

XXIII.

Beitrag zur pathologischen Anatomie hochgradiger Myosis mit Pupillenstarre.

Von

Dr. Elmiger,

II. Arzt, St. Urban (Kanton Luzern).

(Hierzu Tafel XVII.)

Krankengeschichte.

U. G., Landarbeiter, geb. 1833, Verheiratet, kinderlos.

Vater gestorben an Wassersucht, war Potator. Mutter gestorben 45 Jahre alt, soll längere Zeit an zwei Stücken gegangen sein. Ging nie in die Schule, kann weder schreiben noch lesen. War oft bleichsüchtig, körperlich sonst gesund. Zeigte keine Charakteranomalien. Im Winter 1879 auch 1880 habe er viel gefroren, von dort an begann das Gehen beschwerlich zu werden. Im Winter 1880/81 konnte er fast nicht mehr gehen. Er habe immer geglaubt, er falle vornüber. Allmählich begann er zu schwanken beim Stehen, besonders bei geschlossenen Augen und ausgespreizten Armen. Gemütlich wurde er zu dieser Zeit sehr mitgenommen, weil das Haus verbrannte und er in Konkurs geriet. Zwei Jahre vor dem Eintritt in die Anstalt hörte er Stimmen, man wolle ihm Alles nehmen, seine Frau verkaufen usw. Er wurde zorniger, erregter: er glaubte sich beeinträchtigt und von den Behörden verfolgt. In der Dunkelheit konnte er ca. zwei Jahre vor dem Eintritt gar nicht mehr gehen; das wurde aber mit der Zeit etwas besser; immerhin geht er auch jetzt noch nur unsicher bei Dunkelheit.

Am 6. 6. 1885 erfolgte der Eintritt in die Anstalt St. Urban. Er ist ein kleiner, schwächlich aussehender Mann und schwatzt ganz verwirrtes Zeug durcheinander, z. B. er sei in der Kirche beständig ausgekündet worden, dass wenn er eine Frau und einen Grund (Heimwesen) hätte, so könnte der Freimaurerbrief von der Geistlichkeit gelöst werden usw.

Der Gang ist unsicher, er macht schlenkernde Bewegungen, Hahnentritt. Amblyopie ist nicht vorhanden, auch kein Filzsohlengefühl seiner Plattfüsse. Er leidet viel an Rückenschmerzen und damit verbunden an Magenbeschwerden. Seit 50 Jahren will er auf seinem rechten Ohre nichts gehört haben. Seine Aussprache ist, wahrscheinlich von Jugend auf, eine undeutliche. Die Hand ist schweissig, klebrig anzufühlen.

Pupillen sind beiderseits gleich, jedoch enorm klein und starr. Innere Organe ohne Abnormitäten.

In der Folgezeit bringt er ein konfuses Durcheinander von Wahnideen vor. Geht zeitweise zur Arbeit. Klagt ab und zu über Kopfschmerzen. Puls klein, schwach. Häufige Gehörshalluzinationen. Leidet oft an gastrischen Störungen mit Erbrechen.

1886 und 1887. *Tabes dorsalis* bleibt gleich. Elektrisiert ohne Erfolg. Kann bei geschlossenen Augen nicht gehen, schwankt und fällt. Pupillen abnorm eng und reflektorisch starr. Musste katheterisiert werden wegen Harnverhaltung. Orchitis, am Präputium eine ulzerierte Stelle; unter Bettruhe und Behandlung geht die Orchitis zurück.

1888 und 1889. Aeusserte sexuelle Verfolgungsideen, wird von Weibern genotzüchtigt. Ganz ausgesprochen tabetisch. Pupillen maximal verengt, nicht über stecknadelkopfgross, starr. Unfähig zum Arbeiten.

1889—1900. Kann nur noch mit Hilfe von Wärtern weiterkommen infolge der hochgradigen Ataxie. Oft kreischend und lärmend infolge der unangenehmen Gehörshalluzinationen. Pupillen ad maximum verengt und starr. Keine Lähmung der Augenmuskeln. Es treten gastrische Krisen auf und Erbrechen. Kann keine Nahrung mehr vertragen. Exitus 1. 12. 1900. Bei der Sektion ergibt sich: *Macies universalis. Asymmetria cranii. Pachymeningitis externa frontalis. Leptomeningitis chronica diffusa. Anaemia cerebri. Oedema et atrophia cerebri. Hydrocephalus externus et internus. Atheroma arteriarum baseos cerebri. Degeneratio funiculi gracilis et cuneati. Ependymitis granularis ventriculi IV. Causa mortis: Tabes dorsalis.*

Epikrise. Wir haben es hier zu tun mit einer *Dementia paranoides* kompliziert mit *Tabes dorsalis*. Aller Wahrscheinlichkeit nach akquirierte er Lues; die Ehe blieb kinderlos; während des Anstaltsaufenthaltes machte er eine Orchitis durch mit einem Ulkus am Präputium. Möglicherweise haben die in der Anamnese erwähnten Erkältungen eine Rolle gespielt in der Aetiologie der *Tabes*. Die in der Krankengeschichte erwähnte hochgradige Miosis mit Starre dauerte wenigstens 15 Jahre; wahrscheinlich aber trat sie schon 2 Jahre vor dem Eintritt in die Anstalt auf, da die Unsicherheit im Gehen in der Dunkelheit jedenfalls auf die hochgradige Miosis zurückzuführen ist.

Welches aber waren nun die pathologisch-anatomischen Ursachen dieser fast zwei Jahrzehnte lange dauernden hochgradigen Miosis mit Pupillenstarre?

Pincles (Zur pathologischen Anatomie der reflektorischen Pupillenstarre) beschuldigt als Ursache in seinem Falle hyperämisch entzündliche Veränderungen im zentralen Höhlengrau, am Boden des *Aquae ductus Sylvii*, ferner Wandverdickung und starke Füllung der Gefässe, sowie kleine Blutungen an dieser Stelle.

In unserem Falle zeigte sich diese Stelle des Okulomotoriuskernes vollständig unverändert.

Wolff (Archiv für Psychiatrie Bd. 32) führt in einer Reihe von Fällen den Nachweis, dass dem Ursprung der Pupillenstarre stets eine Erkrankung der Hinterstränge des oberen Halsmarkes zu Grunde liege.

In unserem Falle liegt allerdings eine Degeneration der Hinterstränge vor. Damit könnten wir nun zwar die Pupillenstarre erklären. Wo liegt aber die Ursache dieser hochgradigen Myosis? Die mikroskopische Untersuchung des Nervus oculomotorius klärt uns hierüber auf. Auf dem Querschnitte des Nervenstammes erkennen wir schon bei einer schwachen Vergrößerung eine enorme zellige Infiltration des Endoneuriums. Bei starker Vergrößerung tritt diese hochgradige Infiltration noch deutlicher zu Tage. Daneben erblickt man auch die gut erhaltenen Querschnitte der Nervenfasern.

Die Annahme dürfte in diesem Falle sehr gerechtfertigt sein, dass die hochgradige zellige Infiltration des Endoneuriums einen fortwährenden Reiz auf die pupillenverengenden Fasern des Okulomotorius ausgeübt und dadurch die hochgradige Myosis und möglicherweise auch die Starre bewirkt haben.

Erklärung der Abbildungen (Tafel XVII).

Fig. 1. Querschnitt des N. oculomotorius bei 130 facher Vergrößerung. — *a* Zellig infiltriertes Endoneurium.

Fig. 2. Stück aus dem Querschnitt des Oculomotorius bei 450facher Vergrößerung. — *a* Zellig hochgradig infiltriertes Endoneurium. *b* Querschnitte von normalen Nervenfasern. — Weigerts Neurogliafärbung.
