

(Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn [Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Westphal].)

Über die Häufigkeit des Vorkommens des Spasmus mobilis (wechselnde, katatone Pupillenstarre) bei Schizophrenen*.

Von
Oberarzt Dr. Koester-Bonn.
(Eingegangen am 2. August 1927.)

In der Psychiatrisch-neurol. Wochenschrift erschien aus der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth eine Veröffentlichung von *Michel*¹ über die körperlichen Störungen bei Dementia praecox. Er erwähnt auch hier das von *A. Westphal*² in Form der katatonen Pupillenstarre zuerst beschriebene Symptom, sagt von ihm: „Das Westphalsche Symptom tritt flüchtig, relativ selten auf.“ Er führt eine Reihe von Arbeiten an, nach denen das Phänomen selten erscheint. Am Schluß seiner Ausführungen spricht er von der möglichen differentialdiagnostischen Bedeutung des Symptoms. Er will diese als nicht weitgehend hinstellen, da es so selten sei, führt aber weiterhin aus: „Immerhin mag das Vorhandensein der katatonen Pupillenstarre in Zweifelsfällen wertvoll sein, da sie einerseits manischen Stupor und Simulation mit Sicherheit ausschließt, während andererseits bei längerer Beobachtung die Unterscheidung von ähnlichen Störungen bei Arteriosklerose und Paralyse sich immer treffen läßt.“ Da die Zahl der veröffentlichten Nachprüfungen seit 1907 eine relativ geringe ist, so macht es den Eindruck, als ob das Phänomen auch tatsächlich selten vorkomme. Auch gerade aus den Heil- und Pflegeanstalten mit ihrem großen Material an Schizophrenen sind kaum solche erschienen. Nur *Sioli*³ hat 1910 Beobachtungen aus der Anstalt Galkhausen veröffentlicht; er spricht aber auch davon, „daß bei der geringen Zahl der Beobachtung derartiger Fälle und der Wichtigkeit, die der Erscheinung an sich zukommt, vorläufig noch jeder einzelne Fall beschrieben zu werden verdient.“ *Sioli* führt dann 5 Fälle an mit dem von *Westphal* zuerst als charakteristisch bezeichneten Symptom: „vorübergehende Aufhebung der Licht- und Konvergenzreaktion, die in der Regel mit Formveränderung einhergeht.“

Übrigens zu einer Zeit, in der diese Symptome noch nicht beschrieben und erklärt waren, als auch das Krankheitsbild der Schizophrenie noch gar nicht abgegrenzt war, finden sich schon Einzelbeobachtungen, die

* Nach einem Vortrag am 25. VI. 1927 im Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz.

auf die Existenz des Phänomens hinwiesen. In einem Siegburger Krankenblatt vom Jaher 1868 heißt es bei einem 17jährigen Patienten: „Im Anfang der Krankheit war die Pupille sehr weit, reagierte eben schwach auf Lichtreize. Seit mehreren Tagen ist die Pupille fast normal weit, reagiert aber dabei viel träger. Die Tätigkeit ist auf beiden Augen gleich*.“

In letzter Zeit sind nun häufiger die erwähnten Störungen Gegenstand der Diskussion geworden; aber die Häufigkeit der Erscheinungen ist noch sehr umstritten, ja es kommt vor, daß z. B. 1924 *Hartmann*⁴ in der Wiener Klinik einen Fall dieser Art beschreibt und als Ausgangspunkt nimmt zu einer theoretischen Stellungnahme zum Wesen und zur Entstehung des Phänomens, wobei der Autor betont: „Ist demnach der praktisch diagnostische Wert dieses Phänomens weniger hoch anzusetzen, als man wohl anfangs meinen konnte, so steht doch die Pathophysiologie dieser abnormen Reaktionsweise der Pupillen im Brennpunkt einer Reihe theoretisch so bedeutsamer Fragestellungen, daß eine kasuistische Mitteilung wohl gerechtfertigt erscheint, zumal das Westphalsche Symptom an sich nicht häufig und die Zahl der bisher mitgeteilten Beobachtungen auch relativ eine geringe ist.“

Westphal benennt in seiner ersten Veröffentlichung das Phänomen „katatone Pupillenstarre“. Dieser Name ist nun späterhin nosologisch nicht mehr haltbar gewesen, da ganz analoge Phänomene *Westphal* auch bei der hyperkinetischen Encephalitis epidemica und beim postencephalitischen Parkinsonismus beschrieben hat. *Kehrer*⁵ wählte die Bezeichnung „Spasmus mobilis der Pupillen“, in Übereinstimmung mit den Ausführungen von *Westphal* über das Wesen und die Art der Erscheinung, eine Bezeichnung, die dann „als die das Wesen gut kennzeichnende Benennung“ weiterhin immer gebraucht wurde.

Auf die einzelnen im Laufe der Jahre erfolgten Veröffentlichungen von *Westphal*², *Hübner*⁶, *Loewenstein*⁷, *A. Meyer*⁸, *Hudovernig*⁹, *Redlich*¹⁰, *E. Meyer*¹¹, auf die einschlägigen Arbeiten von *Bumcke*¹², *Kehrre*⁵, *Fr. Reichmann*¹³ usw. gehe ich nicht näher ein, da sie sich neben Mitteilung von Fällen mit dem Wesen und der Genese beschäftigen. Auf die Theorie des Entstehens, ob die Störungen Begleiterscheinungen psychischer Zustände oder ob es subcortical bedingte, vielleicht nur psychisch ausgelöste Zustände sind, darauf will ich nicht eingehen. Mir kam es jetzt darauf an, 1. kasuistisches Material über die Häufigkeit des Phänomens zu sammeln und auf die Möglichkeit der Abgrenzung bei der Differentialdiagnose, besonders bei manisch-depressiven Zu-

* Professor Dr. *Loewenstein*-Bonn teilte mir zur Familiengeschichte mit, daß der Patient aus einer Familie stammt, in der in 4 Generationen geistig Abnorme vorgekommen waren, davon sicher in 3 Generationen Geisteskranker; bei dem Urgroßvater, der erst im Alter erkrankt, ist die Art der Erkrankung unklar, sonst handelt es sich wohl zweifellos um eine schizophrene Familie.

ständen mit ähnlichen Erscheinungen des Stupors und der Erregung wie bei Schizophrenien, also a) aus praktischen Gründen und b) auf die Wichtigkeit des Phänomens zur Unterscheidung bei beginnenden und unklaren Krankheitsbildern. Ich glaubte das nun um so mehr tun zu können, da bei den vielen Neuaufnahmen und dem großen stationären Krankenbestand unserer Anstalt von frischen und abgelaufenen Fällen ich die Möglichkeit hatte, über kurze oder lange Zeit die einzelnen Fälle zu beobachten, vielleicht im Gegensatz zu den Kliniken, in denen infolge der äußeren Verhältnisse die einzelnen Kranken nicht so lange unter Beobachtung bleiben. So kommt es vielleicht auch, daß, wie oben erwähnt, ein Fall der Wiener Klinik zur Beschreibung kommt. Zweitens wollte ich feststellen, ob dem Phänomen bei der klinischen Beobachtung ein Parallelismus zu bestimmten Zuständen der Schizophrenie (Affektzuständen, Stuporen, relativ freien Zeiten oder dgl.) zukommt. Ich habe nun *systematisch und regelmäßig* mit einer elektrischen (2½ Volt) Lampe unter Beobachtung der geltenden Regeln — Konvergenz ausgeschaltet durch einen Fixierpunkt in der Ferne, das Licht zentral einfallend — und unter sorgfältigster Ausschaltung der vielfach beschriebenen Fehlerquellen, die Kranken untersucht, und zwar nur die meiner Abteilung. Hier sind an sicheren Schizophrenen aufgenommen 110 während der Dauer meiner Untersuchungen, gefunden habe ich das Phänomen bei 34, also bei ca. 1/3 der Fälle. Hierbei muß ich aber betonen, daß eine große Anzahl der Patienten sich überhaupt nicht untersuchen ließen, andere wieder nach kurzer Zeit infolge paranoider Einstellung „wegen Schädigung ihres Augenlichtes“ jede weitere Untersuchung ablehnten; außerdem wurden viele Patienten von meiner Abteilung (unruhigen) nach anderen Wachsälen verlegt, so daß sie auch aus der Reihe der Beobachteten ausschieden. 15 Fälle boten die Störungen fast dauernd, zum Teil in so typischer Weise, wie es Westphal in seiner ersten Veröffentlichung, besonders 1909 geschildert hat. Bei 19 Fällen wurde das Phänomen nur vorübergehend gefunden. 3 Fälle manisch-depressiven Irreseins und 2 Manien hatte ich Gelegenheit, lange Zeit zu beobachten; bei diesen habe ich keinerlei Störung finden können. Um Irrtümer auszuschließen, wurden natürlich in den gegebenen Fällen Untersuchung des Blutes und des Lumbalpunktats vorgenommen.

Gefunden wurde das Phänomen nur bei Schizophrenien und extra-pyramidalen Symptomenkomplexen, während es bei manisch-depressiven Bildern bisher nie beobachtet ist, neben meinen Einzelfällen auch nicht bei den schon jahrelang in der Anstalt gerade in dieser Hinsicht vergleichend untersuchten Fällen.

Schwierigkeiten ergaben sich bei der Prüfung der Konvergenzreaktion, besonders bei den Stuporösen und erregten Kranken. Deutlich sind bei den verschiedenen Patienten beobachtet: absolute Starre,

sodann bei anderen prompte Konvergenzreaktion bei aufgehobener oder gestörter Lichtreaktion. Hierüber, wie auch über die Frage der Beziehungen des Spasmus mobilis zur fehlenden Pupillenunruhe soll später mit Krankengeschichten berichtet werden.

Was die Weite und die Form der Pupillen anlangt, so habe ich das Phänomen gefunden bei *allen Weiten der Pupillen*. Das *spontane Phänomen* war in der Regel wechselnde Starre bei *mittlerer Weite, selten die mydriatische Starre*. Sodann trat auch deutlich die Einseitigkeit des Phänomens bei einer ganzen Reihe von Fällen auf, besonders bei den Pupillen, wo dauernd Formveränderungen vorlagen auf dem gleichen Auge. Bei einigen Patienten habe ich überhaupt nur ganz auffallende Formveränderungen, querovale Verziehungen meist, festgestellt, auf beiden Augen oder nur einseitig, habe aber eine Störung der Lichtreaktion nicht beobachtet, was aber nach meinen Erfahrungen nicht ausschließt, daß zwischendurch das Phänomen nicht doch da war. Sodann beobachtete ich häufig prompte Reaktion auf die erste Belichtung, danach Starre. Bei einer ganzen Reihe von ausgesprochenen Fällen war es möglich, durch Händedruck und Druck in die Iliacalgegend (*Redlich, Meyer*) sofort das Symptom auszulösen, hier meist dann bei erweiterter Pupille.

Augenärztlich hat sich Herr Dr. *Gallus-Bonn* mit dem Phänomen schon früher beschäftigt; unsere aufgenommenen gemeinsamen Beobachtungen werden später veröffentlicht werden.

Die *Häufigkeit des Symptoms* glaube ich durch meine Ausführungen dargetan zu haben, zugleich auch Hinweise gegeben zu haben, daß uns das Symptom bei der Abgrenzung zu Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins den richtigen Weg differentialdiagnostisch gezeigt hat.

Sodann haben die Untersuchungen auch bestätigt, was *Westphal* immer betont hat und *Hartmann* auch ausführt: „Das wechselnde Spiel unausgiebigen, ausgiebigen und fehlenden Lichtreflexes, die Veränderung der Pupillenweite und -form gehen im allgemeinen keineswegs in erkennbarer Weise bestimmten spontanen Affektzuständen parallel.“

Ich habe es gefunden bei Beginn der Erkrankung, im Verlauf ganz frischer Fälle und bei langjährigen Zustandsbildern. Es kommt vor bei jeder Stimmungslage, Stuporen, Erregungen und in relativ freien Zeiten, vollkommen wechselnd. *Es läßt sich nichts über das Vorhandensein voraussagen*, wie es sich an den durchgeführten Untersuchungen gezeigt hat, es kommt vor bei allen Weiten, vorwiegend bei mittlerer Weite, ohne daß, wie *Westphal* sagt, „irgendeine Gesetzmäßigkeit festzustellen wäre“. Ich beobachtete, daß bei manchen Patienten über eine ganze Zeit hin die Pupillen normal reagierten, daß dann plötzlich das Symptom wieder auftrat, zum Teil kurzdauernd, zum Teil wieder über eine ganze Zeit hin. Gelegentlich fand ich auch die Pupille träge, unausgiebig

oder prompt reagierend, um schon in kurzer Zeit wieder deutliche Starre nachweisen zu können oder umgekehrt, bei mehrmaligen Untersuchungen am gleichen Tage. Betonen möchte ich hierbei ausdrücklich, daß in vielen derartigen Fällen in dem äußeren Verhalten der Kranken keine Änderung eingetreten war, weder besondere Erregung, Spannung oder sonstwie erkennbare Veränderung der Affektlage; in wieder anderen war eine deutliche Änderung in dem Verhalten der Kranken nachweisbar, die sich aber nicht gesetzmäßig deckten mit den jeweiligen Pupillenbefunden. Also ließ sich *kein regelmäßiger Parallelismus zu den psychischen Zuständen* im Gegensatz zur Pupillenveränderung bei der Hysterie nachweisen. Nur in einem Fall, der jetzt zum vierten Mal sich in der Anstalt befindet, bei einem periodischen katatonen Stupor decken sich die Pupillenstörungen mit dem jeweiligen stuporösen Zustand des Patienten.

Dieser wird regelmäßig zu uns gebracht mit folgendem Befund: Liegt starr, regungslos zu Bett, röhrt sich nicht, auf Anrede keine Reaktion. Deutliche Katalepsie. Dieser Zustand dauert einige Wochen an, dann plötzlich wird er frei, spricht recht einsichtig über seine Erkrankung (Studien-Assessor). Im engsten Zusammenhang mit seinem Stupor wurde nun während des ganzen Verlaufs völlige Reaktionslosigkeit der Pupillen auf Lichteinfall bei mittlerer Weite gefunden. Während seiner freien Zeiten prompte Reaktion.

Wenn ich heute über die *Häufigkeit* und die Art des Auftretens des Westphalschen Phänomens und dessen *praktischen Wert* Belege gebracht habe, so bitte ich, das große Material der Anstalten zu weitergehenden Untersuchungen auf diesem noch ziemlich jungfräulichen Gebiet zu benutzen. Besonders wichtig erscheint mir das Symptom zur Beurteilung mehr unklarer Symptomenkomplexe, manisch-depressiver oder katatoner und damit in praktisch-differentialdiagnostischer und prognostischer Hinsicht.

Literaturverzeichnis.

- ¹ Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1913/14, Nr. 29. — ² Dtsch. med. Wochenschrift 1907, Nr. 27; 1909, Nr. 23; Berlin. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 47; Dtsch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 38; 1925, Nr. 51; Neurol. Zentralbl. 1920, Nr. 5; Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 68, 1921; Zeitschr. f. Psych. 81, 1924; Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 47, H. 4. — ³ Neurol. Zentralbl. 52. Jg. 1910. — ⁴ Wien. klin. Wochenschr. 1924, Nr. 40. — ⁵ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 81, 1923. — ⁶ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 41, 1906. — ⁷ Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 47, 1920. — ⁸ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 68 und 70. — ⁹ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 90, 1924. — ¹⁰ Dtsch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 8; Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 49. — ¹¹ Berlin. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 40; 1912, Nr. 8; Neurol. Zentralbl. Nr. 20. — ¹² Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. 1911. — ¹³ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 53, 1914. — ¹⁴ Behr: Die Lehre von den Pupillenbewegungen. 1924.