reaction der Pupillen auf Schmerz, d. h. ihre Erweiterung, beobachten. Die elektrische Reizung der Muskeln mittelst faradischen Stromes ist dagegen wenigstens nicht von lebhaften, schmerzhaften Empfindungen begleitet, es sei denn, dass die Reizung so stark wird, dass sie Bewegungen des elektrischen Gliedes auslöst. Doch nicht allein die Muskeln, sondern auch die Knochen sind empfindlich. Das leiseste Beklopfen der Extremitätenknochen mit dem Percussionshammer erregt überall heftigen Schmerz und bewirkt starke Reflexbewegungen, u. A. auch seitens der Athmung. So z. B. erscheint jedesmal bei der Percussion der Vorderfläche der Tibia starke Inspirationsbewegung und Schmerzauslösung in den Gesichtszügen. Wiederholte Percussion hat ausser den Klagen über Schmerz auch eine ziemlich ausgesprochene Röthung des Gesichts und Beschleunigung der Athmung und des Pulses zur Folge. Auch die Sehnen sind schon gegen leichtes Zusammenpressen deutlich empfindlich. Es gelingt trotzdem aber nicht, irgend welche locale Schmerzpunkte an der Körperoberfläche des Patienten aufzufinden. Die Muskelreflexe werden überall deutlich erhalten. Die Wirbelsäule wird hauptsächlich in der Lenden- und in der unteren Hälfte der Brustpartie, nicht aber in der oberen Brusthälfte und am Halstheil gegen Percussion empfindlich gefunden; ebenso

ist der behaarte Kopftheil dagegen fast unempfindlich. Die sogenannte idiomusculäre Contraction erscheint an den Brustmuskeln deutlich erhöht; an anderen Stellen ist ihre Untersuchung der Schmerzen halber erschwert.

Was die Sehnenreflexe anbetrifft, so sehen Sie die Kniereflexe annähernd normal stark am rechten Knie, jedoch etwas stärker als am linken auftreten. Hierbei muss bemerkt werden, dass noch vor Kurzem, im Hospital, bei dem Patienten einige Erhöhung der Kniereflexe und deutliches, wenn auch nicht anhaltendes Fussphänomen rechterseits erhalten worden war. Jetzt ist diese Erscheinung schon nicht mehr hervorzurufen, folglich ist sie erst in der letzten Zeit verschwunden. Beim Patienten kann auch der Achillessehnenreflex, nicht aber, wenigstens gegenwärtig nicht, der Ellbogenreflex erhalten werden, und das der besonderen Schmerzhaftigkeit wegen, die bei jedem Hammerschlag auf die Ellbogenbeuge empfunden wird. Untersuchen wir die Hautreflexe, so finden wir dieselben stark herabgesetzt, und nur am Bauche kann noch durch Stiche die reflectorische Contraction der Muskeln bewirkt werden. Dabei erweist sich der Reflex rechts merklich stärker als links. Zugleich lässt sich eine äusserst ausgesprochene Analgesie an der ganzen Körperoberfläche constatiren. Am Rumpf und an den Extremitäten erreicht die Unempfindlichkeit einen so hohen Grad, dass die Haut des Patienten mit einer Stecknadel, ohne Schmerzempfindung zu verursachen, durchstochen werden kann. Eine Ausnahme bildet übrigens die rechte Bauchhälfte, an welcher die Empfindlichkeit noch erhalten ist. Nur in dem Falle, wenn die Nadel senkrecht in den Körper geführt wird und die Muskelschicht erreicht, tritt Schmerzempfindlichkeit auf. Bei dieser Gelegenheit soll von uns der Umstand nicht übersehen werden, dass solche von mir gemachte tiefe Stiche beim Patienten keine Blutung zur Folge haben. Dieser Umstand weist auf eine Contraction der Gefässe, folglich eine starke Ischämie der allgemeinen Decke, welche, wie ich in einer anderen Abhandlung¹⁾ gezeigt habe, eine an unempfindlichen Körpertheilen gewöhnliche Erscheinung, hin. Ausser der Analgesie sind beim Patienten noch Anästhesien anderer Art, als: der electrocutanen Sensibilität, des Temperatursinnes und der Tastempfindlichkeit nachweisbar. In Bezug auf die letztere verdient übrigens Erwähnung, dass während der ursprünglichen Untersuchung der Patient bei geschlossenen Augen sich, wie ich mich überzeugen konnte, bei seinen Bewegungen durch die Tastempfindungen leiten liess, trotzdem er behauptete, keine zu besitzen.

Ausserdem sieht man beim Patienten äusserst prägnante Erscheinungen seitens des Muskelgefühls. In welchem Grade dasselbe afficirt ist, wird man gewahr, wenn man ihn bei geschlossenen Augen die Lage seiner Glieder bestimmen lässt. Ich bedecke ihm die Augen und hebe seine rechte Hand nach oben. Gefragt, wo seine Rechte sich befindet, kann er die Lage derselben nicht bestimmen und wähnt dieselbe an der Seite hängend, wie das vor dem Schliessen der Augen thatsächlich der Fall war. Veranlasst, die rechte Hand mit der linken zu finden, greift er, wie Sie sich davon überzeugen können, anstatt nach oben, zur Seite, wo die rechte Hand nach seiner Meinung noch hängen muss. Dasselbe Resultat erhält man,

1) W. v. Bechterew, Ueber die Wechselbeziehung zwischen den gewöhnlichen und sensoriiellen Anästhesien u. s. w. Neurolog. Centralbl. Nr. 7 u. 8. 1894.

wenn man ihn bei geschlossenen Augen die Lage der linken Hand mittelst der rechten bestimmen lässt. Interessant ist hier zu vermerken, dass der Kranke die ihm nicht bewusste Lageveränderung seiner Glieder so lange beibehält, bis seine Aufmerksamkeit durch irgend etwas abgelenkt wird. So hält er bewusstlos seine von uns nach oben gehobenen Hände so lange in derselben Lage, bis wir z. B. zur elektrischen Untersuchung seiner Muskeln schreiten oder seine Augen öffnen. Soll der Patient nun wieder, bei geschlossenen Augen, die Lage anderer Körpertheile, z. B. seines Ohres oder seiner Nase, bestimmen, so nehmen seine Hände, wie Sie sehen, die nöthige Richtung, da ja die Vorstellungen der relativen Lage seiner Glieder bei ihm erhalten sind, es gelingt ihm aber doch nicht auf einmal, weder das Ohr, noch die Nase zu ergreifen. Es muss angegeben werden, dass der Verlust des Muskelgefühls bei dem Patienten überall, auch an den Füßen und im Gesicht, festzustellen ist. In der That, bedeckt man seine Augen und öffnet durch leichten Druck auf das Kinn vorsichtig den Mund, so wähnt er denselben wie vordem geschlossen. Trotzdem sind bei ihm weder Ataxie der Bewegungen, noch Gleichgewichtsstörungen, in der Form des Romberg'schen Symptoms, vorhanden.

Was die Sinnesorgane anbetrifft, so ist ihr Zustand folgender: Die Pupillenweite etwas ungleich, die linke nämlich kaum bemerkbar weiter, als die rechte; die Reaction der Pupillen auf Licht und die bei der Accommodation (auf Convergenz) ist ganz normal; die Reaction auf Schmerz ist schon beschrieben worden. Das Sehvermögen ist etwas geschwächt: visus oc. dextri et sin. $20/30$. Im Ganzen werden die Farben richtig erkannt. Das von dem Assistenten der von mir geleiteten Klinik Dr. B. Worotynski untersuchte Gesichtsfeld ist in beiden Augen eingengt. Die Grenzen des Gesichtsfeldes erreichen:

		weiss	roth	grün
Im rechten Auge	nach aussen	24	20	10
	= innen	18	17	9
	= oben	15	10	6
	= unten	17	14	9
		weiss	roth	grün
Im linken Auge	nach aussen	17	15	10
	= innen	19	18	9
	= oben	13	9	10
	= unten	15	13	10

Bei der von einem Specialisten vorgenommenen Untersuchung erwiesen sich die Augenmedien als vollkommen durchsichtig, die Refraction als emmetropisch und der Augenhintergrund ohne wesentliche Veränderungen. Trotzdem behauptet der Kranke, dass es ihm unangenehm wäre, aufs Licht zu sehen, dasselbe die Augen schneide, und sich dabei Thränenabsonderung einstelle. Was das Gehör anbelangt, so ist dasselbe ebenfalls ziemlich deutlich geschwächt; der Kranke hört das Ticken einer Taschenuhr nur in der nächsten Nähe des Ohres; die Knochenleitung fehlt fast ganz; die an die Schädelknochen selbst in der Nähe des Ohres gehaltene Uhr wird gar nicht gehört. Eine an die oberen Schneidezähne gelegte Stimmgabel wird nur bei starkem Tönen vom rechten Ohre ver-

nommen. Das Geruchsvermögen ist fast ganz abhanden gekommen; der Geschmack ist sehr stark herabgesetzt.

Von anderen Erscheinungen verdient die Abnahme der Muskelkraft Beachtung. Möglicher Weise ist das ganz oder theilweise durch die Schmerzhaftigkeit der Muskeln bei jeder Contraction zu erklären. Mitte Februar fand man bei der Untersuchung im Hospital, dass das Dynamometer von der rechten Hand auf 30 Kilo, von der linken aber nur auf 22 Kilo zusammengedrückt wurde. Ein anderes Mal presste der Kranke mit jeder Hand nur ca. 20 Kilo und jetzt, wie ich glaube, noch weniger. Trotzdem er, wie die Spannung seiner Gesichtszüge es bezeugt, meine Hand möglichst stark zu drücken sucht, empfinde ich nur einen sehr schwachen Druck. Hierbei äussern seine Gesichtszüge Schmerz, was beweist, wie unangenehm und lästig ihm eine solche Anstrengung sein muss, was er auch, befragt, bestätigt. Ausserdem ergiebt die unmittelbar nach einer solchen Anstrengung vorgenommene Untersuchung des Pulses und der Athmung eine Beschleunigung derselben: in solchen Fällen steigt die Pulszahl nicht selten bis auf 120, die der Athmung bis auf 30—40 in der Minute.

In Bezug auf den Harn-Geschlechtsapparat verdient erstens Erwähnung eine von dem Kranken in der letzten Zeit, zugleich mit der Entwicklung der Krankheit, bemerkte Abnahme der geschlechtlichen Functionen. Dann werde der Harnabsatz einige Male gehemmt, dabei ergiesst sich zuweilen nach dem willkürlichen Absetzen des Harnes eine geringe Menge desselben unwillkürlich; irgend welche andere locale Lähmungserscheinungen oder Muskelleiden fehlen aber bei dem Patienten. Eine Sprachstörung besteht nicht; der Kranke redet nur etwas träge und wird dabei bald müde. Die faradische Erregbarkeit der Muskeln und der Nerven ist ohne wesentliche Veränderung; die galvanische Reaction ist qualitativ normal, quantitativ aber, im Vergleich zu gesunden Personen, etwas erhöht.

Von allgemeinen Nervenerscheinungen sind laut den Klagen des Patienten zu vermerken: ein schwermüthiger Zustand mit dem Gefühle des Gepresstseins oder der Beklemmung in der Brust; dann Kopfschmerzen und zuweilen eintretende Schwindelanfälle, ein fast beständiger dumpfer Schmerz, hauptsächlich in den Füßen und im Rücken, weniger in den Händen, und endlich Anfälle von Herzklopfen und das Gefühl eines allgemeinen Unwohlseins und der Schwäche. Der Appetit des Kranken ist gering, sein Schlaf mangelhaft. Psychisch macht sich Trägheit und einige Apathie bemerkbar, jedoch ohne irgend welche andere Störungen.

Es braucht wohl nicht besonders erwähnt zu werden, dass unser Patient gezwungen ist, die ganze Zeit im Bette zu verbringen. Gewöhnlich liegt er, zuweilen sitzt er, doch ermüdet ihn auch das Letztere, weshalb er nach Möglichkeit das Sitzen vermeidet. Anzuführen ist noch, dass alle Erscheinungen in der letzten Zeit, während seines Hospitallebens, merklich zugenommen haben und, wie es scheint, auch jetzt noch im Zunehmen begriffen sind.

Die Anamnese unseres Patienten berichtet uns, dass seine Eltern an der Schwindsucht gestorben seien, was natürlich hinsichtlich seiner Krankheit nicht bedeutungslos ist, da bekanntlich zwischen der Schwindsucht und den Nervenkrankheiten ein erbliches Verhältniss besteht. Ueber andere Verwandte des Patienten konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Vor

ca. 10 Jahren habe unser Patient eine Contusion erlitten, wobei er heftig erschrocken sei. Er wäre von einem Wagen, in welchem drei Personen sassen, überfahren worden, wobei die Räder über seine Füße gegangen seien; unterdessen hätte er sogar auf einige Zeit die Besinnung verloren und hernach über eine Woche im Bette zubringen müssen. Von der Zeit an habe er angefangen, in den Füßen, besonders in den Schenkeln, dumpfe Schmerzen zu empfinden, habe wohl gehen können, aber nicht über eine Werst, und wäre dabei sehr müde geworden, und die Schmerzen in den Füßen hätten sich auch verstärkt. Der Patient, seiner Beschäftigung nach Kürschner, habe wie Andere, zuweilen viel, weit über Mitternacht, zuweilen aber auch wenig gearbeitet. Im Laufe der Zeit habe er Abnahme der Empfindlichkeit am ganzen Körper bemerkt, zugleich stellte sich Schmerzhaftigkeit der Muskeln und Schwäche in den Füßen, besonders nach dem Gehen, ein. Ferner, im Alter von ca. 15 Jahren, sei er infolge eines Schrecks während des Schlafes ca. zwei Jahre lang von Nachtwandeln befallen worden. Im 16. Jahre habe er an einer Krankheit mit Oedem am Gesicht und den Extremitäten gelitten und sei im Krankenhaus mit Wannen behandelt worden. Bald darauf sei er an einem allgemeinen mit Exanthem einhergehenden Leiden erkrankt, welches im Krankenhaus ebenfalls mit Wannen und Salben behandelt worden wäre. Weiter fing die allgemeine Schwäche und Schmerzhaftigkeit der Muskeln an immer mehr und mehr zuzunehmen, und es stellte sich auch dumpfer Schmerz in den Knochen ein. Vor ca. zwei Jahren seien eine trübe Stimmung, Abneigung gegen Arbeit, Apathie und Schwindelanfälle aufgetreten. Beachtenswerth ist auch die Angabe des Patienten, dass früher bei den nächtlichen Arbeiten bei ihm Doppeltsehen vorhanden gewesen sei.

Gegenwärtig ist der Patient Soldat. In kurzer Zeit ist er schon zum dritten Male in dem Kasan'schen Militärhospital. Zuerst befand er sich in der therapeutischen Abtheilung, da er über Schmerzen, hauptsächlich in den unteren Extremitäten, und Unvermögen zu gehen klagte, wurde aber wieder, weil hierbei keine objectiven Erscheinungen constatirbar waren, entlassen. Zum dritten Male war er aus der therapeutischen Abtheilung in die von mir geleitete Abtheilung des Hospitals für Nervenkranken übergeführt worden.

Aus den in dieser Abtheilung des Hospitals ursprünglich von meinem Assistenten Dr. B. Worotynski erhaltenen Untersuchungsergebnissen seien folgende hier vermerkt:

Bei dem Patienten bestand eine auf die ganze Körperoberfläche, mit Ausnahme der behaarten Kopfhaut, an welcher alle Empfindlichkeitsarten erhalten waren, ausgebreitete Analgesie. An den übrigen Theilen war die Analgesie nicht ganz gleichmässig vertheilt. An der Brust, am Bauch, theilweise an den oberen Schenkelpartien, an der hinteren Fläche der Schultergegend und an den Kniekehlgenden wurde nur Abnahme, und an den übrigen Gegenden des Rumpfes, der Extremitäten, des Halses und am ganzen Gesicht vollkommener Verlust der Schmerz- und der elektrocutanen Empfindlichkeit gefunden. Die Tastempfindlichkeit zeigte bei der ursprünglichen Untersuchung keine ausgesprochenen Abweichungen. Ueber das Muskelgefühl haben wir keine Notiz vorgefunden. Der Patient geht unsicher, schwach, mit weit auseinandergespreizten Füßen. Die Knie-

reflexe sind stark erhöht, ebenso die Reflexe der Achillessehne. Zugleich mit dem Kniereflex trat clonische Erschütterung der ganzen Extremität auf. Einen ebensolchen Clonus bewirkte die Percussion der Tibia. Ausserdem konnte durch schnelles Herunterdrücken der Kniescheibe beim Patienten clonisches Zittern der vorderen Schenkelmuskeln herbeigeführt werden — eine Erscheinung, welche als Phänomen der Patella bezeichnet werden könnte. Die Hautreflexe sind träge. Ausserdem wurde bei der Untersuchung fibrilläres Zittern der Schenkelmuskeln bemerkt. Die Percussion der Wirbelsäule wies Schmerzhaftigkeit des unteren Abschnittes derselben nach. Nach den Angaben des Patienten gehe der Harn zuweilen unwillkürlich ab. Von subjectiven Klagen sind vermerkt worden: dumpfer Schmerz in den unteren Extremitäten; Rückenschmerz, besonders beim Beugen; zeitweilige Herzpalpitationen; Brustbeklemmung; trübe Stimmung und grundloses Weinen.

Ich selbst habe den Patienten zum ersten Male im Militärhospital den 27. Februar a. c. genauer untersucht. Schon damals ging er mit grosser Mühe und hinkend, besonders auf dem rechten Fuss. Die Locomotion erforderte dabei starke Anstrengung, und der Patient stand nach je zwei Schritten mit dem rechten Fuss. Befragt, erklärte er, dass er starke Schmerzen in den Knien und überhaupt in den Füßen beim Gehen verspüre. Sowohl bei geöffneten, wie auch bei geschlossenen Augen stand er ziemlich fest. Auf einem Fusse, besonders auf dem rechten, hielt er sich mit Mühe. Die Kniereflexe waren gleichmässig erhöht. Bei den Versuchen, das Fussphänomen an diesem oder jenem Fuss hervorzurufen, klagt der Patient über Schmerz in der Fusswurzel und überhaupt in der Extremität. Hierbei wurde eine allgemeine Schmerzhaftigkeit aller Knochen der unteren Extremitäten, des Beckens und des unteren Abschnittes der Wirbelsäule constatirt. Diese Schmerzhaftigkeit äusserte sich derart stark, dass sogar leichte Fingerpercussion der Vorderfläche der Tibia reflectorische Contractionen der Schenkelmuskeln, besonders an der linken Extremität, und Athembeschleunigung herbeiführte. Zugleich wurde eine ausgesprochene Hyperästhesie des ganzen Muskelsystems, besonders an den Füßen, am Körper und an den Händen vorgefunden. Der leiseste Druck auf die Muskeln verursachte schon heftigen Schmerz. Die Bewegung der Glieder und um so mehr noch bedeutende Muskelanstrengung, riefen beim Patienten äusserste Erschöpfung und heftigen Schmerz hervor. Zu derselben Zeit bestand die Hautanästhesie nicht allein fort, sondern nahm noch bedeutend zu: jetzt hatte sich die Analgesie über die ganze Körperoberfläche verbreitet, und zugleich zeigte sich auch Anästhesie aller anderen Empfindungsarten (der Temperaturempfindlichkeit, des Tastsinns u. s. w.). Ausserdem wurde bei dem Patienten Anästhesie des Muskelgefühls in allen Gliedern gefunden, was besonders in Anbetracht der Erhöhung der allgemeinen Empfindlichkeit frappirte. Die Function der Sinnesorgane — des Gesichts, Gehörs, Geruchs und Geschmacks — war mehr oder weniger gleichmässig beiderseits geschwächt; nur das Sehvermögen war rechts schwächer als links. Die Knochenleitung war fast ganz verloren gegangen. Die Muskelkraft war allgemein stark geschwächt: die rechte Hand drückte das Dynamometer bis auf 30 Kilo, die linke bis auf 22 Kilo. Wegen Schmerzhaftigkeit jeder Bewegung verbrachte der Kranke seine Zeit auf

dem Bette, wo er lag oder sass. Uebrigens ist zu bemerken, dass der Kranke in liegender Stellung keine spontanen Schmerzen, ausser dem dumpfen Schmerz in den Tibiaknochen, verspürte. Bei der weiteren Untersuchung erwies es sich, dass scharf ausgesprochene Veränderung der elektrischen Reaction der Muskeln nicht zugegen war. Das Gesichtsfeld wurde an beiden Augen eingeengt gefunden. Hierbei klagte der Patient über allgemeine Schwäche und Nichtaufgelegtsein, über zeitweilige trübe Stimmung, Schwindelanfälle und Kopfschmerzen. Psychisch war bei ihm dann schon einige Trägheit bemerkbar. Der Puls und die Athmung waren nicht wesentlich verändert, nur bewirkte die geringste Muskelanstrengung sogar merkliche Beschleunigung derselben; die Temperatur war stets normal; es bestanden keine Oedeme, keine vermehrte Schweissabsonderung, keine irgendwelche örtliche Ernährungsstörungen. Trotz der Behandlung (Brom- und Jodpräparate, Codein u. s. w.) blieb der Zustand des Patienten während seines weiteren Aufenthaltes im Hospital ohne wesentliche Veränderung, ja verschlechterte sich immerfort bis zu der Lage, in welcher Sie ihn nunmehr vor sich sehen.

Die Gesamtheit der bei dem Patienten vorhandenen Symptome ist, wie Sie sehen, äusserst eigenthümlich und kann nicht als zu einer von den gewöhnlichen und den meisten Aerzten bekannten Krankheitsformen gehörig betrachtet werden. Das wesentlichste und hauptsächlichste, sich in dem Krankheitsbilde an die Spitze stellende Symptom ist die Schmerzhaftigkeit der activen und passiven Bewegungsorgane, d. h. der Muskeln, Gelenke und Knochen, welche die Fähigkeit der Locomotion des Körpers äusserst beschränkt oder sogar gänzlich unterdrückt und den Kranken zwingt, nach Kräften und Möglichkeit jede Bewegung zu meiden. Diese Schmerzhaftigkeit ist nicht eingebildet oder wenigstens nicht ausschliesslich eingebildet, sondern wirklich vorhanden, was nicht allein durch die starke Beschleunigung des Pulses und der Athmung nach schon geringer Körperbewegung, sondern auch durch die schon durch einfaches, nicht starkes Zusammenpressen der Muskeln auftretende Reaction der Pupillen auf Schmerz und ebenso durch andere reflectorische, durch mechanische Reizung des Periostes und der Muskeln hervorzurufende Erscheinungen bewiesen wird. Von den anderen krankhaften Erscheinungen fesselte die Aufmerksamkeit die Haut- und Muskelanästhesie, welche dem Beobachter um so mehr auffallen musste, da gleichzeitig eine Hyperästhesie der tieferen Körpertheile, nämlich der Muskeln, Gelenke und Knochen zugegen war. Beachtenswerth ist auch die deutliche Abnahme der Hautreflexe beim Patienten, wodurch die wirkliche Existenz einer Anästhesie des Körpers bewiesen wird. Weiter ist es nicht überflüssig, von der Verstärkung und Ungleichartigkeit der Sehnenreflexe und von den auf einige Stö-

rung des Harnabsatzes hinweisenden Erscheinungen Notiz zu nehmen. In psychischer Hinsicht verdient Beachtung: trübselige Stimmung und das von Herzpalpitationen begleitete Beklemmungsgefühl in der Brust.

Hinsichtlich der Entstehung des Krankheitsprocesses verdient vor Allem die hereditäre Belastung des Kranken Berücksichtigung, wofür wenigstens der Umstand, dass seine Eltern an der Schwindsucht gestorben und er früher an Nachtwandeln, weil man ihn erschreckt habe, gelitten hat, spricht. Als unmittelbare Krankheitsursache jedoch muss entschieden die vor ca. zehn Jahren von ihm erlittene Contusion mit heftigem Schreck und Verlust der Besinnung durch den über ihn dahineilenden Wagen, wonach er über eine Woche bettlägerig gewesen ist, angesehen werden. Wenigstens fühlt er seitdem allgemeines Unwohlsein, Schwäche und Schmerz in den Füßen, auch Rückenschmerz. Nachdem er Soldat geworden, verstärkte sich der Schmerz in den Füßen, weshalb er um die Aufnahme in das Militärhospital nachsuchen musste. Somit kann auf Grund der vorhandenen Daten behauptet werden, dass die eigenthümlichen, im Unvermögen zu Bewegungen wegen äusserster Schmerzhaftigkeit der Muskeln, Gelenke und Knochen bestehenden, krankhaften Erscheinungen auf einem gewissermaassen prädisponirten Boden infolge einer von heftigem Schreck und Bewusstseinsverlust begleiteten Contusion sich entwickelt haben.

Hieran schliesst sich selbstverständlich die Frage, ob unser Patient nicht an der sogenannten traumatischen Neurose leidet. In der That könnten einige von den oben angeführten klinischen Daten, wie: die Rücken- und Kopfschmerzen, allgemeines Unwohlsein, Trägheit, Gesichtsfeldbeengung, Anästhesie des Körpers, für die traumatische Neurose sprechen; nichtsdestoweniger drängt die Existenz der oben erwähnten besonderen, sich an die Spitze des krankhaften Zustandes stellenden, der traumatischen Neurose ganz und gar nicht eigenthümlichen Erscheinungen nothwendiger Weise zum Schluss, dass in unserem Falle eine andere Krankheit vorliegen muss.

Bei der Durchsicht der Literatur finde ich, dass auf unseren Patienten nach der Gesamtheit der Symptome das von Möbius 1891 unter der Bezeichnung *Akinesia algera* entworfene Bild passt. Möbius versteht darunter eine sich durch Unbeweglichkeit wegen der Schmerzhaftigkeit der Bewegungen selbst äussernde Nervenkrankheit, bei welcher thatsächlich greifbare Grundlagen dieser Schmerzen fehlen sollen. In den Möbius'schen Fällen handelte es sich um hereditär disponirte Personen, in deren Familien Nervenkrankheiten vorgekom-

men waren und welche selber einige Abnormitäten des Nervensystems mit dem Charakter der *deséquilibrés* aufwiesen. Die Krankheit entsteht infolge übermässiger Anstrengungen mit einer allgemeinen Nervenschwäche. Anfangs hinterlassen nur verhältnissmässig starke Bewegungen einen Zustand schmerzhafter Ermüdung, später aber werden alle, oder wenigstens die meisten Bewegungen schmerzhaft. Dabei ist der Schmerz theils unmittelbar mit der Bewegung selbst verbunden, theils folgt er ihr und tritt nicht allein in den bewegten, sondern auch in anderen Körpertheilen auf. Endlich kommt es fast zur vollkommenen Unbeweglichkeit, weshalb die Patienten ihrer Hülfslosigkeit wegen Gelähmten gleichen. Dieser Zustand kann sehr lange dauern. Gleichzeitig mit der Unbeweglichkeit der Schmerzen halber sind auch Kennzeichen der Neurasthenie vorhanden: schlechter Schlaf, Niedergeschlagenheit, Unfähigkeit zur Geistesarbeit, das Gefühl von Schwere im Rücken. Hingegen fehlten bei den Patienten des Autors hysterische Symptome fast gänzlich. Ueber den Ausgang der Krankheit drückt sich der Autor unbestimmt aus, obgleich er die Möglichkeit einer Genesung zugiebt. Ausserdem zeigt eine Beobachtung des Autors, dass zur Akinesia algera mit der Zeit sich eine Geistesstörung in der Form von Paranoia hinzugesellen kann.

Nach der soeben angeführten Beschreibung führt der Autor zwei seiner Fälle mit der Bemerkung vor, dass zwar zwei Fälle zur Beschreibung des krankhaften Zustandes wohl nicht genügen, doch hoffe er von der Zukunft die nöthigen Ergänzungen zu dieser Beschreibung.

In der Beurtheilung der krankhaften Störungen seiner Fälle sieht Möbius die Krankheit für eine functionelle, psychisch bedingte und nicht für eine organische an. Die Schmerzen hält er für ein hysterisches Symptom und fasst sie als Schmerzhallucinationen auf. Der Autor zählt die Krankheit jedoch nicht zur reinen Hysterie, sondern hält sie nur bis zu einem gewissen Grade analog der allgemeinen Anästhesie, welche von Krukenberg, Heyne und v. Ziemssen beschrieben worden ist. Nach der Meinung des Autors ständen die vor Kurzem von Neffel unter der Bezeichnung *Atremie* beschriebenen Fälle der Akinesia algera sehr nahe. Die Vorhersage bei Akinesia algera ist nach dem Autor nicht besonders günstig. Hinsichtlich der Pflege muss den Kranken die von ihnen gewünschte Ruhe gegönnt werden. Der Autor giebt zu, dass die Akinesia algera zu Paranoia in weitem Sinne des Wortes zugezählt werden könne, d. h. sie stelle gleichsam eine besondere Form dieser Krankheit dar. Zugleich vermerkt er aber in seinen Fällen das Fehlen einer Geistesstörung, ebenso

eines hysterischen und hypochondrischen Gemüthszustandes *stricto sensu*, versucht jedoch nicht diesen Widerspruch zu heben.

Da Möbius selber findet, dass seine Fälle mit denjenigen von Neftel übereinstimmen, so sind wir genöthigt, auch diese hier anzuführen.

Unter dem Namen *Atremie* beschreibt Neftel einen krankhaften Zustand, dessen Hauptsymptom in der Unfähigkeit zu angestrengten körperlichen und geistigen Beschäftigungen bei gänzlicher Intactheit der Bewegungsorgane und des Intellects besteht. Solche Kranke leiden an den verschiedensten Parästhesien, welche bei jedem Versuch zu gehen, stehen, sitzen, lesen und sich zu unterhalten sich bis zu unausstehlichem Grade steigern; auch verschlechtert sich ihr Zustand nach einer solchen Anstrengung auf ganze Wochen. Ruhe ist für dieselben absolutes Bedürfniss. Sie liegen deshalb Jahre lang im Bette, im halbdunkeln Zimmer, weil sie auch gegen Licht empfindlich sind. In klinischer Beziehung könnte die *Atremie* zur hypochondrischen Geistesstörung hinzugezählt werden, unterscheidet sich aber von der letzteren durch Abwesenheit einer niedergeschlagenen Stimmung und die Wahrung des Intellects selbst bei langdauernder Krankheit. Gleiche Bedeutung kommt auch einigen anderen Symptomen zu, wie: der subjectiven Dyspnoe ohne ein Lungen- oder Herzleiden, den Durchfällen, dem Augenlidödem, dem starken Kräfteverfall, den schlaflosen Nächten, der Appetitlosigkeit, welche auf die Gehversuche folgen. Mit der Hysterie hat diese Störung nichts gemein, obgleich die Hysterie bei ihr vorhanden sein kann.

In den vier vom Autor mitgetheilten Fällen handelt es sich um Frauen, bei welchen die Krankheit überhaupt öfter und in reinerer Form, meist zwischen dem 20. bis 50. Lebensjahre, auftritt, als bei Männern. In ätiologischer Hinsicht ist eine neuropathische Prädisposition von wesentlicher Bedeutung. Es kommen ferner Fälle von periodischer *Atremie* vor, diese sind aber stets das Resultat schwerer psychopathischer Vererbung. Die Krankheit kann viele Jahre dauern, dabei von selber allmählich verschwinden und dann wieder auftreten. Die Behandlung bleibt nach dem Autor erfolglos und verschlechtert nur in den meisten Fällen die krankhafte Störung.

Wie wir gesehen, hat Möbius eine grosse Uebereinstimmung zwischen den Fällen von *Atremie* und seiner *Akinesia algera* gefunden. Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal sieht er in dem Umstande, dass bei *Atremie* nur das Gehen, Stehen und Sitzen unmöglich ist, während im Bette die Bewegungen leicht, mit voller Kraft und ohne lästige Gefühle ausgeführt werden können; hingegen sistiren

bei der Akinesia algera alle Bewegungen der Glieder, so dass der Kranke fast ganz unbeweglich wird. Die Atremie verhält sich somit zur Akinesia algera annähernd ebenso, wie die Astasie-Abasie zur hysterischen Paraplegie. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal liegt darin, dass bei der Akinesia algera sich in den bewegten Körpertheilen Schmerz einstellt, während bei Atremie durch Gehen oder Stehen Störungen des Allgemeinbefindens und Parästhesien im Kopf und Rücken verursacht werden. Ein weniger wichtiger Unterschied liegt nach dem Autor in dem Fehlen von Lichtscheu, Neigung zu Durchfällen und Athembeschwerden, und ebenso in den wenig ausgesprochenen Erscheinungen von cerebraler Asthenie in seinen Fällen. Eine Uebereinstimmung dagegen zeigt sich in der Aetiologie, im Verlauf, in dem guten Ernährungszustande, in der normalen Gemüthsstimmung während des krankhaften Zustandes und endlich in der Unfähigkeit zur Locomotion.

Später hat Möbius¹⁾ den Begriff der von ihm beschriebenen Krankheit erweitert, indem er hierzu nicht allein Fälle von Unbeweglichkeit wegen Schmerzen ohne greifbare Ursache, sondern überhaupt alle Fälle von Functionseinstellung aus demselben Grunde, d. h. wegen der Schmerzhaftigkeit der Function selber — Apraxia algera — rechnet. Somit schliessen sich an die Akinesia algera die oft vorkommenden Zustände, welche gewöhnlich für neurasthenische angesehen werden, z. B. geistige Unthätigkeit, weil das Lesen, Schreiben, Unterhalten und Denken einen Druck oder Schmerz im Kopfe herbeiführt.

Thatsächlich sind solche Zustände schon bei der Akinesia algera vermerkt worden. „Aber es erscheint uns die Unmöglichkeit geistiger Arbeit wegen der durch sie hervorgerufenen Kopfschmerzen“, sagt Möbius, „als viel weniger wunderbar, als die eigentliche Akinesia algera, denn die Ueberanstrengung des Kopfes durch geistige Arbeit ist offenbar die Ursache der Hyperästhesie eben der arbeitenden Theile, deren Function später Kopfschmerz hervorruft. Derselbe, der sündigt, wird gestraft. Bei der Akinesia algera aber treten infolge der Ueberanstrengung des Kopfes Schmerzen bei Bewegungen der Glieder ein.“ Eine Art von Mittelstellung nimmt die bei nervösen Leuten nach geistiger Ueberreizung sich entwickelnde und von Neftel in den Fällen von Atremie vermerkte Lichtscheu ein. Hierbei handelte es sich nicht um eine vorübergegangene Ueberreizung der Augen, nichtsdestoweniger aber war das Sehen schmerzhaft. Zugleich loca-

1) Weitere Bemerkungen über Akinesia algera. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. II. Heft 5 — 6. S. 436.

lisirt sich der Schmerz nicht in der Netzhaut, gleichwie bei der Akinesia algera er sich nicht in den Muskeln befindet. Bei der Lichtscheu, ebenso wie bei der Schmerzhaftigkeit der Gliederbewegungen, besteht das Wesentliche darin, dass die willkürliche Function wegen geistiger Ueberreizung schmerzhaft wird. „Das überreizte Gehirn, um es grob auszudrücken, thut nicht nur beim Denken, sondern auch beim Gehen oder beim Sehen weh. Das eine Mal wird der Schmerz im Kopfe empfunden, das andere Mal in den peripheren Theilen. Wenn man will, kann man sagen, dass unter Umständen, die uns nicht genügend bekannt sind, nicht nur das Denken schmerzhaft ist, sondern vermöge einer Irradiation auch andere Hirnthätigkeiten.“

Weiter führt der Autor die Krankengeschichte des bekannten Fechner an. In diesem Falle bildete die Lichtscheu ein hervorragendes Symptom; die übrigen stimmten in Vielem, besonders mit denen des ersten Kranken desselben Autors überein.

Hiernach bringt der Autor zur Ergänzung seiner zwei früher veröffentlichten Beobachtungen einige Data. Der zweite in Psychose übergegangene Fall endete letal, und bei der Obduction wurde eine bedeutende Trübung und Verdickung der weichen Hirnhäute und Ueberfüllung der freien Räume derselben mit Flüssigkeit vorgefunden. Das Gehirn selbst war ungewöhnlich trocken und fast blutlos. Ausserdem bestand eine initiale Schluckpneumonie, starke Atrophie der Schleimhaut des Magendarmkanals und allgemeiner Marasmus.

Endlich findet sich in dem Artikel des Autors noch ein ziemlich allgemein gehaltener Fall von Atremie, welcher mit Selbstmord endete.

Bald nach Möbius veröffentlichte einen Fall von Akinesia algera (Dr. F. Longard.¹⁾) Derselbe weist bei der Beurtheilung seines Falles darauf hin, dass die Erhöhung der Sehnenreflexe durch einen Zustand von psychischer Erregung erklärt werden kann, was mir jedoch nicht so ganz wahrscheinlich erscheint. Gleich Möbius hält er es für nothwendig, in seinem Falle eine functionelle Erkrankung, deren Beziehung zum psychisch anormalen Zustand augenscheinlich wäre, anzunehmen. Auch ist er dabei geneigt, die physische Erkrankung der Patientin für eine Theilerscheinung der Psychose anzusehen, indem er ihren Zustand als eine mit physischer Hyperästhesie verbundene psychische Hyperästhesie betrachtet. Hierbei konnte er die der Paranoia eigenthümlichen Symptome und Sinnestäuschungen bei seiner Kranken nicht entdecken. Der Autor hält es für unmöglich, die

1) Zur Casuistik der „Akinesia algera“. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. II. Heft 5—6. S. 455.

Krankheit als Hypochondrie oder als Neurasthenie aufzufassen, weil das ganze Benehmen nicht das Bild der Hypochondrie zeigte und zugleich die hypochondrische Stimmung fehlte; als neurasthenisch könnten nur einige von den Erscheinungen, besonders die Schlaflosigkeit und die erhöhte reflectorische Erregbarkeit, gelten. Ebenso wenig war bei der Kranken ein hysterisches Symptom im wahren Sinne des Wortes vorhanden.

In Rücksicht auf das oben Gesagte spreche sein Fall, nach der Meinung des Autors, dafür, dass die Akinesia algera ihrem Wesen nach eine Psychose ist. Schliesslich findet der Autor, dass die früher unter der Bezeichnung Irritatio spinalis beschriebene Krankheitsform mit Akinesia algera Vieles gemein hat.

Weiter hat Erb¹⁾ einen Fall von Akinesia algera zur Vermehrung der Casuistik, wie er sich ausdrückt, veröffentlicht.

Dieser durch die vieljährige Dauer des Leidens bemerkenswerthe Fall kann nach Erb als typisches Beispiel der durch Schmerzen oder durch die Furcht vor den Schmerzen bedingten Akinesia dienen. Hierbei war eine schwere neuropathische Heredität vorhanden, aber Symptome von Neurasthenie und Hysterie oder irgend einer Psychose fehlten gänzlich.²⁾

Zu allerletzt ist ein Fall von Akinesia algera von Dr. W. König veröffentlicht worden.³⁾ Bei der Beurtheilung dieses Falles weist der Autor darauf hin, dass zugleich mit den Symptomen von Akinesia algera bei seiner Kranken auch hysterische und hypochondrische Symptome, welche dem ganzen Krankheitsbilde den Ausdruck einer psychischen Störung verliehen, vorhanden waren. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf unzweifelhafte Uebertreibung einiger Symptome seitens der Kranken (z. B. ihre Angabe über das Vorhandensein vollkommener Blindheit bei erhaltenem Sehvermögen), was er durch hypochondrische Vorstellungen erklärt. Er ist jedoch auf Grund seiner Beobachtungen überzeugt, dass von einer Simulation der schmerzhaften Empfindungen keine Rede sein kann. Die Sprachstörung, sowie die Sehestörung seien hypochondrischer und nicht hysterischer

1) Zur Casuistik der „Akinesia algera“. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. III. Heft 1—3. 1892. S. 237.

2) Bei der Lesung der Correctur habe ich mit einem anderen Artikel von Prof. W. Erb „Ueber Akinesia algera“ (s. dieses Heft vorigen Artikel) Bekanntschaft gemacht. Aus diesem Artikel kann man ersehen, dass der von Prof. W. Erb beschriebene Kranke ihm im folgenden Jahre (1893) seine nahezu völlige Genesung mitgetheilt hat. Dabei tritt hier sowohl im Krankheitsbilde, wie in dem Heilungsverlauf mit grosser Schärfe der Einfluss der Autosuggestion hervor.

3) Centralbl. f. Nervenheilkunde. März 1892.

Natur, wobei der Autor sich auf die Fälle von Klinka mit eben-solchen Sprachstörungen bei unzweifelhaft hypochondrischen Zuständen beruft.

Zuletzt acceptirt er die Ansicht von Möbius, dass die Akinesia algera zur Paranoia im weiteren Sinne des Wortes hinzuzuzählen sei, und hält gleich Möbius die Muskelschmerzen für Schmerzhallucinationen. In seinem Falle stelle die Akinesia algera eine Episode in dem Verlaufe von Paranoia hypochondriaca dar und könne direct als hypochondrischer Anfall aufgefasst werden. Dem widerspreche der Umstand, dass im Verlaufe der Krankheit auch hysterische Erscheinungen aufgetreten seien, durchaus nicht. Jedenfalls gebe das hypochondrische Element in seinem Fall dem ganzen Krankheitsbilde das allgemeine Colorit.

Ich halte es für nothwendig, hier zu bemerken, dass die in Rede stehende Störung mir schon lange bekannt war. Schon als Arzt an der Klinik für Geisteskrankheiten in St. Petersburg erhielt ich 1879 oder 1880 einen mit einer später als Akinesia algera beschriebenen Störung behafteten Patienten zur Beobachtung.

Derselbe war Eingeborener der baltischen Provinzen, von ziemlich guter Constitution, Soldat. An Akinesia algera erkrankt, wurde er zur Prüfung in die Klinik für Geisteskrankheiten gebracht, nachdem er wiederholt in den Militärhospitalern und Lazarethen gewesen war. Obgleich ohne jeglichen Vorbericht aufgenommen, konnte man schon aus dem Umstande, dass er in die Klinik zur Beobachtung geschickt wurde, schliessen, dass er in anderen Hospitalern und Lazarethen, in welchen der Kranke nach seiner Angabe schon im Laufe einiger Jahre herumirrte, von jeder krankhaften Störung frei, d. h. für einen Simulanten gehalten worden war, oder wenigstens, dass die krankhafte Störung für undeutlich und zweifelhaft angesehen wurde. Leider sprach der Kranke derart mangelhaft russisch, dass von ihm keine genauen anamnestischen Daten erhoben werden konnten.

Die von mir in der Klinik ausgeführte Untersuchung ergab Folgendes: der Kranke geht mit grösster Anstrengung auf zwei Krücken. Sein Gang ist dabei äusserst schwerfällig, langsam; jeden Schritt vollführt er vorsichtig mit ungewöhnlicher Anstrengung. Ausgefragt, erklärt er, dass er wegen Schmerzen, welche er dabei in den Füßen und im Körper empfindet, nicht gehen könne. Ohne Krücken zu gehen, weigert er sich gänzlich. Er liegt vorzugsweise, weil das Sitzen ihm schon bedeutende Beschwerden verursacht. In ruhiger Lage blieben die Schmerzen, falls sie vorhanden waren, verhältnissmässig schwach, aber sobald er die Glieder zu bewegen anfängt, tritt bei ihm sogleich Schmerz in den Muskeln auf. Schon ein leiser Fingerdruck auf die letzteren ruft ein starkes schmerzhaftes Gefühl hervor und das bei allen Muskeln des Körpers; dasselbe findet man bei der Hammerpercussion der Muskeln. In gleicher Weise ist die leiseste Percussion der Knochen des Skeletts, z. B. der Tibia, der Patella, der Vorarmknochen, der Schulterknochen u. s. w., von äusserst

schmerzhaften Empfindungen begleitet. Dass diese Empfindungen nicht eingebildet oder vom Patienten simulirt wurden, bewies der Umstand, dass bei ihm dabei das Gesicht einen schmerzhaften Ausdruck bekam, die Beschleunigung des Pulses und der Athmung sich einstellte und gleichzeitig die Pupillen ganz deutlich die Reaction auf Schmerz zeigten. Die durch das Dynamometer untersuchte physische Muskelkraft erwies sich als geschwächt, möglicher Weise infolge der dabei in den Muskeln sich einstellenden Schmerzempfindungen.

Die Untersuchung der Hautempfindlichkeit wies bedeutende Abstumpfung aller überhaupt Arten der Empfindlichkeiten nach. Dabei zeigte sich an der ganzen Körperoberfläche fast vollständige Analgesie. Es ist zu bemerken, dass einige Hautpartien des Patienten mit Narben durchsetzt waren; nach seiner Aussage wären dieselben das Resultat der Prüfungen seiner Schmerzempfindlichkeit in den Militärhospitalern. Das Muskelgefühl war ebenfalls tief lädirt. Von anderen Störungen zeigte sich merkliche Erhöhung der Kniesehnenreflexe, dabei erschien bei jedem Hammerschlage auf die Patellarsehne eine zuckende Fussbewegung. Der Puls war meist etwas beschleunigt, wenigstens während der Untersuchung; die Temperatur blieb aber stets normal. In den inneren Organen war nichts Pathologisches nachzuweisen. Hinsichtlich der Psyche war beim Patienten keine schroffe Abweichung, ausser, wie es der Umgebung schien, der Uebertreibung seiner schmerzhaften Störungen zu bemerken.

Mit Rücksicht auf die bei der Untersuchung gefundenen Erscheinungen hielt ich sein Leiden für eine ganz eigenartige krankhafte Form. Meine Diagnose drang in der Klinik aber nicht durch, und der Kranke wurde, soweit es mir bekannt ist, nach der Meinung eines meiner Collegen für einen wirklichen Hypochonder angesehen.

Infolge dessen wurden ihm methodische Uebungen in der motorischen Sphäre verordnet, die Krücken ihm genommen und er zum Gehen angehalten. Anfangs schien es, als ob der Kranke unter dem Einfluss dieser Vorschriften wirklich besser zu gehen anfang, wenigstens konnte er unter Aufbietung aller seiner Kräfte mit grosser Mühe eine Strecke zurücklegen, z. B. ging er mit grosser Anstrengung und unter Stöhnen durch den klinischen Corridor auf den Hof der Klinik bis zur nächsten Bank und hierauf nach anhaltender Ruhe wieder zurück. Diese scheinbare Besserung dauerte jedoch nicht lange. Nach einiger Zeit weigerte sich der Patient vollständig, zu gehen, lag die ganze Zeit auf dem Bette und wurde scheinbar so schwach, dass vom Gehen nicht mehr die Rede sein konnte. Bei dem Kranken waren die früheren Erscheinungen hinsichtlich der Empfindlichkeit des Körpers und der Schmerzhaftigkeit der Muskeln und des Knochen skeletts vorhanden. Ausserdem zeigten sich noch bei ihm krampfartige, clonische Zuckungen der Extremitätenmuskeln, welche besonders in den unteren Extremitäten ausgesprochen waren und hier zuweilen, besonders bei der Untersuchung, den Grad eines allgemeinen Krampfzitterns erreichten. Die Sehnenreflexe waren wie vordem stark erhöht, und der Patient zeigte das Fussphänomen an beiden Extremitäten. Bei der Untersuchung der Kniereflexe trat nicht selten das soeben erwähnte Krampfzittern der unteren Extremitäten auf. Ausserdem zeigte sich bei dem Patienten starke Beschleunigung des Pulses, welcher dabei ziemlich schwach war,

und der Athmung. Mit der Zeit nahmen diese Erscheinungen noch zu, so dass der Kranke nicht einmal im Stande war, sich vom Lager zu erheben. Hernach gesellten sich hierzu eigenthümliche Erscheinungen in der Sprache, welche an ein Kinderlallen erinnerte. Darauf fing der Kranke an, auf die an ihn gerichteten Fragen mit verschiedenen, unverständlichen und bedeutungslosen, zuweilen einem sinnlosen Murmeln ähnelnden Tönen zu antworten, oder aber man vernahm statt einer Antwort nur eigenthümliches Schmatzen mit den Lippen. So dauerte es einige Zeit, bis der Kranke, während ich zeitweilig abwesend war, starb. Eine Obduction war, wie ich in der Folge erfuhr, wohl erfolgt, es wurden jedoch dabei, soviel mir bekannt, makroskopisch im Gehirn keine wesentlichen Veränderungen angetroffen. Welche Veränderungen die mikroskopische Untersuchung ergab, und ob eine solche in diesem Fall überhaupt vorgenommen worden ist, ist mir unbekannt geblieben.

Es verdient kaum Erwähnung, dass die Gesammtheit der beschriebenen Symptome ganz zu dem in der letzten Zeit von Möbius und besonders von König beschriebenen Bilde passt. Diese Krankheitsform war jedoch damals, als ich den Kranken beobachtete, noch nicht beschrieben worden. Trotzdem erkannte ich schon an dem Krankheitsbilde gleich ganz eigenthümliche Besonderheiten, welche mir nicht gestatteten, den Zustand des Kranken mit einer zu der Zeit bekannten Krankheitsform zu identificiren. Leider ist die Veröffentlichung dieses Falles versäumt worden.

Später, nämlich 1886, traf ich in Kasan einen zweiten Fall, welcher nach der Gesammtheit der Symptome zu demselben Krankheitsbilde passte und welcher nun schon in der Literatur beschrieben war. Es handelte sich um einen Patienten, welcher die Aerzte des localen Militärhospitals, wohin er ursprünglich gebracht worden war, und hernach die des Bezirks-Irrenhauses, wohin er auf meinen Rath behufs Untersuchung und Beobachtung zeitweilig kam, verblüffte. Ueber diesen Fall hat der Arzt am Militärhospital W. Woronin zu seiner Zeit unter dem Titel „Simulation oder Krankheit?“ eine Mittheilung in einer Sitzung der Kasan'schen militärisch-sanitären Gesellschaft am 24. September 1887 gemacht.

Da in der von dem Autor entworfenen Beschreibung dieses Falles die Resultate der von mir und meinem Assistenten W. Wassiljew vorgenommenen Untersuchung und Beobachtung nicht enthalten sind, und da ich als Consultant Gelegenheit gehabt habe, den Patienten wiederholt im Militärhospital zu sehen, so will ich hier die von Dr. Woronin in der oben erwähnten Mittheilung in allgemeinen Zügen gehaltene Beschreibung dieses interessanten Falles auf Grund der von mir aufbewahrten Krankengeschichte und anderer Nachrichten über den Kranken ergänzen.

Es handelt sich um einen 21jährigen, aus dem Lomschin'schen Gouvernement gebürtigen Recruten des Reval'schen Regiments S., welcher in das Kasan'sche Militärhospital mit der Diagnose „Bronchitis“ aufgenommen worden war. Welche Erscheinungen bei der Aufnahme in das Militärhospital beobachtet worden sind, ist mir unbekannt geblieben. Als ich aber im März desselben Jahres dieses Falles wegen in das Hospital zur Consultation gebeten wurde, fand ich den gutgenährten Kranken auf dem Bette liegend und fast beständig vor Schmerz in den verschiedenen Körpertheilen, hauptsächlich in den Muskeln und Knochen, dumpf stöhnend. Gleichzeitig war bei ihm starke Dyspnoe und Pulsbeschleunigung, bei normaler Temperatur und Abwesenheit der Erscheinungen seitens der Lungen, welche die übermässige und fast beständige Dyspnoe hätten erklären können, vorhanden. Die Kniereflexe waren erhöht, und ihre Untersuchung war überhaupt schmerzhaft. Die leiseste Percussion der Knochen und der Muskeln verursachte dem Patienten schon äussersten Schmerz, während er gegen Stiche und überhaupt schmerzhaftes Hautreize ganz unempfindlich blieb. Zugleich war ihm jede Bewegung wegen der in den Muskeln sich einstellenden Schmerzen empfindlich, weshalb er das Lager nicht verliess und nur mit Mühe unter Aechzen und Stöhnen mit fremder Unterstützung sich auf dasselbe setzen konnte.

In Anbetracht dieser bei flüchtiger Untersuchung erhaltenen Daten vermuthete ich sogleich eine eigenthümliche nervöse Störung mit hypochondrischer Färbung, wie ich schon eine in St. Petersburg im oben angegebenen Falle beobachtet hatte, was ich auch den Aerzten des Hospitals mittheilte und ihnen vorschlug, den Kranken behufs eingehender Untersuchung und Beobachtung in das Kasan'sche Bezirks-Irrenhaus überführen zu lassen, wie es auch geschah.

Die Beobachtungsergebnisse dieses Falles in der klinischen Abtheilung des Irrenhauses seien hier nach der von dem früheren Assistenten meiner Klinik, W. Wassiljew, verfassten Krankengeschichte mitgetheilt:

S., geboren 1862, polnischer Abkunft, aus dem Bauernstande, 1886 in den Dienst berufen. Seine Eltern hätten an Asthma gelitten und seien wahrscheinlich auch daran gestorben. Dem Alkoholgenuss wären sie nicht ergeben gewesen. Im 13. Lebensjahre sei er aus einer Höhe auf die Brust gestürzt und habe seitdem Asthma. Bis dahin sei er ganz gesund gewesen. Vom ersten Dienstage an befand er sich im Kasan'schen Militärhospital und verblieb dort vom Januar bis zum 13. März 1886.

Aus den Hospitalnotizen geht hervor, dass S. die ganze Zeit über heftigen Kopfschmerz und Asthma klagte, frequent und oberflächlich athmete, sich sehr schwach fühlte, weder gehen noch sich vom Lager erheben konnte und ausserdem stark hustete. Die Körpertemperatur hielt sich die ganze Zeit über in normalen Grenzen, schwankte zwischen 37 und 38°, und nur einmal, den 6. Februar, war ein Fieberanfall mit einer Temperatur von 40,2° bemerkt worden. Am ersten Tage hat die objective Untersuchung der Brustorgane ausser Bronchialathmung nichts Wesentliches er-

geben, aber auch dieses krankhafte Symptom verschwand bald wieder. Nur den 6. Februar, an dem Tage, an welchem der Fieberanfall beobachtet wurde, waren in der Lunge pfeifende Rasselgeräusche zu hören. Die übrigen mit S. in demselben Zimmer befindlichen Patienten theilten den Aerzten mit, dass er nur während der Visitationszeit stark huste und nur dann frequent und oberflächlich athme, wenn er beobachtet wird. Dasselbe behaupteten zwei Feldschererschüler. Einer von den Aerzten beobachtete S., während er schlief, und bemerkte, dass er schlafend ganz ruhig, wie ein Gesunder, athmete; die Inspirationen waren tief und regelmässig; erwacht, fing er wieder an oberflächlich zu athmen.

Als S. den 13. März 1886 in das Bezirks-Irrenhaus gebracht worden war, ergab die dort vorgenommene Untersuchung Folgendes: Der Patient ist von mittlerer Grösse und genügend gut gebaut. Seine Haut ist blass, welk, hat an den Extremitäten ein bläuliches Colorit. Die sichtbaren Schleimhäute sind ebenfalls blass, cyanotisch. Das Unterhautfettgewebe ist genügend vorhanden und der Umfang der Muskeln normal stark. Ueber den unteren, linken Lungenlappen und unterhalb des rechten Schlüsselbeins wird eine bedeutende Dämpfung wahrgenommen. Die Auscultation dieser Stellen giebt Bronchialathmen und grobblasiges Rasseln. Der Auswurf beim Husten ist rostfarben. Die Körpertemperatur beträgt 37,8°, die Zahl der Athemzüge 80, die des Pulses 120. Der Bauch ist aufgetrieben, die Zunge etwas weisslich belegt. Die Hautreflexe sind überall bis auf ein Minimum herabgesetzt, die Sehnen-, Knochen- und Muskelreflexe dagegen so erhöht, dass sie einen ausgebreiteten Clonus geben. Die Empfindlichkeit gegen Druck ist überall erhöht, so dass die leiseste Berührung mit der Hand schon Schmerz verursacht. Die Pupillen reagieren gut auf Schmerz und Accommodation. Die Farben werden regelrecht erkannt. Die Augenlider sind gesenkt, und der Kranke kann dieselben gar nicht emporheben; ihre gewaltsame Erhebung aber verursacht Schmerz. Die Tast- und Temperaturempfindung überall mangelhaft; bei Stichen fühlt der Kranke keinen Schmerz, aber ein leichter Druck auf die Muskeln und Knochen genügt, um ihn über Schmerzen klagen zu machen. Der Kranke stöhnt laut, ächzt, spricht fast gar nicht, so dass sein Sprechen sich nur auf einsilbige Antworten beschränkt. Sein Gesichtsausdruck ist leidend. Er kann nur mit grosser Anstrengung, den Körper nach vorn beugend, sich auf den Füßen erhalten. Obwohl er eine kleine Strecke zurücklegen kann, so ist das ihm doch äusserst schmerzhaft, erfordert grosse Anstrengung, und er fällt bald hin. Der Kranke vermeidet es sogar, sich auf dem Lager umzudrehen, weil jede Bewegung ihm Schmerzen verursacht. Der Appetit ist schlecht. Er schläft in der Nacht ziemlich gut, stöhnt nicht; die Athemzüge sind ziemlich tief und betragen 28 in der Minute.

Gegen Ende März verschwand die Dämpfung über den Lungen, das Rasseln blieb, das Sputum wird in geringer Menge abgesondert und ist hell, nicht rostbraun; die Temperatur normal, der Puls 110, die Zahl der Athemzüge in der Nacht 28, am Tage bis 80. Nach Verlauf einiger Zeit machte der Kranke Versuche zu sprechen, wobei er sich etwas vom Lager erhob. Er spricht mit grosser Anstrengung, abgebrochen, nach jeder Silbe tief seufzend. Ausgefragt, theilte er mit, dass er vor einem Jahre zu Hause an einer ebensolchen, aber nicht so stark ausgesprochenen Krank-

heit gelitten habe. Den Anfang seiner Erkrankung führt er auf die Brustcontusion zurück (ein Fall aus einer gewissen Höhe vor 10 Jahren). Zuletzt sei die Krankheit vor drei Monaten, während der Eisenbahnfahrt aufgetreten. Er klagt über heftige Schmerzen im ganzen Körper.

Von April an fühlte sich der Patient schlechter; die Cyanose nahm zu; die Haut wurde ganz welk und gleichsam ödematös, obgleich wirkliches Oedem nicht vorhanden war. Am 10. April trat eine Röthung am Trochanter sin. auf, so dass der Patient nur auf der rechten Seite liegen konnte. Gegen Ende des Monats verschwand übrigens die Röthe. Die Dämpfung und das Rasseln in der Lunge wurde nicht mehr vorgefunden. Die Temperatur normal; der Puls schwankte zwischen 106 und 118, die Athmung erreicht 86 in der Minute.

In den ersten Tagen des Mai wurde der Zustand des Patienten noch schlimmer. Die Schlaffheit der allgemeinen Decke wurde stärker, so dass sie geschwellt und blass erscheint. Der Kranke stöhnt laut, kann nicht aufstehen. Bestimmte Schmerzpunkte waren weder nun, noch früher zu finden. Die Augenlider sind etwas gesenkt und können nur mit der grössten Anstrengung gehoben werden.

Den 17. Mai tritt in der Regio lumbalis sinistra an einer anderen Stelle wieder Röthung von der Grösse eines silbernen Zehnkopekenstückes auf und geht schnell in Gangrän über. Hieraus bildete sich ein Geschwür, welches erst von der Mitte Juli an zu verheilen anfing. Die Cyanose wurde noch stärker, das Athmen beschwerlich; die Zahl der Athemzüge betrug 80 in der Minute. Der Patient klagt stark über Schmerzen und Athembeschwerden. Sein Appetit ist schlecht. Stuhlgang erfolgt nur nach Klystiren. Die Temperatur ist normal.

S. verblieb im Irrenhaus bis zum 22. November 1886, worauf er wieder in das Hospital übergeführt wurde. Während dieser ganzen Zeit war keine wesentliche Veränderung mit ihm vor sich gegangen. Er stöhnte wie vordem und konnte sich wegen intensiver Schmerzen in dem bewegten Körpertheil nicht rühren; die Athemzüge waren frequent, oberflächlich; die Temperatur normal. In der Lunge erschien bald Dämpfung und Rasselgeräusche, bald verschwanden aber diese Zeichen wieder. Der Appetit war während dieser ganzen Zeit schwach; der Stuhlgang nur nach Klystiren. Zeitweilig trat schnell vorübergehende Schwellung der Kniee auf.

Wie zu erwarten stand, konnten die Aerzte des Bezirks-Irrenhauses sich nicht über die Diagnose dieses Falles einigen, da ja doch eine ganz besondere, zu der Zeit noch nicht bekannte Erkrankung vorlag.

Wie erwähnt, wurde der Kranke den 22. November 1885 aufs Neue in das Hospital gebracht. Zu dieser Zeit war sein Zustand nach den Beobachtungen von Dr. Woronin folgender: Patient mittelgross, von gutem Körperbau, in gutem Ernährungszustande, mit gut entwickeltem Unterhautfettgewebe. Die Haut blass, zum Schwitzen geneigt. Die sichtbaren Schleimbhäute cyanotisch, ebenso die Enden der Finger und Zehen. Der Kranke athmet schwer, stöhnt ohne Unterlass; seine Nasenflügel werden beim Athmen gehoben. Um den Mund sind die Muskeln gleichsam krampfhaft zusammengezogen; die Halsmuskeln betheiligen sich stark am Athmen. Die Zahl der Athemzüge beträgt beim Liegen 28 und mehr, die des Pulses 108. Der Kranke liegt beständig. Er macht den allgemeinen

Eindruck, als ob er sich von irgend etwas ihn Bedrückendes befreien möchte. Seine Körpertemperatur ist normal. Die Percussion der Lungen giebt tympanitischen Ton, die untere Grenze der rechten Lunge ist in der Mammillarlinie bis zum Rand der falschen Rippen herabgerückt. Die Herzdämpfung ist von der linken erweiterten Lunge bedeckt. Die Herztöne sind nicht wahrnehmbar; in der Brust wird überall ein feuchtes, feines Rasseln und Pfeifen vernommen. Der Kranke sitzt mit Mühe, wobei starke Dyspnoe und Zittern in den unteren Extremitäten auftritt. Er befindet sich in einer gedrückten Stimmung. Er schläft unruhig, stöhnt dabei aber nicht. Zuweilen treten Anfälle der stärksten Dyspnoe mit dem Ausdruck von Todesangst in den Zügen und Klagen über stechenden Schmerz in der Brust, aber ohne Veränderung der objectiven Erscheinungen auf.

So lange der Autor den Patienten zur Beobachtung hatte, blieb das Krankheitsbild in der Hauptsache dasselbe; Schwankungen in der Pulszahl wurden von 80 bis 116, in der Athmung von 24 bis 56 bemerkt; die Körpertemperatur erhob sich nur hin und wieder bis auf 38,8°, meist schwankte sie aber in normalen Grenzen. Dem anfänglich katarrhalischen Sputum war später Blut beigemischt. Zum letzten Male untersuchte der Autor den Kranken den 23. Juni 1887: derselbe war abgemagert und bewegte sich ohne fremde Beihülfe gar nicht mehr. Die Halslymphdrüsen waren etwas geschwellt. Die Auscultation der Hals- und Schenkelgefäße gab kein Resultat; eine Arteriosklerose war nicht zu constatiren. Die Patellarreflexe sind vorhanden. S. behauptet weder Wärme noch Kälte, noch den Hammerschlag zu fühlen. Seine Muskeln reagiren aber auf den Schlag durch Bündelcontraction; im Uebrigen keine Veränderung.

Nach der Meinung von Dr. Woronin riefen einige Umstände Zweifel an den Aussagen des Patienten wach, so z. B. die Angabe des Patienten über 8 Mitglieder einer Familie, welche von irgend einer Krankheit dahingerafft seien; die Stäbchen, welche einst unter der Matratze des Kranken gefunden wurden, das Einstellen des Stöhnens während des Schlafes und wenn der Kranke keinen Beobachter erblickte, das Verschwinden der verstärkten Athmung nach Biergenuss u. s. w. Alles das wäre aber nicht im Stande, die Grundkrankheit auszuschliessen.

Da ich als Consultant in derselben Zeit den Kranken wiederholt im Hospital beobachten konnte, so bin ich im Stande, zu dem soeben Angeführten noch Folgendes hinzuzufügen:

Es frappirte stets, dass trotz des Vorhandenseins der Hautanästhesie ein Druck und die Hammerpercussion der Knochen und Muskeln intensiv schmerzhaft Empfindungen hervorrief, und dass das Zusammenpressen der Muskeln stets äusserst schmerzhaft war, wobei die Pupillen die Reaction auf Schmerz zeigten. Ausserdem war jede Locomotion für den Kranken im höchsten Grade schmerzhaft, weshalb er meist unbeweglich im Bette lag. Die Kniereflexe waren stets stark erhöht, und auch das Fussphänomen wurde erhalten; die Hautreflexe waren dagegen stark herabgesetzt oder fehlten ganz.

Den 14. September 1887 wurde der Kranke aus dem Hospital entlassen, um in die Heimath geschickt zu werden.

Auch die Aerzte des Militärhospitals kamen über den Zustand des

Kranken zu verschiedenen Schlüssen. Der Autor der Mittheilung, Dr. Woronin, hat wohl einige Voraussetzungen gemacht, sich aber nicht endgültig für den Zustand des Patienten ausgesprochen.

In der Sitzung der sanitären Gesellschaft, wo die Beurtheilung des Falles vor sich ging, wurde unter Anderen von Dr. Tschepotjew die Meinung ausgesprochen, dass Vieles von den bei S. beobachteten krankhaften Erscheinungen durch eine Lähmung einiger Vagusfasern genügend erklärt würde, nämlich: die inspiratorische Dyspnoe durch Lähmung der Stimmbänder wegen Affection der Rami recurrentes n. vagi; weiter erscheint das Blutspeien als Resultat der Blutüberfüllung der Lungen infolge der Abnahme des intrapulmonalen Luftdruckes; weiter hingen die Kopfschmerzen wahrscheinlich ebenso von einer Störung der Blutcirculation im Hirn, von einer Veränderung des Gasgehaltes des Blutes ab; die Verstopfung und die unregelmässige, beschleunigte Herzaction werde durch die Affection der diese Organe (d. h. den Darm und das Herz) innervirenden Vagusfasern erklärt. Während des Schlafes nimmt die Dyspnoe bei dem Kranken bedeutend ab, nichtsdestoweniger bleibt die Athmung beschleunigt und tief. Die Existenz der Vaguslähmung wäre durch die laryngoskopische Untersuchung von Prof. Boldyrew, welcher eine Lähmung der MM. crico-arytaenoidei postici constatirte¹⁾, bestätigt.

Leider war es mir nicht möglich, der Sitzung der Gesellschaft beizuwohnen, folglich auch meine volle Meinung abzugeben. Im Auszuge hat der Secretär der Gesellschaft in derselben Sitzung meine Ansicht über den Kranken, S., mitgetheilt, soweit er nämlich dieselbe vor der Sitzung bei einer Unterhaltung mit mir im Allgemeinen kennen gelernt hatte.

In diesem Falle habe ich mich positiv gegen die vorausgesetzte Simulation ausgesprochen und erklärt, dass dieser Fall meiner Meinung nach eine eigenthümliche Störung repräsentirt, welche am ehesten als eine schwere Form des hypochondrischen Zustandes angesehen werden könnte. Ich habe schon damals aufs Neue darauf hingewiesen, dass die im gegebenen Falle vorhandene Anästhesie der allgemeinen Decke bei äusserster Schmerzhaftigkeit der tiefer liegenden Gewebe (der Muskeln und des Periosts) und die Schmerzhaftigkeit der Muskeln bei der Bewegung von mir auch in einem anderen,

1) Hierzu muss ich bemerken, dass trotz des Hinweises in der oben angeführten Mittheilung auf laryngoskopische Untersuchung und Constatirung einer Lähmung der MM. crico-arytaenoidei postici Prof. Boldyrew, den ich in dieser Angelegenheit persönlich sprach, mir erklärte, dass ihm dieser Fall ganz gut innerlich sei, er aber zugleich sich erinnere, in diesem Fall auf ungewöhnliche Widerstände bei der Untersuchung des Kehlkopfs gestossen zu sein, und er nicht sicher ist, ob er sein Urtheil nur auf Grund klinischer Erscheinungen (inspiratorische Dyspnoe) abgegeben, oder ob er sich wirklich durch laryngoskopische Untersuchung von der Existenz der Lähmung der besagten Muskeln überzeugt habe.

ähnlichen Falle in der St. Petersburger psychiatrischen Klinik beobachtet worden ist.¹⁾

Ziehen wir alle oben angegebenen Erscheinungen in Betracht, so können wir wohl nicht daran zweifeln, dass hier alle wichtigeren Erscheinungen der Akinesia algera vorlagen. Die ungewöhnliche inspiratorische Dyspnoe und die Beschleunigung der Herzaction, welche bei dem Patienten zur Beobachtung gelangte, könnte wirklich in der Parese oder Lähmung der Vaguszweige ihre Erklärung finden.

In Bezug auf den letzten Fall muss ich noch bemerken, dass auch hier, wie in dem ersten meiner Fälle, ein Trauma als Anstoss zur Entwicklung der Krankheit diente, man also glauben könnte, dass die Akinesia algera hier die traumatische Neurose complicirte. Meiner Ansicht zufolge entbehrt diese Voraussetzung nicht so ganz jeder Grundlage, obwohl in diesem, wie in dem ersten meiner Fälle klassische Erscheinungen der traumatischen Neurosen nicht vorhanden waren. Deshalb bleibt noch eine andere Voraussetzung möglich, nämlich, dass die Akinesia algera den Anstoss zu ihrer Entwicklung hier von dem mit Schreck verbundenen Trauma, was doch eine Gemüthserregung des Patienten zur Folge haben musste, erhielt. Wie wir gesehen, wird letztere gewöhnlich in den bis zur Gegenwart veröffentlichten Fällen als unmittelbares ursächliches Moment der Akinesia algera beschuldigt.

Auf Grund aller oben auseinandergesetzten Beobachtungen und ebenso auf Grund der Literaturangaben kann man schliessen, dass der von Möbius als Akinesia algera benannte Zustand einen ganz eigenthümlichen Symptomencomplex darstellt, welcher bei irgend welcher anderen Nervenkrankheit nicht zur Beobachtung gelangt.

Das Hauptsächlichste bei dieser krankhaften Störung ist die Hyperästhesie der Muskeln, Knochen und Gelenke gegen mechanisches Pressen, tiefe Stiche und sogar gegen Dehnung bei passiven Bewegungen. Da damit gleichzeitig Schmerz bei den Contractionen der Muskeln während activer Bewegungen verbunden ist, so vermeiden die Kranken nach Kräften und Möglichkeit jede willkürliche Bewegung und erinnern deshalb an Gelähmte, trotzdem ihre Unbeweglichkeit nur durch Schmerzhaftigkeit ihres Muskelsystems und des Knochenskeletts bedingt ist.

In den stärker ausgesprochenen Graden der Krankheit treten auch spontane Muskelschmerzen auf. Die Krankheit wird nicht selten von verschiedenen Sensibilitätsstörungen (von Anästhesie der Haut

1) Diese Meinung ist in den Protokollen der erwähnten Gesellschaft, wenn auch nicht mit genügender Vollständigkeit, verzeichnet worden.

und des Muskelgefühls, localen Hyperästhesien u. s. w.), von mehr oder weniger starker Veränderung der Herzaction und der Athmung (Beschleunigung) begleitet, und zugleich zeigt die Untersuchung der Reflexe gewöhnlich diese oder jene Veränderungen, wie z. B. Schwächung oder Abwesenheit der Hautreflexe im Falle von Hautanästhesie und die nicht selten zur Beobachtung gelangende Erhöhung der Sehnenreflexe, besonders der Kniereflexe, was möglicher Weise in einer gewissen Wechselbeziehung mit der dabei zu beobachtenden Muskelhyperästhesie steht. Ausserdem zeigen sich zuweilen im Laufe der Krankheit neuro-psychische, der Hypochondrie, Neurasthenie oder Hysterie und sogar den Psychosen verwandte Störungen.

Mit Rücksicht auf das Letztere entsteht die Frage, ob der Akinesia algera der Charakter einer selbständigen Krankheit zukommt, oder aber, ob sie nicht ganz einfach ein Symptom irgend welcher anderen Krankheit, z. B. der Hypochondrie, Hysterie, Neurasthenie, oder einer Psychose darstellt. Obgleich wir in dieser Beziehung Hinweise auf das Verhältniss einiger Fälle zur Hypochondrie und hypochondrischer Geistesstörung besitzen, so bestand in anderen Fällen aber ein solches Verhältniss nicht, und man könnte eher auf Grund dieser Fälle von einem Verhältniss der Akinesia algera zu anderen Neurosen, wie z. B. zur Hysterie, Neurasthenie und zur traumatischen Neurose reden. Endlich giebt es Fälle, in welchen die Akinesia algera im Verlaufe einer Psychose entstand (der Fall von König), und ebenso Fälle, in welchen sie in Geistesstörung überging.

Nichtsdestoweniger besitzen wir vorläufig keine genügenden Gründe, um die Akinesia algera nur als Symptom eines soeben aufgezählten Leidens anzusehen. Besonders finde ich keinen Grund, die Akinesia algera als eine Psychose in der Form von Paranoia, wenn auch nur in weiterem Sinne des Wortes aufzufassen. Es werden doch diese oder jene psychische Störungen nicht selten bei Nervenkrankheiten und besonders bei Neurosen beobachtet, was uns trotzdem aber nicht zwingt, diese Nervenkrankheiten, resp. Neurosen mit den wirklichen Psychosen zu identificiren. Die Thatsache, dass die Akinesia algera in eine Psychose übergehen kann, wie das z. B. im Möbius'schen Falle beobachtet wurde, oder eine schon vorhandene Psychose compliciren kann, genügt also nicht im Geringsten, die Akinesia algera als Psychose anzusehen, da es ja überhaupt bekannt ist, dass die Nervenkrankheiten in psychische Störungen übergehen und nicht selten letztere auch compliciren können. Viel wichtiger erscheint deshalb die Möbius'sche und König'sche Auffassung von einem der wesentlichsten Symptome der Akinesia

algera — den Muskelschmerzen — als Schmerzhallucinationen. Ohne davon zu reden, dass das vorläufig weiter nichts ist als eine eigenartige Auslegung des Symptoms, welches auch einer anderen Interpretation fähig ist, müssen wir doch bemerken, dass Vieles zu einer Analogie zwischen den oben angegebenen Erscheinungen der Akinesia algera und der Hallucination fehlt. Bekanntlich gleichen die Hallucinationen vollständig den wirklichen Gefühlen, nur dass die subjectiven Erscheinungen spontan, ohne äussere Einwirkung, entstehen. Folglich können mit Hallucinationen nur selbständige, psychisch bedingte, aber nicht die durch äussere oder irgend welche in der Nervenbahn gelegene Reize hervorgerufenen Schmerzempfindungen identificirt werden. Werden bei der Akinesia algera auch spontane Muskelschmerzen beobachtet, so sind sie doch nicht für diese Krankheit so charakteristisch, wie die Muskelhyperästhesie, infolge dessen jeder Druck, oder überhaupt jede mechanische Reizung, ebenso wie ihre Contraction während der Bewegungen Schmerzempfindungen verursacht. Folglich hätte man das Recht, in diesem Falle von Schmerzillusionen zu reden, wenn es überhaupt gelänge, bei diesem Leiden einen psychischen Grund der Schmerzempfindungen nachzuweisen. Gegen eine ausschliesslich psychische Herkunft der Schmerzempfindungen sprechen meiner Ansicht nach die Reaction der Pupillen auf Schmerz beim Pressen der Muskeln und andere reflectorische Erscheinungen bei mechanischer Reizung der Muskeln und des Periostes, ebenso die Beschleunigung der Athmung und des Pulses durch die geringste Muskelanstrengung in meinen Fällen.

Aus diesem Grunde, glaube ich, kann die Auffassung der Akinesia algera als Paranoia ganz ausgeschlossen werden. Ebenso mangelt es, wie mir scheint, an genügenden Gründen, um die Akinesia algera nur als ein Symptom einer allgemeinen Neurose anzusehen. Dass durch die Akinesia algera verschiedene Neurosen und sogar Psychosen complicirt sein können, kann wohl kaum bezweifelt werden, sie vermag aber auch, wie die Beobachtungen lehren, ganz selbständig aufzutreten. Nach unserer Meinung ist die Akinesia algera als eine Störung, welche entweder nur als Complication einer allgemeinen Neurose oder sogar einer Psychose, oder aber ganz selbständig auftreten kann, anzusehen. Hervorragende Bedeutung unter den Symptomen von Akinesia algera besitzt die Hyperästhesie und die Schmerzhaftigkeit der Muskeln, Gelenke und überhaupt des Knochenskeletts, welche die Bewegungen der Kranken beschränkt und sie nicht selten in einen unbeweglichen Zustand versetzt. Die Schmerzhaftigkeit und die Hyperästhesie des Muskel- und Knochensystems ist dabei nicht,

oder wenigstens nicht ausschliesslich, psychisch bedingt, sondern auch eine physische Hyperästhesie und ein physischer, hauptsächlich in den Muskeln selbst und in dem Knochenskelett localisirter Schmerz. Die Hyperästhesie und die Schmerzhaftigkeit der Muskeln muss bei Akinesia algera als eine wesentliche, augenscheinlich mehr oder weniger vollständig die Möglichkeit zu stehen, gehen und die einzelnen Glieder zu bewegen hemmende Erscheinung aufgefasst werden. In dieser Hinsicht kann ich nicht so ganz der Meinung von Möbius, dass bei der Akinesia algera das Wesentliche darin besteht, dass die willkürliche Thätigkeit wegen geistiger Ueberreizung schmerzhaft werde, beistimmen. Wäre das thatsächlich der Fall, so müssten augenscheinlich die passiven Bewegungen der Glieder bei der Akinesia algera nicht schmerzhaft sein, und ebenso die Muskeln selber und noch mehr die Gelenke und Knochen bei mechanischen Reizungen keine Schmerzhaftigkeit äussern. In unseren Fällen haben wir aber gesehen, dass bei derartiger Reizung sich verschiedene reflectorische Erscheinungen, u. A. auch die Schmerzreaction der Pupillen, einstellten. Ebenso ist auch in den Fällen von Longard und König die Schmerzhaftigkeit auf mechanische Reize vermerkt worden.

Wie die vorhandenen Beobachtungen lehren, gehört die Akinesia algera zu denjenigen Nervenstörungen, welche sich meist auf dem Boden schwerer hereditärer Prädisposition entwickeln. Auch frappirt uns die Neigung der Kranken zu Geistesstörungen, welche aller Wahrscheinlichkeit nach theilweise durch dieselbe hereditäre psycho- und neuropathische Prädisposition, theilweise aber durch den Charakter der Krankheit selber bedingt ist. Was die Beziehungen der Akinesia algera zur Atremie anbelangt, so bestehen zwischen ihnen, ungeachtet der scheinbaren Uebereinstimmung dieser Erkrankungen, doch wesentliche Unterschiede. Bei der Atremie, wie sie von Neftel beschrieben ist, besteht wohl Unvermögen zum Sitzen, Stehen, Gehen allgemeiner quälender Empfindungen wegen, es fehlt aber dieser Krankheit das wesentlichste Symptom der Akinesia algera — die Schmerzhaftigkeit der Muskeln und des Knochenskeletts gegen mechanische Reize und die dadurch bedingte Schmerzhaftigkeit der einzelnen Gliederbewegungen und ebenso die selbständigen bei der Akinesia algera nicht selten beobachteten Muskelschmerzen.

In Bezug auf die Aetiologie vermerken alle Autoren nach Möbius'schem Vorgang ausser der hereditären psycho-neuropathischen Prädisposition die geistige Ueberreizung als eine von den wesentlichen Anlässen zur Entwicklung der Krankheit. Möbius macht sogar das wesentliche Symptom der Akinesia algera — die Schmerz-

haftigkeit der Muskeln bei Bewegungen — direct von der geistigen Ueberreizung abhängig. Es ist jedoch nothwendig zu bemerken, dass in allen meinen Fällen es sich um wenig intelligente Personen handelte, bei welchen geistige Ueberbürdung oder Ueberreizung gar nicht existiren konnte. In Anbetracht dessen und ohne die Bedeutung des soeben angegebenen ätiologischen Momentes bei der Entstehung der Akinesia algera in Abrede zu stellen, erscheint es mir, dass ihm dennoch nicht die von den Autoren beigelegte ausschliessliche Bedeutung zukommt. Nicht ausser Acht zu lassen ist die starke Contusion, welche zwei von meinen Patienten einige Zeit vor der Entwicklung der Krankheit erlitten hatten; dieselbe könnte bei der Entstehung des Leidens eine nicht geringe Bedeutung haben.

Die pathologisch-anatomische Natur der Akinesia algera ist zweifellos noch in ein tiefes Dunkel gehüllt. Es liegt zwar ein Fall von Möbius mit Obduction, welche bedeutende Trübung, Verdickung und Oedem der weichen Hirnhäute, bei ungewöhnlicher Trockenheit und Blutleere des Gehirns selber ergab, vor, aber leider war hier Akinesia algera mit Paranoia complicirt, daher nicht zu entscheiden, was aus dem Obductionsbefund der Akinesia algera, was der Psychose angehört. Somit fehlen uns Sectionsergebnisse von reinen, nicht complicirten Fällen von Akinesia algera. Klinisch finden wir in dem Krankheitsbilde nicht wenige den Neurosen eigenthümliche Merkmale, doch wird es wohl richtiger sein, zur Zeit die Frage über die echte Natur der Krankheit im Voraus nicht endgültig zu bestimmen.

Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass Vieles bei dieser Krankheit für eine Neurose spricht, so u. A. die verhältnissmässig schnelle Entwicklung, die zuweilen unter dem Einfluss eines irgend welchen psychischen Momentes eintretende, bedeutende Besserung und einige auch anderen Neurosen eigenthümlichen Symptome, z. B. die in einigen Fällen von Akinesia algera vorhandene Hautanästhesie und Functionsabnahme der Sinnesorgane.

Gegen die Voraussetzung einer Neurose könnte die bei dieser Krankheit oft beobachtete Erhöhung der Kniesehenreflexe, das Fussphänomen und besonders die nicht selten vermerkte Ungleichmässigkeit dieser Reflexe angeführt werden, falls es sich nicht um eine Krankheit handelte, welche sich durch Muskelhyperästhesie und überhaupt durch einen schmerzhaften Zustand des Muskelsystems äussert, weshalb natürlich auch die Bedingungen für die Reflexbewegungen sich ändern. In Anbetracht dieser Daten können wir uns vorläufig bis zur Veröffentlichung der Resultate einer sorgfältigen, postmortalen Untersuchung des Muskel- und Nervensystems nicht complicirter Fälle

von Akinesia algera mit der Voraussetzung, dass bei der Akinesia algera es sich um eine Neurose handelt, begnügen.

In Bezug auf die Vorhersage bei dieser Krankheit ist das Urtheil auf Grund des zur Zeit vorhandenen Materials natürlich mit grosser Vorsicht abzugeben. Jedenfalls ist es zweifellos, dass die einmal entwickelte Krankheit Jahre hindurch dauern und sogar mit dem Tode enden, oder in eine unheilbare psychische Störung übergehen kann, obgleich auch daran nicht zu zweifeln ist, dass das Leiden von selber, ohne jegliche Behandlung, verschwinden kann.

Was die Behandlung anbetrifft, so können wir dieselbe natürlich so lange nicht bestimmt bei dieser Krankheit angeben, bis uns der Grund der Erkrankung, wenigstens annähernd, nicht bekannt ist. Bis dato haben wir erfahren, dass viele empirisch angewendete Mittel den Krankheitsverlauf nicht beeinflusst haben oder nur zeitweilige Beschwichtigung der Schmerzen herbeiführen konnten. In Bezug auf die Pflege der Kranken ist ihnen die von ihnen so ersehnte Ruhe bedingungslos nothwendig zu gönnen, da alle Versuche, ein anderes Regime, bei welchem eine Bewegung des Kranken obligatorisch war, einzuführen, schliesslich gescheitert sind und, was noch trostloser ist, nicht selten direct ungünstige Wirkungen äusserten.

Zur Ergänzung des Angeführten will ich hier noch Folgendes hinzufügen: Den 3. April 1893 gelang es mir ohne besondere Mühe durch Suggestion den ersten meiner Patienten einzuschläfern. Hierbei war es möglich, in den oberen Extremitäten kataleptische Erscheinungen hervorzurufen, und der Kranke erinnerte sich nach der Hypnose gar nicht dessen, was in der Hypnose vorgegangen war. Hierdurch erhalten wir einen Begriff über den Grad des hypnotischen Zustandes, welcher augenscheinlich genügend tief war. Dabei äusserte sich in der Hypnose die Schmerzhaftigkeit der Muskeln und Knochen fast in demselben Grade wie im wachen Zustande, oder aber nur um ein Geringes schwächer. Wurden die Schenkelmuskeln zusammengepresst oder die Tibia leicht percutirt, so fing der schlafende Kranke an zu stöhnen, man sah sein Gesicht einen schmerzhaften Ausdruck annehmen und eine merkliche Röthung desselben sich einstellen und die Herzaction und die Athmung frequenter werden. Auf jeden Percussionsschlag auf die Tibia erfolgte eine Inspirationsbewegung, und der tiefe Schlaf des Kranken beginnt zu vergehen. Während des hypnotischen Schlafes ausgefragt, erklärte er, dass er heftigen Schmerz fühle. Nachdem dem Kranken einige Ruhe vergönnt war, betrug der Puls während der Hypnose 113 in der Minute, die Zahl der Athemzüge 21 in

der Minute. Obgleich ihm suggerirt wurde, möglichst stark zu drücken, erreichte der Zeiger des Dynamometers in jeder Hand kaum 5 Kilo.

Wie gewöhnlich nahmen die Gesichtszüge dabei einen schmerzhaften Ausdruck an. Nach einer zweiten, ein ebensolches Resultat ergebenden Untersuchung der Kraft in den Händen mittelst Dynamometers stieg die Pulszahl auf 120, die der Athemzüge auf 40 in der Minute. Uebrigens verlangsamte sich die Athmung bald wieder bis auf 23 in der Minute. Alle Suggestionen behufs Aufhebung oder Schwächung der Schmerzempfindungen in den Muskeln und Knochen blieben erfolglos, worauf der Kranke aus der Hypnose erweckt wurde. Es erwies sich, dass er nichts, selbst nachdem man ihm die ausgeführten Untersuchungen angedeutet hatte, aus der Hypnose sich erinnerte. Er erklärte nur, dass er starkes Reißen in den Füßen fühle. Der Puls betrug nach der Erweckung aus der Hypnose 108, die Zahl der Athemzüge 24 in der Minute. Die Kraft der rechten Hand wurde vom Dynamometer mit 11—12 Kilo, die der linken mit 10—11 Kilo registriert.

Die Resultate dieser Prüfung in der Hypnose bestätigen, wie ich glaube, die auf eine allseitige Untersuchung des Kranken basirte Schlussfolgerung, dass die von ihm gefühlte Schmerzhaftigkeit des Muskel- und Knochensystems nicht eingebildet ist, sondern in gewissem Maasse unzweifelhaft ein ebensolches Leiden, wie z. B. das bei der Hauthyperästhesie und Neuralgie vorhandene, darstellt. Es sei hier noch erwähnt, dass nach dem 23. März, dem Tage der Demonstration des Kranken, dessen Zustand sich noch verschlimmert hat: er kann schon nicht einmal mit fremder Beihülfe gehen, weshalb er beständig im Bette liegt und behufs Untersuchung erhoben und aus dem Krankenzimmer ins Cabinet und zurück auf Händen getragen werden muss. Mit Mühe kann er sitzen und vermag nur kurze Zeit zu stehen, indem er sich dabei an irgend etwas hält. Der vom Lager erhobene und auf die Füße gestellte Kranke bemüht sich, an der Stuhllehne sich haltend, aufrecht vor dem photographischen Apparate zu stehen. Es ist wohl nicht schwer, die von ihm in dieser Lage empfundenen schmerzhaften Empfindungen in den Füßen und im Rücken an seinem Gesichte abzulesen.

Zu erwähnen ist, dass von den übrigen Erscheinungen das Fussphänomen bei dem Patienten mit der Zeit ganz verschwunden und die Kniereflexe fast normal geworden sind. Die anderen Erscheinungen aber sind ohne wesentliche Veränderungen geblieben.