

XXXV.

Ueber eine eigenthümliche Anomalie der Schmerzempfindung.

Von

Professor **B. Naunyn**,
in Königsberg i./Pr.



F., Gutsbesitzer, 46 Jahre alt, stammt aus einer Familie, in welcher Nervenkrankheiten nicht vorgekommen sein sollen. Er ist Junggeselle, enthaltsam in geschlechtlicher Beziehung; auch sonst mässig. Er war angeblich bis zum Beginne seiner jetzigen Krankheit im Wesentlichen gesund. Sein Leiden begann vor etwa einem Jahre angeblich nach „Erkältung“, die er indessen nicht näher begründen kann, mit Schwächegefühl in den Beinen und dem Gefühl von „Blasenschwäche“, d. h. er war ausser Stande schnell in kräftigem Strahle seine Blase zu entleeren, es nahm vielmehr dies Geschäft stets ungewöhnlich lange Zeit in Anspruch. Nicht lange danach führte ihn ein Zustand von nicht weiter zu definirender psychischer Aufregung für einige Monate in eine Irrenanstalt. Nach seiner Entlassung aus derselben hatte allmählich die Schwäche in den Beinen zugenommen, in den letzten Monaten haben sich häufige reissende Schmerzen in den Beinen und ein ihn dauernd quälendes, höchst lästiges Gürtelgefühl in der Höhe des 11 Brustwirbel eingestellt.

Status praesens. Mittelgrosser Mann, vollkommen graue Haare. Normal gebauter Kopf. Intelligenter Gesichtsausdruck. Keinerlei psychische Anomalien — Stimmung normal. Erinnerungsvermögen gut für weit zurückliegende und neuerdings stattgehabte Ereignisse. Keine Kopfschmerzen; Schlaf gut — einzige Klage das sehr lästige Gürtelgefühl und Ungeschicklichkeit beim Gehen. Gesichtsnerven keine Anomalien; Pupillen gleichweit, reagieren normal. Zunge gerade herausgestreckt — keine fibrillären Zuckungen, keinerlei Erschwerung der Sprache.

Gang breitbeinig, etwas schleudernd; beim plötzlichen Stehenbleiben, Umdrehen etc. grosse Unsicherheit und starkes Schwanken. Auf einer Stehleiter kann er nur mit äusserster Anstrengung 2 Stufen erklimmen. Dabei Muskelkraft an den Beinen scheinbar intact; richtige Vorstellung von der Lage und Stellung derselben. Reflexbewegungen treten in normaler Stärke und anscheinend nicht verspätet auf.

Die Bewegungen der Hände und Finger in jeder Beziehung normal, auch bei geschlossenen Augen nichts von Maasslosigkeit an den Bewegungen derselben wahrzunehmen.

Das Schwanken des Körpers nimmt bei geschlossenen Augen schnell bis zum Umfallen zu.

Sensibilität an den Ober-Extremitäten im Tastsinn und Schmerzgefühl normal.

Sehr eigenthümlich verhält sich die Schmerzempfindung an den Unter-Extremitäten.

Auf den beiderseitigen Fussrücken empfindet er leichte Berührungen mit dem Nadelknopf und Stiche mit der Spitze anscheinend ohne Verlangsamung sofort als solche und unterscheidet dabei richtig Knopf und Spitze. Bei irgend stärkeren Stichen so wie Berührungen mit dem Knopfe empfindet er zunächst und zwar sofort Stich oder Berührung mit dem Knopf in normaler Stärke; nach einiger Zeit behauptet er dann eine zweite stärkere Empfindung derselben Berührung zu haben. Bei mässigem Stich, dessen Wahrnehmung er durch „ja“ markiren soll, lauten die Antworten ja; — au! Bei stärkerem Aufdrücken des Knopfes der Nadel, um seine Fähigkeit der Unterscheidung zwischen Knopf und Spitze festzustellen, lautet die Antwort nicht selten Knopf — Spitze. Die zweite Empfindung ist abnorm stark und weit stärker als die erste.

Auf genaueres Befragen giebt der Patient an, dass die beiden Empfindungen nicht scharf von einander gesondert sind, sondern: zunächst und sofort nach der Reizung empfindet er dieselbe in normaler Stärke. Dann bleibt die Empfindung einige Zeit hindurch in gleicher Intensität dauernd, um plötzlich um ein bedeutendes zu wachsen und dann schnell zu erlöschen.

Die Zeit, welche vergeht zwischen Stich und erster Empfindung und der so entstehenden ersten und zweiten Empfindung, beträgt, wenn man ihn das Auftreten der Empfindungen durch sofortiges „ja“ signalisiren lässt, mit dem Metronom gemessen:

Linker Fussrücken: zwischen Stich und erster Empfindung $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ Secunde;
zwischen erster und zweiter Empfindung $\frac{6}{3}$ — $\frac{7}{3}$ Secunde.

Rechter Fussrücken: zwischen Stich und erster Empfindung $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$ Secunde;
zwischen erster und zweiter Empfindung $\frac{5}{3}$ — $\frac{6}{3}$ Secunde.

Bei zwei schnell hintereinander ausgeführten Nadelstichen nur eine schmerzhaft nachempfundene.

Die Tastempfindung ist jedenfalls nicht vermindert, vielmehr unterscheidet F. mit aller Sicherheit die Spitzen des Tasterzirkels (in der Queraxe aufgesetzt) gesondert auf dem linken Fussrücken bei 6 Linien, auf dem rechten bei 9 Linien Distanz.

Sobald zwei Spitzen gefühlt werden treten auch, sofern der Zirkel genügend energisch aufgesetzt, zwei getrennt localisirte Nachempfindungen auf.

Bei Anwendung electricischer Reize auf die Haut des Fussrückens tritt die Nachempfindung genau in der gleichen Weise auf.

Temperatursinn nicht genauer geprüft; doch scheint Unterscheidung von Kalt und Warm normal. Sensibilität der übrigen Körperoberfläche normal.

Wirbelsäule gerade, auf Druck nirgend schmerzhaft.

Urinanhäufung in der Blase nicht nachweisbar; Urinentleerung in mässig kräftigem Strahle und mit normalem Gefühl; Urin ohne abnorme Bestandtheile; Stuhlgang normal.

Untersuchung der inneren Organe keine Anomalie. Die Untersuchung mittelst des galvanischen und unterbrochenen Stromes ergab annähernd normale Reaction der Muskeln und Nerven; an der Medulla in der Höhe des 10. Brustwirbel beide Pole bei geringen Stromstärken sehr schmerzhaft — Stelle des Gürtelgefühl.

Der Kranke wurde mit absteigenden R.-M.-Strömen 10—15 El. Meidinger behandelt. Nach jedesmaliger Sitzung gab er an, dass die Nachempfindung weniger stark sei; die Zeit ihres Eintrittes nach der ersten Empfindung bleibt dabei vollkommen die alte oben angegebene. Nach einigen Sitzungen verschwindet die Nachempfindung für einige Tage am rechten Fussrücken. Dabei bleibt dort die Schärfe des Tastsinns (Spitzen des Zirkel bei 9 Linien gesondert empfunden) nach wie vor.

Einige Tage später die Nachempfindung auch am rechten Fussrücken, wie anfangs links, ganz unverändert.

Wegen mangelnder Besserung trat nach 10 Tagen der Kranke aus der Behandlung aus. Das Verhalten der Sensibilität beim Austritt ganz wie im Status praesens angegeben.

Die bei diesem Kranken beobachtete eigenthümliche Anomalie der Hautempfindung scheint bisher noch nirgends wahrgenommen zu sein; wenigstens ist mir eine derartige Mittheilung nicht bekannt geworden.

Es lag nahe, bei derselben zunächst an eine einfache Verlangsamung der Empfindung zu denken; indessen hat die beschriebene Empfindungsanomalie hiermit Nichts zu thun. Die erste seiner beiden Empfindungen war entschieden ihrer Grösse nach die dem Reize angemessene, die zweite über Gebühr stark; auch das Ausbleiben der zweiten Empfindung bei Reizen von geringer Stärke, welche dann vollkommen ihrer Stärke angemessen wahrgenommen werden, beweist dies, und zeigt auch ausserdem, dass das beschriebene Phänomen nichts mit einfacher Hyperaesthesia zu thun hat. Von etwaigen Anomalien der Tastempfindung ist dasselbe unabhängig.

Mir scheint es nach den in dieser einen Beobachtung hier mitgetheilten Thatfachen nicht möglich, sich eine Vorstellung davon zu bilden, welcher Art die im Nervensystem statthabenden anomalen Vorgänge sind, die diesem Phänomen zu Grunde liegen und auch nur zu bestimmen, ob dieselben im peripheren Nerven, im Rückenmark oder im Gehirn statthaben.

Dass im erwähnten Falle eine Tabes dorsalis — graue Degeneration der hinteren und Seitenstränge — vorliegt, scheint mir ausser Zweifel, andererseits spricht der von dem Kranken durchgemachte Zustand psychischer Aufregung dafür, dass dauernde Anomalien seiner Hirnfunctionen vorliegen. Zur Zeit der Beobachtung freilich fehlten alle Zeichen einer anomalen Hirnthätigkeit, sonst hätte wohl die Annahme einer Dementia paralytica nahe genug gelegen.

14. Januar 1874.