



Aus der psychiatrischen Universitätsklinik zu Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Psychose nach Augenverletzung.

(Kasuistischer Beitrag zur Frage der pathogenetischen Beziehungen zwischen Augenläsionen und psychischen Störungen.)

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Facultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

und nebst den beigefügten Thesen öffentlich verteidigt

am Sonnabend, den 29. Juli 1893, Mittags 12 Uhr,

von

Rudolf Fabian,

prakt. Arzt.



Opponenten:

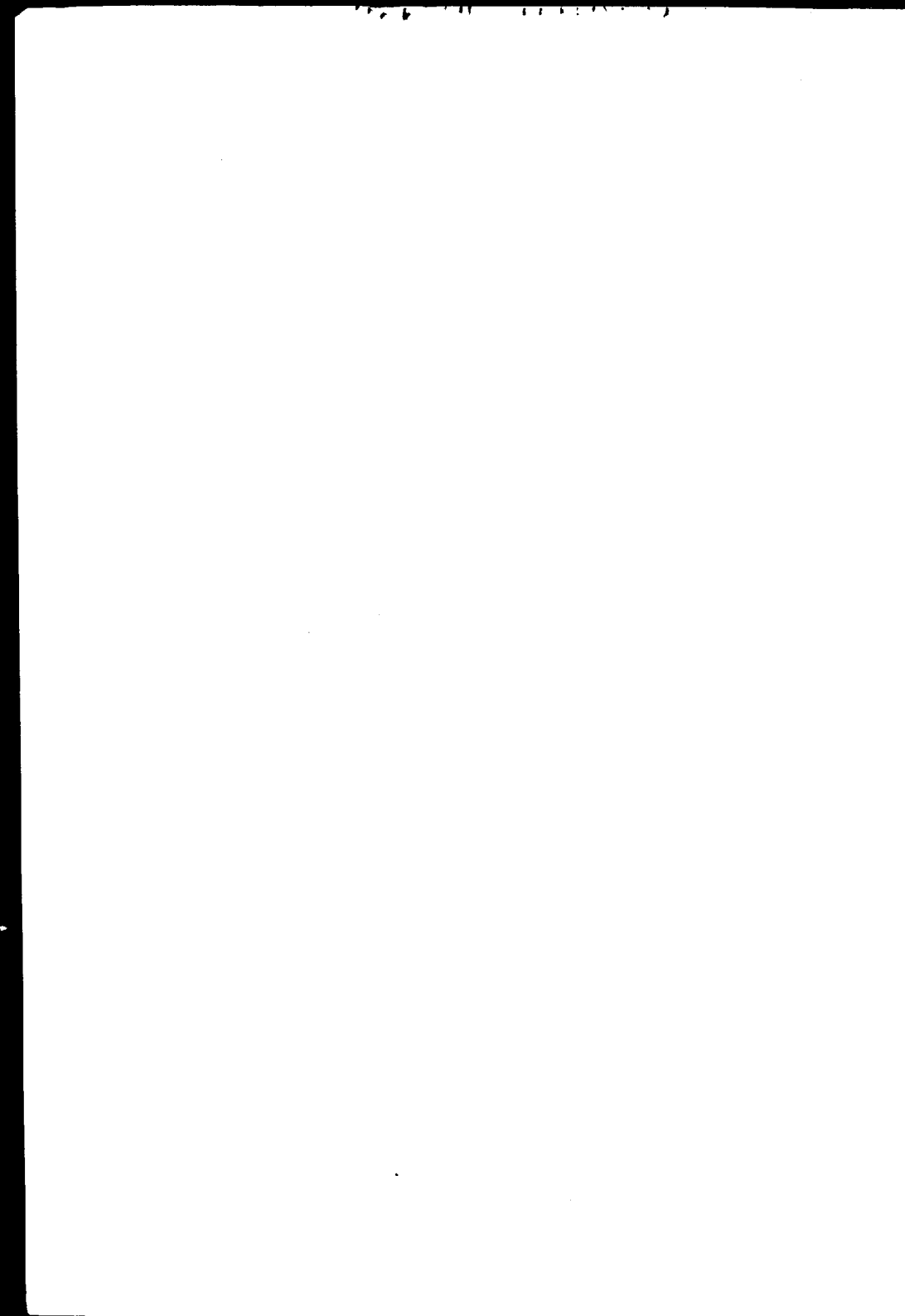
Herr Dr. med. **Walther Kemke**, prakt. Arzt,

Herr cand. med. **Erich Will**.

Königsberg i. Pr.

Druck von M. Liedtke, Bergplatz 7.

1893.



Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Prof. Dr. Meschede,

Director der psychiatrischen Klinik

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.



Bekanntlich hat bereits Griesinger auf die ätiologische Bedeutung auch peripherer Verletzungen für die Pathogenese der Seelenstörungen aufmerksam gemacht. Eine Gruppe noch zu den peripheren zu rechnender Läsionen, welche eine gesonderte Inbetrachtung beanspruchen darf, bilden die Verletzungen des Auges.

Auffallenderweise ist die Kasuistik für diese Gruppe eine noch ziemlich spärliche, obwohl die Zahl der Psychosen, welche nach Augenverletzungen resp. Operationen beobachtet worden sind, nicht ganz gering zu sein scheint.*)

Die bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fälle sind in einer vor Kurzem erschienenen Publication von L. Franckl v. Hochwart**) zusammengestellt.

Die überwiegende Mehrzahl derselben betrifft Staaroperationen und ist in diesen Fällen das Krankheitsbild

*) Wie mir durch mündliche Mittheilung bekannt geworden ist, sind u. a. auch in der hiesigen städtischen Krankenanstalt in den letzten zwei Jahrzehnten mehrere Fälle dieser Art zur Beobachtung gekommen.

**) L. Franckl v. Hochwart, „Ueber Psychosen nach Augenverletzungen.“ (Jahrbücher für Psychiatrie IV, 2, Seite 152. 1889.)

der nachfolgenden Psychosen ein in den Hauptzügen übereinstimmendes, vorwiegend durch schreckhafte Hallucinationen, Angstzustände, Furcht vor Verfolgung, zum Theil auch durch Paroxysmen hallucinatorischer Verwirrtheit (im Sinne Meynerts) charakterisirtes gewesen.

Fälle von traumatischen, bis in die Iris dringenden Einwirkungen mit nachfolgendem Ausbruch der Psychose fehlen aber in dieser Zusammenstellung und sind mir auch sonst Fälle dieser Art (von operativen Iridectomien etc. abgesehen) aus der Literatur nicht bekannt geworden. Es dürfte meines Erachtens daher ein Fall von Ausbruch geistiger Störung nach vorausgegangener Irisverletzung, den ich in der hiesigen psychiatrischen Universitätsklinik (Irren-Abtheilung der städtischen Krankenanstalt) während länger als 2 Monaten beobachtet habe, nicht ohne Interesse für die Pathogenese der Psychosen und somit eine Mittheilung desselben als kasuistischer Beitrag für diese Frage nicht unwillkommen sein. Der Fall betrifft einen bei der Königlichen Werkstätte der Ostbahn beschäftigten Maschinenschlosser, Namens H. L.

Zur Lebens- und Krankheitsgeschichte

desselben hat sich, für die Zeit von der Geburt bis zum Ausbruch der Seelenstörung, folgendes feststellen lassen:

„Patient, seines Handwerks Schlossergeselle, 45 Jahre alt, seit 20 Jahren verheirathet, seit dem 14. Mai d. J. in der hiesigen Kranken-Anstalt befindlich, stammt aus einer Familie, in welcher Fälle von ausgeprägter Seelen-

störung nicht bekannt geworden sind, ist jedoch insofern nicht frei von erblicher Belastung, als sein Vater, ein Postillon, als *potator strenuus* bekannt gewesen und auch das *Delirium potatorum* gehabt haben soll; letzterer ist 72 Jahre alt am Krebs, die Mutter 68 Jahre alt an der Lungenentzündung gestorben.

In seinem ersten Lebensjahre soll Pat. am Nervenfieber gelitten haben (was wohl so zu verstehen ist, dass er eine fieberhafte Krankheit gehabt hat, bei welcher auch nervöse Symptome hervorgetreten sind, vielleicht Zahnkrämpfe und dergl.); weiterhin soll er bis auf Masern und Scharlach nie krank gewesen sein, im besondern keine Krämpfe gehabt haben.

Er hat eine Dorfschule besucht, jedoch nur mässige Kenntnisse erworben; sein Charakter wird als auffallend still und ernst geschildert, und soll er zur Absonderung geneigt, im übrigen sehr arbeitsam gewesen sein.

Nach der Entlassung aus der Schule hat er das Schlosserhandwerk erlernt und es schliesslich zum Gesellen gebracht. Selbstständig ist er zwar nie geworden, jedoch als Vorschlosser bei der Ostbahn hierselbst beschäftigt gewesen und soll er sich hier durch Emsigkeit und gute Führung ausgezeichnet, auch stets sein gutes Auskommen gehabt haben. Durch geistige Begabung soll er überhaupt nie excellirt haben, vielmehr wird berichtet, dass er von seinen Schulkenntnissen bald das Meiste vergessen habe, und dass in letzter Zeit sein Gedächtniss schwächer geworden sei.

Sein Gemüth wird als weich, ebenso leicht zum

Weinen bei geringfügigen Anlässen, wie zu aufbrausender Heftigkeit geneigt geschildert.

Im Jahre 1870 ist er zu den Fahnen einberufen und beim 43. Regiment eingestellt worden. Er hat an der Belagerung der Festung Metz und am Gefecht bei Noisseville theilgenommen, ist aber unverwundet geblieben und gesund aus dem Feldzuge heimgekehrt. Mit 25 Jahren hat er sich mit seiner noch lebenden, um 8 Jahre älteren Frau verheirathet und mit ihr stets in friedlicher Ehe gelebt. Das erstgeborene Kind ist angeblich gesund geboren, aber $4\frac{1}{2}$ Jahre alt, an der Ruhr gestorben. Das zweite Kind (ein Knabe, jetzt 16 Jahre alt,) soll ebenfalls gesund geboren sein; bezüglich seiner körperlichen Entwicklung ist ein abnorm grosser Kopf bemerkenswerth. (Horizontaler Schädelumfang = 57 cm, grösster Längsdurchmesser = 21 cm, grösster Breitendurchmesser = 17 cm. Dass er auf intellektuellem Gebiete auffallend schwach veranlagt gewesen sei, ist daraus zu entnehmen, dass ihm in der Schule besonders das Rechnen schwer geworden ist, dass ihm auch jetzt, wo er als Lehrling in einem Materialgeschäft fungirt, die Führung der Comptoirbücher nicht hat anvertraut werden können.

Nach den Geburten dieser beiden Kinder sind in den beiden nächsten Jahren dann noch zwei Aborte erfolgt.

Bemerkenswerth ist, dass Patient Alkoholika stets schlecht vertragen und daher nur in relativ mässigem Grade sich dem Genuss derselben hingegeben hat. In den ersten Jahren nach dem Kriege soll er öfter noch bis $\frac{3}{8}$ l Kornbranntwein, ausserdem zuweilen auch noch 3 Flaschen Bier pro Tag getrunken haben; seit einer

Reihe von Jahren hat er jedoch in der Quantität erheblich nachgelassen und sich durchschnittlich mit $\frac{1}{10}$ l Kornbranntwein begnügt. Die Intoleranz gegen Alkoholica scheint mit den Jahren zugenommen zu haben; dieselbe hat sich u. A. durch eine Neigung zu unsinnigen resp. läppischen Extratouren dokumentirt; so soll es namentlich wiederholt vorgekommen sein, dass er in Folge seines Rausches besonderes Vergnügen daran fand, sich in einer Droschke spazieren fahren zu lassen, auch gerieth er in solchem Zustande leicht in jähzornige Aufwallung.

Zu erwähnen ist noch, dass er eine auffallende Vorliebe für Tabakrauchen an den Tag gelegt hat, indem er alle Abende etwa 5 Cigarren, am Sonntag sogar, wie berichtet wird, 12—14 Cigarren geraucht hat. Von Bedeutung sind nun hauptsächlich 2 Unfälle, die dem Patienten zugestossen sind:

1. Den ersten Unfall hat p. L. vor 10 Jahren erlitten, insofern er rittlings auf eine Eisenstange gefallen ist und sich dadurch eine Contusion der Dammgegend und eine, bis in die Harnröhre perforirende Wunde zugezogen hat. Nach längerer Behandlung in der hiesigen chirurgischen Klinik ist er von der Verletzung vollständig geheilt entlassen und ist, abgesehen von Beschwerden beim Uriniren nur eine, etwa 1 Jahr dauernde Impotenz zurückgeblieben. Ob, wie behauptet wird, ein doppelseitiger Leistenbruch, der noch besteht und eine mässige Atrophie des rechten Hodens auf diese Verletzung zu beziehen ist, ist nicht sicher nachzuweisen.

Seit den letzten $1\frac{1}{2}$ Jahren haben sich bei ihm auch noch zeitweilig kurz dauernde Anfälle von Warrsein und Schwindelgefühl im Kopfe geltend gemacht — sekundenlanges Entschwinden der Gedanken. — Seit etwa ebenso langer Zeit leidet Patient an intercurrent auftretendem leichtem Kopfschmerz, Magendrücken (das vom Pat. auf eiskalt genossenes Bier zurückgeführt wird) und Vertodtung der Hände. Ferner wird angegeben, dass bei ihm hin und wieder sogenannte elektrische Zuckungen der Gliedmassen beobachtet worden sind, und dass er eine allmählig zunehmende Abnahme seiner motorischen Leistungsfähigkeit verspürt hat.

2. Von dem zweiten Unfall ist Patient am 13. Januar (vier Monate vor Ausbruch der Psychose) betroffen worden. Beim Abdrehen eines eisernen Splintes flog ihm ein starker Eisensplitter in das, bis dahin gesunde rechte Auge, die Sclera perforirend und bis in die Iris dringend.

In dem, mir gütigst zur Verfügung gestellten Journal der hiesigen Augenklinik heisst es:

Den 13. Januar 1893 Status: Von der Mitte des äusseren Limbus geht ein Riss ca. 3 mm weit in die Sclera.

Die vordere Kammer ist aufgehoben, die Iris liegt in der Wunde. Die Pupille ist nach der Wunde hin verzerrt. Im Pupillargebiet befindet sich Blut.

Lichtempfindung und Projektion sind vorhanden.

14. I. Das Blut aus der vorderen Kammer ist resorbirt. Es wird der Irisprolaps abgeschnitten. Die Sphincter-Ecken können nicht reponirt werden.

Die Conjunctiva wird concentrisch zum Limbus und über der Hornhautklera-Wunde zusammengenäht.

30. I. Patient wird entlassen.

Das rechte Auge ist reizlos, die Cornea klar, die Pupille ist schlitzförmig.

Linse, Glaskörper klar, Hintergrund normal.

Nach der Entlassung aus der Augenklinik hat Patient seine Arbeit bald wieder mit Erfolg aufgenommen und bis zu dem erfolgten Ausbruch seiner Seelenstörung ohne Schwierigkeiten ausgeführt.

Die Geistesstörung des p. H. I. ist plötzlich und ohne nachweisbare Gelegenheitsursache in der Nacht vom 13. zum 14. Mai 1893 zum Ausbruch gekommen.

L. hatte sich am 13. Mai Abends, um $\frac{1}{2}$ 8 Uhr, zu Bett gelegt und war ruhig eingeschlafen. Mitten in der Nacht erwacht er plötzlich in Folge einer sehr lebhaften Erregung im Traume. Er hatte nämlich eine Stimme vernommen, welche ihm sein Lotterieg Glück verkündete und ihm mittheilte, er habe einen Gewinn von 150,000 Thalern in der preussischen Klassenlotterie gemacht und einen Wagen im Werthe von 2000 Thlrn. in der Königsberger Pferdelotterie gewonnen. Hierdurch aufs freudigste erregt, weckt er sofort die Frau und lässt sich durch deren Gegenrede nicht aus seinem Wahn bringen, zwingt dieselbe vielmehr, sich anzukleiden, und mit ihm zum Bahnhofsrestaurant zu gehen, nachdem er sich selbst zur Vorbereitung den ganzen Körper gewaschen, seine beste Kleidung angelegt und eine Flasche Bier getrunken hat. In dem Bahnhofsrestaurant lässt er sich 2 Glas Grog geben, (wofür ein Bekannter Zahlung leistet,) alsdann begiebt er sich zu einem Werkführer, der mit ihm dasselbe Loos spielt, um ihm die frohe Botschaft zu überbringen; von da mit

seiner Frau zu einem Restaurateur auf dem Alten Garten, um von demselben auf Conto seines Lotteriegewinns ein Darlehn von 200 Thalern zu entnehmen; als er hier abschlägig beschieden wird, lässt er seinen Zorn in Schimpfworten aus, geht dann in das „Café impérial“, bestellt hier 2 Glas Bier, trinkt dieselben mit seiner Frau, ohne jedoch Bezahlung leisten zu können. Er wird in Folge dessen aus diesem Restaurant br. manu herausgeworfen, wird darüber so erregt, dass er zornentbrannt sofort die Fenster einschlägt. Dieses Excesses wegen wird er durch den Nachtwächter verhaftet (3 Uhr Morgens) und zur Polizei abgeführt. Hier geberdet er sich sehr auflehnd und tobend, so dass er in die Isolierzelle gebracht werden muss. Als er dann Vormittags 9 Uhr zur Vernehmung vorgeführt wird, konnte er vor Thränen fast keine Auskunft geben. (Später hat er über den vorhergegangenen Erregungsparoxysmus zu seinem Bruder die Bemerkung gemacht, er hätte damals in sich ein so erhöhtes Kraftgefühl verspürt, wie er sich das früher nicht als möglich hätte denken können.)

Weiterer Verlauf der Psychose.

Noch an demselben Tage wurde Pat. von der Polizei nach dem städt. Krankenhause gebracht und zeigte hier zunächst ein etwas deprimirtes, fast timides Verhalten, im Uebrigen keine auffallenden Störungen der somatischen und psychischen Funktionen. Nach wohl-durchschlafener Nacht erzählte er am andern Morgen

die Geschichte seiner, nächtlicher Weile verübten Excesse in den allgemeinsten Umrissen ziemlich genau und erklärte, dass er jetzt einsehe, wie verkehrten Sinnes es gewesen, einen solchen Traum für baare Münze hinzunehmen.

Da er auch während der folgenden Tage bei dieser, seinen früheren krankhaften Zustand anerkennenden Beurtheilung der Vorgänge blieb, wurde er dem Wunsche seiner Ehefrau gemäss derselben am 19. Mai d. Js. zurückgegeben. Er kam auch ruhig und im besten Zustande nach Hause. Jedoch noch an demselben Tage gab er sich wieder verkehrten Velleitäten hin; er machte nämlich zunächst zu seiner Erholung einen Spaziergang nach den nahegelegenen „Hufen“, und trank dort in einer Gartenrestauration ein Glas Bier, um dann nach der Stadt wieder zurückzukehren. Hier angelangt, überkam ihn, offenbar angeregt durch das genossene Bier, plötzlich die Lust, vorher noch in der „Jubiläumhalle“ sich gütlich zu thun. Er liess sich hier eine Flasche Champagner zu 12 Mk. und zwei Cigarren à 25 Pf. geben, genoss diese in aller Gemüthlichkeit, ohne jedoch Zahlung leisten zu können, bezüglich der er vielmehr auf seinen Lotteriegewinn verwies. Wieder wurde er verhaftet und abermals auf die Polizeiwache gebracht, wo er sich diesmal jedoch ganz ruhig verhielt.

Am 20. Mai ist er dann (zum zweiten Male) der Städt. Krankenanstalt überwiesen.

Hier hatte ich Gelegenheit den Kranken längere

Zeit (vom 14. Mai bis 17. Juli) zu beobachten und ergab sich mir folgender

Status praesens.

Patient ist von einem, im Allgemeinen seinem Alter entsprechenden Aussehen, mittlerem Ernährungszustande, ziemlich grosser Statur und ohne sichtbare Anomalien der körperlichen Bildung. Es fällt bei ihm zunächst der ernste, ziemlich apathische Gesichtsausdruck und die ruhige, zeitweise fast regungslose Haltung auf; sodann am rechten Auge eine, an der äusseren Corneagrenze befindliche Narbe, mit welcher die Iris verlötet ist. Letztere lässt hier einen Defect erkennen, erscheint nach der Richtung der Narbe verzerrt und erscheint die Pupille dadurch schlitzförmig und nur wenig beweglich.

Der Schädel lässt keine Abnormitäten der Form erkennen; der Längsdurchmesser beträgt 17,5 cm, der Breitendurchmesser 14,0 cm, der grösste, horizontale Schädelumfang 56 cm.

Abgesehen von der sehr mangelhaften Entwicklung der Ohr läppchen lassen sich keine stigmata hereditatis nachweisen.

Am Damm befindet sich dicht neben der Raphe, rechts von derselben, eine, ca. 8 cm lange Hautnarbe.

Der Puls zeigt normale Frequenz (72), ist etwas klein, bietet sonst keine Anomalien dar.

Ebenso lässt die physikalische Untersuchung der Lungen und des Herzens keine Abweichungen erkennen.

Die Zunge zeigt einen grauen Belag, Stuhlgang und Appetit sind jedoch normal. Im Urin lässt sich kein Albumen, kein Zucker nachweisen.

Die Untersuchung der Sinnesorgane ergibt folgendes:

1. Gesicht: Es befindet sich am rechten Auge die bereits erwähnte Cornea-Sclera-narbe, welche in der Cornea dicht am Limbus beginnt und sich in der Richtung des horizontalen Meridians noch circa $2\frac{1}{2}$ mm weit in die Sclera fortgesetzt. An der Cornealperipherie ist die Iris mit der Narbe verwachsen und ist in Folge dessen die Pupille in der Richtung des horizontalen Meridians verzogen, so dass sie anstatt der Kreisform die Form eines $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ mm breiten Schlitzes darbietet. In der Mitte des unteren Schlitzrandes befindet sich ein perl förmiges und perlglänzendes, stark lichtbrechendes etwa halbsenfkorngrosses Gebilde (Kapselreste?) Von demselben geht ein, ungefähr im Niveau der Iris und horizontal verlaufender Faden zur Narbe.

Der Augenhintergrund bietet (abgesehen von einer Verschleierung des rechten Hintergrundes durch leichte Trübungen der brechenden Medien auf beiden Augen, speziell auch in Bezug auf die Gefässinjection) normale Verhältnisse.

Die Pupillarreaction sowohl für die Accommodation, wie für den Lichteinfall ist auf beiden Augen erhalten, jedoch auf dem rechten Auge durch die narbige Verwachsung der Iris merklich behindert.

2. **Gehör:** Die Hörfähigkeit erweist sich bei wiederholten Prüfungen als nicht von der Norm abweichend; ebenso wenig sind Schmalzpfropfe oder andere Veränderungen, die auf ein Leiden des Gehörorgans hindeuten könnten, vorhanden. Insbesondere wird auch über subjective Geräusche nicht geklagt.
3. **Geruch:** Der Geruchsinn ist vollständig aufgehoben (weder Moschus noch Campher, noch concentrirte Essigsäure oder Menthol erregte eine Geruchsempfindung; ebenso wenig Ammoniak).
4. **Der Geschmack** ist in qualitativer und quantitativer Beziehung ziemlich gering. (Die Prüfung wurde mit Lösungen von Kochsalz, Essigsäure, Rohrzucker und Chinin vorgenommen).

Sensibilität: Tastsinn, Drucksinn, Temperatursinn und Muskelsinn sind gut erhalten. Die Schmerzempfindung der Haut ist unverändert.

Motilität: Die Muskulatur zeigt durchweg eine gute Entwicklung. Die Muskelkraft, welche nach der Angabe des Werkführers in letzter Zeit ein wenig abgenommen haben soll, erscheint bei spezieller Prüfung zur Zeit insofern noch wohl erhalten, als sowohl der Druck der Hand durchaus kräftig ist als auch das Gehen keine Behinderung erkennen lässt.

An der herausgestreckten Zunge machen sich ganz leichte fibrilläre Zuckungen bemerkbar; dagegen ist die Sprache in keiner Weise tremulirend und auch nicht von paralytischen Zitterbewegungen der Lippen und des Gesichts begleitet.

Sämmtliche Haut- und Sehnenreflexe (namentlich die Fusssohlen-, Cremaster-, Bauchdecken-, Achillessehnen-, Patellarreflexe) treten in normaler Weise auf.

Was das Allgemeinbefinden betrifft, so erklärt Patient, dass er sich zur Zeit wieder ganz wohl fühle, weder Kopfschmerz noch Magenschmerz verspüre, dass auch Schwindelanfälle oder böse und phantastische Träume, so lange er sich hier befinde, nicht vorgekommen seien; dagegen stelle sich hin und wieder bei ihm ein abnormes Hitze- oder Kältegefühl des Kopfes ein. (Dementsprechend erscheint auch der Kopf des Patienten bei wiederholter Betrachtung bald abnorm geröthet, bald blass.)

Im wachenden Zustande will Patient weder hier, noch vorher zu Hause Hallucinationen oder Illusionen gehabt haben.

Bei der Gedächtnissprüfung zeigt sich, dass er das kleine und grösstentheils auch das grosse Einmal-eins gut behalten hat (er rechnet richtig $11 \times 11 = 121$ — $12 \times 12 = 144$ u. s. w.); dagegen einigermaßen complicirte Rechnungsaufgaben aus dem Kopfe nicht zu lösen vermag. Die Aufgabe 99 dividirt durch 4, kann er aus dem Kopfe nicht lösen, sondern giebt die falsche Antwort = $22\frac{1}{2}$. — Für die Ereignisse seines früheren Lebens; z. B. für die Erlebnisse aus dem Feldzuge bekundet er hinreichende Erinnerung.

Abgesehen von dem bereits erwähnten expansiven Traumwahn eines imaginären Lotteriegewinnes sind ausgeprägte Wahndecken bei ihm bisher nicht hervorgetreten und auch jetzt nicht zu konstatiren.



Eine sogenannte Grössenwahnstimmung, wie sie allerdings als transitorisches Motiv bei ihm obgewaltet haben muss, als er in einer Kneipe theuren Sekt und Cigarren zum Preise von $\frac{1}{4}$ Mk. sich geben liess, ist zur Zeit bei ihm nicht zu konstatiren.

Uebrigens ist er in Zeit und Ort vollständig orientiert und zeigt auch für die gewöhnlichen Verhältnisse des Lebens genügendes Verständniss und Urtheil.

Der Gemüthszustand des Patienten erscheint im Allgemeinen als ein ruhiger, zur Apathie, hinneigender; bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch eine fast abnorm zu nennende Weichheit (Labilität) des Gemüths, nämlich einerseits eine Geneigtheit zum Weinen — als dem Patient dargelegt wurde, dass er als tüchtiger Arbeiter von seinen Vorgesetzten geschildert worden sei, und auch in glücklichen Familien- und sehr günstigen Erwerbsverhältnissen sich befinde, füllten sich seine Augen sofort mit Thränen — andererseits aber auch eine gewisse *excandescencia furibunda* d. h. ein rasches Aufbrausen zu Zornwüthigkeit — als ihm das Fliederabpflücken im Garten untersagt wurde, brauste er sofort in Zorn auf und machte seiner innern Erregung durch lautes Schimpfen Luft.

Sein Charakter wird von kompetenter Seite als durchaus zuverlässig geschildert (es ihm deshalb auch der Posten eines Vorschlossers beim Locomotivbau anvertraut). Auch hier in der Anstalt hat der Patient (abgesehen von den erwähnten, kurzen Anfällen krankhafter Erregung) ein dementsprechendes Verhalten gezeigt.

Auf dem Gebiete des Wollens und Handelns ist bei Patient zunächst zu konstatiren, dass er hier im Städt. Krankenhause wenig Neigung an den Tag gelegt hat, bei den häuslichen Arbeiten behilflich zu sein. Er verbringt seine Zeit hauptsächlich in müssigem Herumgehen, spielt allerdings hin und wieder mit seinen Stubengenossen Karten und legt sich gar früh, zumeist auch schon am Tage zu Bett.

Die Initiative seines Handelns erscheint schwach und beschränkt sich darauf, dass er zeitweilig seine Entlassung fordert oder um Besuchserlaubnis bittet.

Für die Behandlung ergab sich als Hauptindikation, einerseits Hebung des Kräftezustandes, andererseits eine reizmildernde Regime. Ersterer Indikation wurde durch reichlich bemessene Diät zu entsprechen gesucht; als sedative Mittel wurden verordnet: lauwarne Bäder, Abhaltung von Erregungen, Verbot der Alkoholika, von Medikamenten kamen zur Anwendung: Species nervin. und Solut. Kalii bromat.

Weiterer Verlauf.

In den ersten Wochen zeigte Patient ein gleichmässiges, bescheidenes, etwas apathisches Verhalten, guten Appetit und vortrefflichen Schlaf. Als einzige Ausschreitung des Patient aus dieser Zeit wurde zunächst die Neigung beobachtet, nach Absolvierung seiner reichlich bemessenen Portion sich auch noch von dem Essen der Andern eigenmächtig und heimlich zu

nehmen. Anfangs suchte er seine Ausschreitungen abzu-
leugnen, weiterhin gab er dieselben ohne weiteres zu.

Für gewöhnlich bethätigte er das geschilderte Ver-
halten und schien seinen Gedanken nachzugehen, nur
hin und wieder sang er mit lauter Stimme Volks- und
Kriegslieder, wie es früher eigentlich nie seine Art ge-
wesen sein soll.

Am 15. Juni trat bei ihm nun ein aller-
dings nur kurzdauernder Tobsuchtsfall ein:
Patient, der kurz vorher dringend seine Entlassung ver-
langt hatte, wurde, als seinem Verlangen nicht sofort
willfahrt wurde, wie von einem Krampfe ergriffen:
sein Gesicht wurde blass, es brach Schweiß aus und
liess er die Drohung verlaublichen, er werde, falls
man ihn nicht sofort entlasse, alles in Brand stecken
und demoliren und gab der Drohung auch bereits inso-
fern Folge, als er einen Stuhl zertrümmerte. Der Anfall
ging nach ca. $\frac{3}{4}$ Stunden vorüber.

In der Folge hat Patient noch 3 Mal solche Tob-
suchtsanfälle (oder richtiger bezeichnet Anfälle von Zorn-
wuth) gehabt und zwar am 20. Juni, am 2. Juli und
10. Juli cr. Auch diese Anfälle setzten auffallend plötz-
lich und ohne nachweisbare resp. hinreichende Gelegen-
heitsursache ein, um nach ebenso kurzer Dauer,
wie der vorher erwähnte Anfall und ebenso
plötzlich zu verschwinden. Die 3 Anfälle dauerten
eine halbe bis höchstens eine Stunde und trat nach
dieser Zeit dann vollständige Ruhe ein. Ueber seine
Ausschreitungen zur Rede gestellt, gab Patient in aller

Ruhe zur Antwort, er habe nicht anders handeln können.

Bei dem zweiten und dritten Anfall von Zornwuth drohte Patient in sterotyper Weise mit Brandstiftung, bethätigte auch diese beiden Male seine Drohungen durch Demolirung von Möbeln (Stuhl und Bett); beim letzten Anfälle verstieg er sich sogar soweit, dem Wärter mit Todtschlag zu drohen.

Ferner war es charakteristisch, dass auch diese Anfälle mit Blasswerden des Gesichtes begannen und zum Schluss die Zeichen einer congestiven Röthung hervortraten.

In dem letzten dieser Anfälle (10. Juli) sind aber auch noch andere Verkehrtheiten beobachtet worden.

Nachdem p. L. am 10. Juli, Abends 9 Uhr einer etwa $\frac{1}{4}$ Stunde dauernden Augenspiegeluntersuchung unterzogen war, begab sich derselbe gleich darauf zu Bett, und schlief in gewohnter Weise alsbald ruhig ein. Nachts 3 Uhr erwachte er aber plötzlich, ohne äussere Veranlassung, angeblich auch ohne traumhafte Erregung, sprang erregt aus dem Bett, setzte alsdann einen Stuhl auf einen Tisch und kletterte hinauf. Alsbald, schon nach einigen Sekunden, kam er flugs wieder herunter, ergriff den nächst erreichbaren Stuhl und begann denselben zu demoliren, sodann kritzelte er Bilder sexuellen Inhalts an die Wand, liess darnach Urin und Koth in den Nachtkübel und goss den Inhalt über ein neu bezogenes Bett. Gegen den Wärter und näher hinzukommende, mit ihm das Zimmer theilende Kranke nahm er eine bedrohliche Haltung an, beruhigte sich indess gleich

wieder, blieb aber trotz dieser äusserlichen Ruhe in einem nicht ganz geklärten Bewusstseinszustande. In seiner ganzen Haltung war ein verändertes und zwar träumerisch erscheinendes Wesen zu erkennen und traten dann auch sehr bald bei fortdauernder äusserer Ruhe noch andere Verkehrtheiten zu Tage, namentlich s. g. kleptomatische Gelüste, die sich u. A. auch durch Wegnahme von Cigarrenspitzen und anderen seinen Mitkranken gehörenden Sachen bethätigen.

Was im Uebrigen das körperliche Befinden betrifft, so ist zu berichten, dass der Anfangs konstatierte chronische Nasenkatarrh des Patienten sich hier gebessert hat und schliesslich ganz verschwunden ist. Diese Besserung wurde auch bei einer, von Herrn Professor Dr. Berthold gütigst vorgenommenen Specialuntersuchung constatirt.

Es ergaben sich bei dem Patienten die Residuen einer stattgehabten, nunmehr aber abgelaufenen chronischen katarrhalischen Rhinitis. Ein krankhafter Ausfluss aus der Nase war nicht mehr zu constatieren, ebensowenig eine Affektion der Himmorshöhle.

Am 17. Juli wurde Patient auf Wunsch seinen Angehörigen zurückgegeben, zumal der Versuch gemacht werden sollte, den Kranken durch seine gewohnte Berufsthätigkeit von seinen verkehrten Handlungen abzulenken.

Epicrise.

Ziehen wir das Facit aus den Hauptthatsachen der Anamnese und der Beobachtung im städtischen Krankenhause, so ergibt sich zunächst, dass beim Patienten in

der That eine Seelenstörung vorhanden ist, und dass Simulation ausgeschlossen ist. Für letztere fehlt jedes nachweisbare Motiv. Es fehlt für den Patienten jeder Zweck, durch verkehrtes Benehmen den Schein von Geistesstörung zu erwecken und seinen Arbeitsverdienst zu verringern oder desselben ganz verlustig zu gehen und sich von den Polizeibehörden arretiren zu lassen, zumal — wie wir von zuverlässiger Seite erfahren haben — Patient von jeher als fleissiger und durchaus zuverlässiger Arbeiter bekannt ist. Ausserdem stimmt sein Verhalten hierselbst insofern garnicht mit einer Simulationstendenz überein, als er — abgesehen von den episodisch beobachteten Excessen — ein möglichst normales und ordnungsgemässes Verhalten an den Tag gelegt hat.

So unzweifelhaft nun diese Diagnose im Allgemeinen erscheint, so bietet doch die Spezial-Diagnose einige Schwierigkeiten: es fragt sich, in welche der Hauptkategorien die Seelenstörung des Patienten zu subsummiren ist. Auf den ersten Blick könnte sie in keine der üblichen typischen Formen recht hinein zu passen scheinen. Von einem melancholischen Depressionszustande ist bei ihm in keiner Weise die Rede, ebensowenig lässt sich sein Zustand als Manie auffassen; denn, abgesehen von dem expansiven Traum, — welchen er in den wachenden Zustand herübergewonnen hat, — bietet Patient weder in seinen Handlungen noch in seinem Reden und seinem Thun die Merkmale einer Selbstüberhebung oder von expansiver Stimmung dar; er

zeigt für gewöhnlich vielmehr ein durchaus ruhiges, fast apathisches, durchweg bescheidenes Benehmen.

Von Verfolgungswahnideen ist Patient absolut frei, ebensowenig sind Hallucinationen oder Illusionen bei ihm nachzuweisen, auch fehlt jedes Gefühl der Beeinträchtigung, mithin fehlen auch die charakteristischen Merkmale der Paranoia. Allerdings hat der psychische Zustand bei ihm mit einer Traumhallucination begonnen, aber dieses einzelne Vorkommen genügt auch nicht im entferntesten, um den Zustand als Paranoia (Verrücktheit) zu bezeichnen.

Schliesslich fehlen auch die Kriterien des Blödsinns. Gegen die Annahme eines blödsinnigen Zustandes spricht die Tüchtigkeit des Patienten als Vorschlosser beim Maschinenbau, sein im Ganzen gut erhaltenes Gedächtniss und Verständniss.

Die im Traum hervorgetretene Grössenstim-
mung, sowie die fibrillären Zuckungen könnten zwar an eine beginnende paralytische Geistesstörung denken lassen, indess spricht hiergegen das Fehlen sonstiger Grössenwahn-Ideen, die gute Funktionierung des Gedächtnisses auch für die Ereignisse der Gegenwart, seine gut erhaltene Motilität, ferner der Unzustand, dass das Zittern der Zungenmuskulatur nur schwach angedeutet ist. Fassen wir aber die Frage ins Auge: Worin besteht denn eigentlich das Eigenthümliche und Wesentliche der hier vorhandenen Psychose, so finden wir bald den rechten Weg zu einer richtigen Auffassung und Rubricirung des Falles: Wir erkennen näm-

lich, dass es 4 Momente sind, durch welche die hier vorliegende Psychose charakterisirt wird:

Erstens ist es das intercurrente und episodische Auftreten der Anfälle von Geistesstörung, die, wie oben specieller dargelegt ist, ex abrupto — und zwar ohne äussere sichtbare Veranlassung in die Erscheinung treten und ebenso plötzlich verschwinden.

Zweitens ist besonders charakteristisch die innige, nahe Beziehung zu traumhaften- resp. Rauschzuständen.

Drittens der eigenthümliche Charakter der Anfälle, welche ausser einer traumhaften Bewusstseins-umneblung hauptsächlich heftige paroxysmatische, psychomotorische Entladungen darbieten.

Viertens endlich der Umstand, dass Patient in nicht geringem Grade sich als neuropatisch veranlagt erweist und Züge des sogenannten epileptischen Charakters darbietet, mithin genügend disponirt erscheint für das Auftreten geistesgestörter s. g. epileptoider Zustände.

ad 1) Wie bereits erwähnt, erfolgte der erste Ausbruch der Psychose beim Patienten plötzlich ohne jede nachweisbare Gelegenheitsursache und verschwand dann ebenso schnell wieder. Während der hierauf folgenden 5 Tage, die Patient in der Kranken-Anstalt zubrachte, zeigte er wieder ein ganz rubiges Verhalten und klare Auffassung der Vorgänge. Nach seiner Entlassung aus der Kranken-Anstalt sehen wir bei dem Patienten einen neuen Anfall auftreten (die oben geschilderte Zechprellerei) ebenfalls ohne äusseres Motiv und in gleicher Weise sich abspielend. Sodann erfolgte

eine Pause von nahezu 4 Wochen, bis er am 15. Juni im städtischen Krankenhause wieder einen Anfall erlitt und zwar diesmal unter der Form einer plötzlich auftauchenden Zornwuth. Ein vierter Anfall, der als zweiter in der Kranken-Anstalt beobachtet wurde, ist, wie oben erwähnt, am 20. Juni aufgetreten — wieder ziemlich ex abrupto — aus Anlass eines versagten Wunsches und hat ebenfalls die Dauer von $\frac{3}{4}$ Std. nicht überschritten. Dasselbe gilt lediglich auch von dem 5. und 6. Anfall des p. L. (am 2. resp. in der Nacht vom 10. zum 11. Juli).

ad 2) Die nahen Beziehungen, welche bei dem Patient bezüglich des Auftretens psychischer Störungen zu Rausch- und traumhaften Zuständen bestehen, sind oben genügend erörtert. Bemerkt sei daher hier nur noch besonders, dass Patient seiner Angabe nach für gewöhnlich, von dem Lotterie-Traum abgesehen, sich sowohl zu Hause als auch in der hiesigen Kranken-Anstalt stets eines guten und ungestörten Schlafes erfreut hat.

ad 3) Von positiven Störungen auf dem Gebiete der Intelligenz ist bei ihm in den Anfällen keine Rede; es sind weder Hallucinationen noch Illusionen beobachtet, ebensowenig Wahnideen, vielmehr bestehen die Anfälle in plötzlich auftretenden, verkehrten Handlungen und sind dieselben durchaus klonischen Krampfzuständen (Convulsionen) vergleichbar.

ad 4) Für die Annahme einer neuropathischen Anlage sprechen speciell folgende Momente:

- a) Patient ist Sohn eines *Potator strenuus*. Erfahrungsgemäss leiden die Kinder von Alkoholikern

relativ häufig an Epilepsie oder erweisen sich als neuropathisch belastet.

- b) Wie oben erwähnt, ist Patient während seiner Schulzeit durch Neigung zur Absonderung auf gefallen, was wohl so zu verstehen ist, dass er die psychischen Erregungen, wie sie die Geselligkeit mit sich bringt, weniger gut vertragen und ihnen sich daher instinctiv zu entziehen gesucht hat.
- c) Sein Charakter wird als labil, d. h. als ebenso schnell zum Weinen, wie zu aufbrausender Heftigkeit geneigt geschildert.
- d) Auch die Thatsache, dass seine Frau 2 Mal todte Früchte zur Welt gebracht hat und dass der einzige lebende Sohn abnorm grosse Schädel dimensionen, aber geringe Geistesanlagen hat, lässt eine Schwäche (Minderwerthigkeit) seiner Descendenz erkennen, zumal die Frau körperlich gesund erscheint.
- e) Wichtig erscheint vor allem auch die Intoleranz gegen Alkohol; dieselbe ist ja bei Patient in frappanter Weise hervorgetreten. Bekanntlich vertragen hereditär Belastete Spirituosen schlecht; dasselbe ist auch nicht selten nach Kopfverletzungen zu beobachten.
- f) Von Verletzungen ist nun Patient auch nicht frei geblieben; vor 10 Jahren resp. vor 5 Monaten erlitt er je einen schweren Unfall (cfr. Anamnese). Bekanntlich treten nach schweren Verletzungen nicht selten neuropathische Folgezustände auf, die als „traumatische Neurose“ bekannt sind.

Es ist oben bereits hervorgehoben, dass Patient nach dem ersten Unfälle vorübergehend die Potenz verloren hatte. Der gänzliche Verlust des Geruchsinnus und die Herabsetzung der Geschmacksempfindung, welche demnächst zu konstatiren gewesen sind, möchten wohl auch den Schluss zulassen, dass das Nervensystem des Patienten im Allgemeinen wenig widerstandsfähig ist.

Im speciellen ist auch der vasomotorische Apparat krankhaft erregbar: Patient erröthet häufig ohne jede Veranlassung oder er wird abnorm blass.

Diese in Vorstehendem specieller nachgewiesenen, für die Psychose des L. . . . besonders charakteristischen Momente weisen uns direct auf die Gruppe der epileptischen resp. der epileptoiden Zustände hin. Letztere können bekanntlich nun zwar in sehr verschiedenartiger Weise auftreten. Hier möge es genügen, auf eine besonders von Falret und von v. Krafft-Ebing geschilderte Spezialform hinzuweisen, nämlich auf transitorisch in die Erscheinung tretende Anfälle von Geistesverwirrung, welche durch

„eigenthümliche Dämmerzustände mit
 „traumhaften, romanhaften Ideen meist
 „expansiven Inhalts ausgezeichnet sind“
 und bei denen die Anfälle „dem wechselnden Zu-
 „stande des Bewusstseins entsprechend, bald als
 blosse Zwangsvorstellungen, bald „als impulsive
 Handlungen erscheinen.“

Es entspricht die von Krafft-Ebing in seinem „Lehrbuche der Psychiatrie, Seite 550 (3. Aufl.)“ für

diese Zustände gegebene Schilderung*) durchaus der Geschichte, der, bei dem Patient in traumhaften Zustände sich entwickelnden Geistesverwirrung, auch darin, dass gerade diese Form nicht sowohl bei Epileptikern mit ausgeprägten epileptischen Insulten zu beobachten ist, als vielmehr gerade bei denjenigen, welche nur unvollständige, epileptische Anfälle darbieten, nämlich nur an ein oder einige Sekunden langem Entschwinden der Gedanken und an vertiginösen Insulten leiden, wie sie ja auch bei Patient sich geltend gemacht haben.

Mit diesem Nachweis der Zugehörigkeit der Psychose des p. L. zu der Gruppe der epileptischen resp. epileptoiden Geistesstörungen erscheint das Interesse des vorliegenden Falles jedoch keinesweges erschöpft. Es ist die Komplikation mit den Folgen

*) „Der Kranke scheinbar bei sich und scheinbar bewusst „handelnd und sprechend, befindet sich gleichwohl in einem Zustande traumartiger Umdämmerung, vergleichbar dem des Nachtwandlers. Er handelt im Sinne seiner traumhaften, romanhaften Ideen, führt eine wahnhafte Rolle oder Mission durch und geräth „dadurch mit der Wirklichkeit und seinen realen Interessen in „bedenklichen Conflict. So kann es zu Sichirregehen, Vagabondage, „Desertion, Schwindeleien, Diebstählen und dergl. kommen, für „die der Kranke hinterher nur summarische oder auch gar keine „Erinnerung besitzt.“

Der vorliegende Fall stimmt auffallend mit der Schilderung Krafft-Ebing's überein, auch darin, dass von dem Patienten nur eine summarische Darstellung seiner Excesse erbracht werden kann.

Uebrigens sind von Tamburini („Rivista sperim. 1878 pag. 597 u. f. L'Amnesia non e cattare costante dell' epilessia larvata“); Fälle von epileptischen Psychosen mitgetheilt, in denen die Erinnerung an die Vorgänge eine sehr gute war.

einer schweren Augenverletzung, welche demselben ein ganz besonderes Interesse verleiht, speziell auch mit Rücksicht auf die Pathogenese. Letztere hat noch keine vollständige Erledigung gefunden, insofern die Frage nach der sogen. accessori-schen resp. Gelegenheitsursache noch nicht beantwortet ist. Auf den ersten Blick scheint es an einer solchen *causa movens* zu fehlen. Wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, haben bei dem p. L. vor dem ersten Ausbruch der Psychose weder psychische noch somatische Erregungen oder eine intercurrente Erkrankung stattgehabt, ebenso wenig Alkoholrausch oder sonstige Intoxikation: er fühlte sich in seinem Beruf und in seiner Familie ganz wohl und war damals im besten Wohlsein zu Bett gegangen.

Diesem Manquo an einer Gelegenheitsursache darf die, beim Patient stattgehabte Augenläsion resp. deren Residuen (eine Sclera-Corneanarbe mit Verlötung der Iris) wohl eine besondere Berücksichtigung beanspruchen: sie bietet sich gewissermassen als einziges Moment dar, welches hier für die Pathogenese herangezogen werden kann. M. E. lässt sich die Annahme eines Causalnexus zwischen den Residuen der Augenverletzung und dem Ausbruch der Psychose bei dem Patienten sehr wohl begründen: Für dieselbe sprechen besonders folgende Erwägungen:

1. Dass bei unserm Kranken ein larvirter *status epilepticus* als vorhanden angenommen werden muss — wenn auch nur als ein, in schwach ausgeprägter Weise in Form von Absencen und kurz-

dauerndem Schwindel zu Tage tretender — ist oben genügend nachgewiesen.

2. Ebenso ist es eine hinreichend sicher gestellte Thatsache, dass durch äussere Verletzungen, namentlich des Kopfes*) nicht allein epileptische und epileptoide Zustände bedingt werden können, sondern dass auch bei, mit Epilepsie behafteten Kranken der Ausbruch epileptischer Insulte durch Reizung der, von früheren Verletzungen zurückgebliebenen Narben erfolgen kann. Es sind in der Literatur sogar Fälle mitgetheilt, in denen durch Excision solcher Narben Epileptische von ihren Krämpfen resp. psychischen Aequivalenten befreit worden sind.

Hieraus folgt zunächst, dass a priori gar kein Grund vorliegt, gegen die Möglichkeit, dass ebenso wie rein äussere Haut- und Knochennarben auch Narben anderer zumal edler Organe, wie es der Augapfel darstellt, als Ausgangspunkt für die Erregung resp. Auslösung epileptischer resp. epileptoider Insulte dienen können. Diese Möglichkeit muss sogar für ein so zartes, sensibles und mit dem

*) Vergl. Koeppe: Ueber Kopfverletzungen als periphere Ursachen reflektirter Psychosen etc. Ref. in Virchows Jahrbüchern 1874, II. S. 104.

Die Fälle betrafen sämmtlich epileptische Geistesranke mit Narben im Gebiet des Inguinis, des Plexus nervosus capitis und des N. occipital. maior. In allen Fällen war hereditäre oder individuelle Anlage zu einer Psychose vorhanden. Die Narbe war in 5 Fällen von sehnigem, knorpeligem Gefüge, in 2 Fällen trat ein Nerv in die Narbe, in einem Falle unter Bildung eines Pseudoneuroms. In allen 7 Fällen soll durch Excision der Narbe Heilung erzielt worden sein.

Gehirn in nächster und directester Verbindung stehendes Organ, wie es das Auge ist, als besonders nahe liegend erscheinen.

Die Narbe am Auge, um welche es sich in diesem Falle handelt, betrifft ja nicht allein die Sclera in ihrer ganzen Dicke, sondern wesentlich auch die Iris und ist durch die nothwendig gewordene Excision eines Theils derselben und durch die demnächst erfolgte Anlöthung an den Limbus corneae nicht nur eine erhebliche Verzerrung und schlitzförmige Verziehung der Pupille bedingt, sondern auch eine partielle Immobilisirung und Vinculirung des Irigewebes, durch welche dieses, für eine fast ununterbrochene, zwischen Kontraktion und Dilatation spielende, abwechselnde mechanische Leistung bestimmte und fein abgestimmte, schon auf kleine Lichtdifferenzen prompt und präcis reagirende Organ nicht allein in dieser seiner Function bei jeder grösseren Inanspruchnahme behindert werden muss, sondern auch nicht unerheblichen Zerrungen und Reizungen ausgesetzt ist. Hierzu kommt noch, dass wir in der Iris ein Gewebe zu erkennen haben, das mit ausserordentlich empfindlichen Nerven ausgestattet ist, (N. ciliares long. und brev., welche durch Vermittelung des Gangl. ciliare mit den N. N. oculomot., trigem. und sympath. in Verbindung stehen.)

In unserem Falle ist, wie mit blossem Auge zu sehen, das harmonische Spiel der Irismuskeln thatsächlich gestört und behindert; in der Dunkelheit bleibt bei der Erweiterung die rechte Pupille merklich hinter der normalen linken Pupille zurück; und beim Einfall grellen Sonnenlichtes kommt eine centrale Eröffnung der Pupille,

wie sie das rechte Auge darbietet, nicht zu Stande, vielmehr bleibt trotz einiger Verziehung in die Hauptsache die Schlitzform bestehen, so dass eine abnorme Belichtung der Retina sich geltend macht.

Es ist einleuchtend, dass die stärkste Zerrung einerseits bei maximaler Dunkelheit, andererseits bei maximaler Helligkeit eintreten muss, da im ersteren Falle die dilatirenden Fasern das Maximum ihrer Zugwirkung ausüben, im letzteren Falle die Contraction der Circulärfasern ihre grösste Intensität erreicht, in beiden Fällen aber eine Zerrung des, an der Narbe festgelötheten Irisgewebes stattfinden muss.

Nun ist thatsächlich der Ausbruch der Psychose in extremster Dunkelheit, nämlich mitten in dunkler Nacht, im Schlaf erfolgt und sind andererseits die demnächst hier in der Krankenanstalt beobachteten Erregungsparoxysmen gerade bei besonders heller Beleuchtung zu Tage getreten, nämlich: das erste Mal am sonnenhellsten Tage des Jahres, am 24. Juni, Mittags, bei wolkenlosem Himmel, als Patient sich längere Zeit im Freien aufgehalten hatte, das 2. und 3. Mal ebenfalls bei sehr hellem Sonnenschein.

Der letzte hier (am 11. Juni) beobachtete Anfall ist wieder mitten in der Nacht, etwa 3 Uhr Morgens zum Ausbruch gekommen und zwar — wie bereits mitgetheilt — nach einer, 6 Stunden vorher stattgehabten Erregung des Auges durch eine Augenspiegeluntersuchung.

Die Ergebnisse der klinischen Beobachtung stehen also in dieser Beziehung mit den theoretischen Annahmen durchaus im Einklange.

Um nun auch experimentell der Sache näher zu treten, habe ich geglaubt, prüfen zu müssen, welche Wirkung ein schnell und oft wiederholter Wechsel von Verdunkelung und Beleuchtung des Auges auf das Befinden des Patienten auszuüben im Stande sei. Zu dem Zwecke habe ich beide Augen des Patienten während etwa 10 Sekunden durch Vorhalten beider Hände beschattet und dann für ebenso lange Zeit wieder das volle Tageslicht eintreten lassen.

Diese Manipulation wurde von mir ununterbrochen während zwei Minuten fortgesetzt. Es zeigt sich hierbei zunächst, dass die Reaktionsbewegung der rechten Iris erheblich behindert war. Nach Beendigung des Verfahrens wurde Patient befragt, ob er irgend welche Verenderung seines Allgemeinbefindens verspüre; derselbe erklärte hierauf, es habe sich bei ihm ein Schwindelgefühl und auch ein Gefühl von Kälte im Kopfe eingestellt.

Es könnte nun zwar der Einwand erhoben werden, dass die Zeitdauer zwischen der erlittenen Verletzung und dem Ausbruch der Geistesstörung doch zu lange sei, um eine Causalbeziehung möglich erscheinen zu lassen, da ja sonst wohl zu erwarten gewesen wäre, dass der Ausbruch der Psychose früher hätte erfolgen müssen. Dem gegenüber muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass Patient während der ersten Wochen nach der Verletzung äusseren Erregungen so gut wie ganz entzogen gewesen ist und dass er sich damals unter den denkbar günstigsten diätetischen Verhältnissen und in der sehr sorgfältigen Pflege der hiesigen Augenklinik befunden hat. Es ist dadurch jedenfalls eine Verbesserung der

gesamten Körperkräfte bedingt worden, welche letztere dem Patienten dann auch nach seiner Entlassung eine erhöhte Widerstandsfähigkeit verliehen hat. Es erscheint weiterhin durchaus begrifflich, dass, nachdem Patient dann wieder zur regulären Arbeit gegangen ist, eine erhöhte Consumption der aufgespeicherten Körperkräfte stattgefunden hat und Patient dadurch weniger widerstandsfähig geworden ist und zugleich sich durch die Erregungen, wie sie seine Berufsthätigkeit mit sich bringt, eine erhöhte Reizempfänglichkeit herausgebildet hat.

Einen ferneren Einwurf könnte man vielleicht daraus herleiten, dass, obwohl Iridektomien und Irisverlöthungen keineswegs selten seien, doch noch kein derartiger Causalnexus, wie er für unseren Fall geltend gemacht wird, jemals beobachtet oder bekannt geworden sei.

Demgegenüber ist zu betonen, dass selbstverständlich nicht erwartet werden kann, dass bei jeder Irisverletzung eine Psychose zum Ausbruch kommen müsse, sondern, dass ja eine gewisse Disposition wohl vorhanden sein muss, wenn hauptsächlich Reizzustände den Ausbruch von Geistesstörung bedingen sollen, und dass, da bei der grossen Mehrzahl der Fälle von Augenverletzung diese Vorbedingung nicht vorhanden ist, es auch nicht auffallend erscheinen kann, wenn solche Fälle nur in einem kleinen Prozentsatze vorkommen.

Ausserdem liegt auf der Hand, dass ein solcher Einwurf auch aus dem Grunde nicht stichhaltig ist, weil in Fällen dieser Art der Causalnexus, auch wenn er wirklich vorhanden ist, doch sehr leicht verkannt oder übersehen werden kann und es gar nicht ausgeschlossen

ist, dass derselbe trotz Vorhandenseins unbeobachtet geblieben ist; ganz abgesehen noch davon, dass aus dem Mangel der Publikation solcher Fälle nicht so ohne Weiteres auf einen Mangel des Vorhandenseins derselben geschlossen werden kann.

In Vorstehendem glaube ich nachgewiesen zu haben, dass die, von mir aufgestellte Hypothese eines Causalnexus zwischen der Augenläsion und dem Ausbruch psychopathischer Erregungsparoxysmen hinreichend gestützt ist.

Ich brauche jedoch wohl nicht noch erst besonders hervorzuheben, dass, so sehr begründet mir auch diese Hypothese erscheint, ich die in Rede stehende Frage doch keineswegs durch Mittheilung dieses Einen Falls als definitiv erledigt erachte, dass es meines Erachtens hierzu vielmehr noch einer grösseren Anzahl einschlägiger Fälle bedürfen wird.

Gerade in Anbetracht des Mangels hinreichender Casuistik habe ich geglaubt, diesen von mir beobachteten Fall ausführlich mittheilen zu sollen, als einen, wie ich annehme, nicht ganz unwillkommenen kasuistischen Beitrag für diese Frage.

Nachtrag. Nach seiner Entlassung aus der Städtischen Krankenanstalt begab sich Patient in die Königliche Universitäts-Augenklinik zur event. Vornahme einer Nachoperation an der Iris. Bei dieser Gelegenheit wurde durch Herrn Hofrath, Professor Dr. Kuhnt konstatirt, dass das, von mir Seite 11 beschriebene, kleine Gebilde eine Perlcyste der Iris ist, die von ihm operativ entfernt wurde. Bei dem sehr seltenen Vorkommen solcher Cysten bietet der vorliegende Fall noch ein neues, nicht geringes, ophthalmologisches Interesse.


Literatur.

- Falret: De l'état mental des épil. 1861.
- L. v. Franckl-Hochwart: Ueber Psychosen nach Augenverletzungen (Jahrb. f. Psychiatr. 1889 II, S. 152).
- Griesinger: Pathol. u. Therap. d. psych. Krankheiten. 5. Aufl. 1892.
- Griesinger: Ueber epileptoide Zustände (Arch. für Psych. 1868 I).
- Koeppe: Ueber Kopfverletz. als periphere Ursachen etc. (Deutsch. Archiv f. klin. Mediz. Bd. XIII).
- v. Krafft-Ebing: Lehrbuch f. Psychiatrie 1888, 3. Aufl.
- v. Krafft-Ebing: Ueber epileptoide Dämmer- und Traumzustände (Allgem. Zeitschrift f. Psych. 1876).
- Laune: Du délire consécutif à l'opération de la cataracte (Gazette des hospitaux 57, 1863 ref. in Virch.-Hirschs Jahresber. 1863).
- Nothnagel: Epilepsie in Ziemssens Pathol. u. Therapie.
- Russel Reynolds: Epilepsie, ihre Symptome und Behandlung. Uebers. von Beigel. Erlangen 1865.
- Schüle: Handbuch d. Geisteskrankh. 1880, 2. Aufl.
- Tamburini: Rivista sperim. 1878, pag. 597 u. ff.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir ein Bedürfniss, Herrn Professor Dr. Meschede für die Anregung zu derselben und für die gütige Leitung bei der Beobachtung und der Ausarbeitung meinen wärmsten Dank auszusprechen.



Thesen.

1. Von Medikamenten ist bei Phthisis pulmonum das Kreosot am empfehlenswertheften.
 2. Der ätiologische Zusammenhang zwischen Tabes und Lues ist nicht erwiesen.
- 



Vita.

Der Verfasser dieser Arbeit, Rudolf Fabian, evangelischer Confession, Sohn des Polizei-Stadtphysikus Sanitätsrath Dr. Fabian, wurde am 24. März 1868 zu Heiligenbeil in der Provinz Ostpreussen geboren. Seine Schulbildung erhielt er auf dem Kneiph. Stadtgymnasium zu Königsberg i. Pr., das er Ostern 1887 verliess, um sich darauf dem Studium der Medicin an den Universitäten Königsberg i. Pr., Leipzig, Strassburg i. E. und Marburg a. L. zu widmen.

Ostern 1889 bestand er in Strassburg i. E. des Tentamen physicum, im Prüfungsjahr 1892/93 zu Königsberg i. Pr. die ärztliche Staatsprüfung, am 27. Juli 1893 daselbst das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Privatdocenten:

Königsberg i. Pr.: Berthold, H. Braun, Jul. Caspary, Rob. Caspary †, Chun, Dohrn, v. Esmareh, Fränkel, Hermann, v. Hippel, Jaffe, Langendorff, Liehtheim, Lossen, Meschede, Mikuliez, Münster, Nauwerek, Neumann, Schirmer, Schneider, Schreiber, Stetter, Stieda, Treitel, Zander.

Leipzig: Braune †, His.

Strassburg i. E.: Fittig, Goltz, Hoppe-Seyler, Jössel †, Kohlrausch, Schwalbe.

Marburg a. L.: Ahlfeld, H. Braun, Gasser, Kohl, Marehand, Meyer, Rumpf.

Allen diesen Herren, meinen verehrten Lehrern, sage ich hiermit meinen verbindlichsten Dank.



12778

2585