IV. Nystagmus der Bergleute.

Von
Prof. Alfred Graefe in Halle.

In No. 13 dieser Zeitschrift hat Herr Dr. Baer über einige in der Foerster'schen Universitätsklinik für Augenkranke zur Beobachtung gelangte Fälle von Nystagmus der Bergleute referirt und hierdurch in dankenswerther Weise zur Erforschung dieser noch immer dunklen Erkrankungsform eine weitere Anregung gegeben. Das Interesse, welches ich an derselben schon eine Reihe von Jahren nehme, veranlasst mich, einige kurze Bemerkungen an jenen Artikel anzuknüpfen und meine Stellung zu den discutirten Fragen etwas bestimmter zu präcisiren, als es in demselben geschehen ist.

Die Symptomatologie der Krankheit als bekannt voraussetzend, komme ich nur auf die von dem Herrn Referenten vertretene Erklärung der in Rede stehenden frappirenden Erscheinungen zurück. In meiner Arbeit „Motilitätsstörungen“ (Handbuch der ges. Augenheilkunde von Graefe und Sämisch, Bd. VI, p. 235) habe ich mich dahin ausgesprochen, „dass ich geneigt gewesen sei, der Stellung, welche die Bergleute bei ihren Beschäftigungen einzunehmen pflegen, eine pathogenetische Bedeutung zuzuschreiben. Dieselben müssen nämlich nicht selten in liegender, kauern- oder knieender Körperlage mit stark gehobener die Convergenzstellung der Augen also am wenigsten begünstigender Blickrichtung arbeiten, deren forcirte Festhaltung leicht eine Ueberreizung oder Erschlaffung des die Augenbewegungen beherrschenden nervösen Apparates bedingen könnte.“ Diese von mir zuerst ausgesprochene, indess wieder fallen gelassene Interpretation wird in dem bezüglichen Artikel von Neuem aufgenommen — nur wundere ich mich, dass der Herr Referent hierbei die Gründe anzuführen ganz unterlässt, welche mich veranlassen mussten, eben diesen Erklärungsversuch als einen genügenden nicht gelten zu lassen. Abgesehen nämlich davon, dass mehrere der erkrankten Bergleute, wie ich ausdrücklich bemerkt habe, niemals in einer Körperstellung gearbeitet hatten, welche Erhebung der Blickebene verlangt hätte (einer meiner Fälle, mehrere Nieders, wie mir derselbe brieflich mittheilte), erwähnte ich in den gegebenen Krankengeschichten (16, p. 233) eines Falles, bei welchem die nystagmischen Oscillationen am Sichersten bei starker Senkung der Blickebene hervorgerufen wurden. (Wenn der Herr Referent mit Beziehung auf diesen Fall sich der Wendung bedient „es mache derselbe in so fern eine Ausnahme, dass in ihm der Nystagmus beim Blick nach unten eingetreten sein soll“ — so will ich dieses Lapsus wegen nicht mit ihm rechten). Jene Thatfachen lassen sich doch nicht ignoriren, bloss weil sie sich einer an sich sehr ansprechenden Theorie nicht recht fügen wollen! Wenn nun der Herr Referent in Folge der Selbstkritik, welche ich meiner anfänglichen Auffassungsweise, für welche er nun

plaidirt, entgegenhielt, behauptet, dass ich keine Erklärung für das Phänomen anzugeben wisse, so muss er mir gestatten, darauf zu verweisen, dass ich eine solche weiter zu geben wohl versucht habe. L. c. ist zu lesen: „nach meinem Dafürhalten spielt die Dunkelheit bei Entwicklung der in Rede stehenden Anomalie allerdings eine sehr wichtige Rolle, lediglich aber deshalb, weil sie das Sehen und damit auch das Fixiren erschwert. Nicht die Dunkelheit an sich ruft die Bewegungsstörung hervor, sondern vielmehr die fast permanente Anstrengung, im Dunkeln gewisse Objecte deutlich zu erkennen“. Gegeben habe ich also eine Erklärung, sie als die unfehlbar richtige und erschöpfende zu proclamiren, ist mir allerdings nicht in den Sinn gekommen. Dass übrigens nach den bisherigen Erfahrungen nur in Kohlenbergwerken beschäftigte Arbeiter an der fraglichen Krankheit laboriren und nicht andre, welche in gleicher Weise im Dunkeln zu arbeiten gezwungen sind, veranlasste mich gleichzeitig zu dem Zusatz, dass in den Schädlichkeiten, welche den in Kohenschachten arbeitenden Bergmann umdrängen, ein weiteres, das Entstehen der Krankheit förderndes Moment liegen möge, welches als ein „toxisches“ zu definiren bisher allerdings nicht gelungen sei. —

Ich kann auch jetzt noch die Ueberzeugung nicht aufgeben, dass die durch die Dunkelheit bedingte Erschwerung der Fixation bei unsrer Krankheitsform die von mir angedeutete Rolle spielt. Es scheint dies unter andern darum wahrscheinlich zu sein, weil manche Kranke, bei welchen die Krampfbewegungen während der Tagesbeleuchtung mit Sicherheit nur bei gehobener Blickebene hervorgerufen werden können, im Dunkeln jenen Paroxysmen ganz spontan und häufig bei allen Blickrichtungen verfallen. In den meisten Fällen — das will ich keinesfalls in Abrede stellen, wie sich ja auch meine ursprüngliche Ansicht hierauf gründete — ist es die gehobene Blickrichtung, welche die Bewegungen in Scene setzt, das haben mir meine ersten Beobachtungen gezeigt und das stimmt auch nicht allein zu mehreren der publicirten, sondern auch zu einigen von Dr. Peppmüller beobachteten nicht zur Publication gelangten Fällen. Ich wies bereits auf die schon physiologisch erschwerte Convergenzstellung bei Hebung der Blickebene als ein die Genese der Störung möglicherweise begünstigendes Moment hin und gebe gern zu, dass dasselbe neben den das Fixiren erschwerenden Einflüssen der Dunkelheit überhaupt, in vielen Fällen die Ausbildung des Leidens zu bestimmen oder zu beschleunigen wohl geeignet sein mag. Mit Herrn Dr. Baer Paresen der Mm. r. superiores als eine bedingende oder fördernde Ursache anzunehmen, scheint mir nicht ausreichend berechtigt zu sein. Bei meinen und allen übrigen bisher beobachteten Kranken war eine solche Affection nicht vorhanden, und wenn bei einem der Kranken, über welche Herr Dr. Baer spricht, eine „unleugbare Lähmung beider R. superiores zugegen war“, so muss er mir doch die Bemerkung erlauben, dass er hierfür in seiner Darstellung einen unwiderleglichen Beweis nicht geliefert hat.

Ein besonderes Interesse bietet es, dass auch Herr Dr. Baer mittelst des von mir vorgeschlagenen, schon bei meinen Kranken in Anwendung gebrachten Versuchs, die Bahnen der nystagmischen Bewegungen durch einen ruhenden leuchtenden Punkt in einem dunkeln Raume zu bestimmen (l. c. p. 236), sich zu überzeugen Gelegenheit fand, dass diese Bahnen nicht immer in strengem Sinne associirte sind. Ein Beispiel hiervon gab ich bereits in dem p. 233 referirten Falle. Auch Dr. Peppmüller sah bei Disjunction des binocularen Sammelbildes mittelst eines Prisma bei einem seiner Kranken die Bewegungsbahn des einen Auges als eine nahezu quadratische, die des andern als eine unregelmässig achterförmige. Es scheinen übrigens diese Bewegungsbahnen bei ein und demselben Kranken unserer Kategorie nicht jederzeit ganz die gleichen zu sein.