Ein Fall von pulsierendem Exophthalmus.

Von Dr. R. J. Schaefer in Remscheid.

Zu den selteneren Formen des „pulsierenden Exophthalmus“ gehört die spontan, infolge von Degeneration der Gefäßwand entstandene. Die traumatische ist häufiger.

Wenn nun auch in letzter Zeit sich die Ophthalmologie wieder mit dem Krankheitsbilde des Exophthalmus pulsans und seiner operativen Behandlung häufig beschäftigt hat und zu wiederholten Malen ausführliche, auf großes statistisches und experimentelles Material gestützte Arbeiten erschienen sind, durch welche besonders auch die Prognose der operativen Behandlung dieser Erkrankung klargestellt wurde,¹⁾ so mag es doch angezeigt sein, hier einen Fall zu veröffentlichen, der ein so hohes Menschenalter betrifft und dabei einen so guten Krankheitsverlauf hatte, wie er in ähnlicher Weise meines Wissens bis jetzt noch nicht beschrieben worden ist.

Am 20. Januar 1907 wurde ich zu einer etwa 12 km von Remscheid auf dem Lande wohnenden Frau Ww. P. J., 74 Jahre alt, gerufen, die infolge von Influenza augenleidend sein sollte.

Herr Sanitätsrat Dr. Potjan (Wermelskirchen), welcher ein paar Tage vorher die Kranke in Behandlung bekommen hatte, teilte mir die Anamnese mit: Danach war nach Aussage der Angehörigen die Patientin am 10. Januar mittags plötzlich mit Uebelsein und Erbrechen erkrankt, weswegen sie sich zu Bett gelegt habe. Es seien dann bald darauf heftige, in das rechte Auge ausstrahlende Kopfschmerzen eingetreten. Am folgenden Tage habe man einen mattbraunen Kranz um die Augenlider des rechten Auges bemerkt, und am 12. Januar sei das obere Augenlid gelähmt heruntergefallen. Bewußtlosigkeit sei nie vor-

1) S. S. Golowin (Moskau), Die operative Behandlung des pulsierenden Exophthalmus. Zeitschrift für Augenheilkunde, Bd. 4, S. 181. — Paul Knapp (Marburg), Ueber einen Fall von Exophthalmus pulsans. Zeitschrift für Augenheilkunde, Bd. 6, S. 466. — H. Sattler (Leipzig), Ueber ein neues Verfahren bei der Behandlung des pulsierenden Exophthalmus. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 43. Jahrg., Bd. 2, Juli 1905. — G. Schwalbach (Berlin), Zur Behandlung des pulsierenden Exophthalmus. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 43. Jahrg., 2. Bd., November 1905. — Siegrist, Die Gefahren der Ligatur der großen Halschlagadern für das menschliche Auge. Habilitationsschrift, Basel.

handen gewesen, vielmehr bestände fortgesetzte Schlaflosigkeit. Das Augenleiden sei dann schlimmer geworden, sodaß, als er selbst, Dr. Potjan, hinzugezogen worden sei, bereits ein starkes Hervortreten des Augapfels aus der Augenhöhle sichtbar war. Die Frau habe dann hauptsächlich über Geräusche im Kopfe geklagt und über eine Verstärkung der schon früher etwas vorhandenen Schwerhörigkeit. Sie habe stets gut gesehen und sei niemals augenleidend gewesen. Schwere Krankheiten sollen früher nicht dagewesen sein.

Status praesens: Wir fanden eine noch rüstige, 74jährige, etwas korpulente Frau mit kräftigem Knochenbau, im Bette liegend. An Lunge, Herz und übrigen Organen war nichts Abnormes nachweisbar. Lähmungen an den Extremitäten waren nicht vorhanden. An der rechten Gesichtseite fielen einige Suffusionen, besonders in der Umgebung des rechten Auges, auf; es bestanden vollständige Ptoxis des rechten oberen Augenlides, starke Vortreibung und Verschiebung des Augapfels nach unten, Chemosis, Ophthalmoplegia totalis und Druckempfindlichkeit des Augapfels. Die Tension war bei der großen, starren Pupille sehr erhöht, ein Pulsieren des rechten Auges war noch nicht zu fühlen, jedoch die brechenden Medien waren klar und durchsichtig. Der Augenhintergrund zeigte bei einer starken Ischämie der Retina eine mäßig hervortretende Venenfüllung; die Papille sah etwas blaß aus. Es bestand vollständige Amaurose.

Die Untersuchung des linken Auges ergab ein Sehvermögen $S = 1$ bei in jeder Weise normalen Verhältnissen. Fieber war nicht vorhanden. Im Urin kein Eiweiß und Zucker.

Bei der Schwere des Leidens und bei der Ablegenheit der Wohnung hielt ich eine möglichst baldige Ueberführung der Kranken in meine Klinik für notwendig.

Am 21. Januar nachmittags wurde denn auch die Patientin nach Remscheid gebracht, und noch an demselben Abend versuchte ich in Chloroformnarkose einen operativen Eingriff. Die Protrusio bulbi hatte nämlich jetzt ganz kolossal zugenommen, ein Tumor von fast Hühnereigröße füllte und überragte die Augenhöhle. Es war deutliches Pulsieren des rechten, steinharten Augapfels wahrnehmbar und ein Blasegeräusch und ein Sausen an der rechten Schläfenseite deutlich zu hören.

Die Diagnose: „Exophthalmus pulsans“ infolge Arteriosklerose stand jetzt sicher fest.

Ich ging von vorne her zunächst durch einen Schnitt entlang dem unteren Rande der Augenbraue ein, um nach dem Vorschlag von Sattler eventuell die Vena ophthalmica superior zu unterbinden. Jedoch, je weiter ich in die Tiefe des harten pulsierenden Tumors zu dringen versuchte, umso stärker wurde die Blutung. Eine Vene war nicht herauszufinden. Ich tamponierte die etwa 5 cm tiefe Wunde fest aus und machte denselben Versuch gleich oberhalb des unteren Orbitalrandes; doch auch hier fand ich die Vena ophthalmica inferior nicht; wegen sehr starker Blutung mußte ich die weitere Operation aufgeben. Auf Tamponade stand auch diese Blutung.

Die nunmehr angewandten Mittel gegen Stirnkopfschmerzen, gegen die Geräusche im Kopfe und gegen die Schlaflosigkeit (Veronal, Chloralhydrat mit Morphium etc.) halfen nur wenig, am besten wirkte noch die Unterbrechung der Blutzirkulation durch Digitalkompression der Carotis communis, welche einige Tage lang zeitweise fortgesetzt wurde. Plötzlich in der Nacht vom 28. auf den 29. Januar trat wohlthuender Schlaf ein, und am folgenden Morgen waren die Geräusche subjektiv und objektiv nicht mehr hörbar. Ich nahm an, daß eine Thrombosierung des Sinus cavernosus zustande gekommen sei.

Jedoch der „Exophthalmus pulsans“ nahm immer noch mehr zu, der Augapfel war bereits aus der Orbitalhöhle herausgedrängt, es blieb mir nichts anderes übrig, als den steinharten Bulbus zu enukleieren.

Am 30. Januar nahm ich in Chloroformnarkose den Augapfel heraus, nachdem ich vorher zur Beherrschung einer eventuell stärkeren Blutung alles zur Unterbindung der Carotis communis fertig gelegt hatte.

Bei der Annahme einer bestehenden allgemeinen diffusen Arteriosklerose schien mir bis dahin die Unterbindung der Carotis communis äußerst gefährlich zu sein, sodaß ich nur im dringenden Notfalle sie bei meiner Kranken für indiziert hielt.

Diese bei der Enukleation gefürchtete Blutung trat denn auch aus der sehr erweiterten Arteria ophthalmica ein. Ich legte einen Druckverband auf den vom Bulbus befreiten Tumor an und schritt sofort zur Unterbindung der rechten Carotis communis unterhalb ihrer Teilungsstelle. Zwei feste Ligaturen wurden angelegt. Die Operation verlief vollständig glatt und ohne irgendwelche Komplikationen. Das bis dahin noch sichtbare Pulsieren des Tumors hörte sofort auf. Der weitere Krankheitsverlauf war durchaus gut. Die Schmerzen ließen alsbald nach, der Tumor der Orbita schrumpfte allmählich immer mehr und mehr. Die Patientin erholte sich schnell, sie verließ bald das Bett und konnte am 26. Februar fast geheilt die Klinik verlassen. Sie fühlte sich ohne Beschwerden und hatte ihren alten Humor wiederbekommen. Am 17. März besuchte ich die Frau J. noch einmal in ihrer Wohnung, wo sie bereits ihrer häuslichen Beschäftigung wieder nachging. Der Inhalt der Augenhöhle hatte die normale Größe wiederbekommen, und nur einige Narbenzüge deuteten noch auf die furchtbare Blutüberfüllung, welche kurze Zeit vorher dort bestanden hatte.

Die Patientin hat dann noch etwa ein Jahr lang gelebt. Ueber die letzte Lebenszeit gab mir Herr Sanitätsrat Dr. Potjan in einem Schreiben vom 20. Mai 1908 Auskunft. Es heißt darin: „Nachdem ich dieselbe im Frühjahr 1907 nach Vernarbung der Operationsstelle aus der Behandlung entlassen hatte, ist dieselbe relativ gesund gewesen und hat wenig Beschwerden gehabt. Wenigstens sind nach der späteren Mitteilung der Angehörigen besondere Schmerzen oder Beschwerden in der Gegend der rechten Augenhöhle nicht aufgetreten. Am 11. oder 12. Februar dieses Jahres erkrankte Frau J. angeblich unter den Erscheinungen der Influenza. Bei meinem ersten Besuche — 13. Februar — waren jedoch Erscheinungen vorhanden, die auf eine Blutung in der Schädelhöhle — wahrscheinlich vorne rechts ausgehend — hindeuteten. Am 14. Februar hatte die Benommenheit zugenommen, zeitweise volle Bewußtlosigkeit, leichte Lähmungserscheinungen traten ein. Diese Erscheinungen nahmen zu und führten schon am 15. Februar zum Tode. Wahrscheinlich ist an der früheren Gefäßerkrankungsstelle ein Durchbruch entstanden.“

Die Ligatur der Carotis bei pulsierendem Exophthalmus ist, mit Travers 1813 beginnend, der zuerst diese Operation in Vorschlag brachte und ausführte, im Laufe beinahe eines Jahrhunderts in mehr als 100 Fällen mitgeteilt worden. Sattler und Keller stellen übereinstimmend den Erfolg der Operation auf 66 % fest.

Zu den Heilmethoden, die von den Chirurgen bei Behandlung des pulsierenden Exophthalmus zur Anwendung gebracht werden, gehören, wenn wir die Behandlung mit Medikamenten außerachtlassen, die methodische Kompression der Carotis, Elektropunktur, Einspritzungen von Stoffen, die das Blut zum Gerinnen bringen, Enukleation des Bulbus und in der größten Mehrzahl der Fälle Unterbindung der Carotis auf der einen und zuweilen auf beiden Seiten.

Sattler empfiehlt, allein mit der orbitalen Operation, der Unterbindung und Resektion der aneurysmatisch erweiterten Vena ophthalmica superior, vorzugehen.

Daß es aber notwendig ist, bei jedem einzelnen Falle von „Exophthalmus pulsans“ die operative Behandlung der klinischen Form der Krankheit entsprechend zu individualisieren, dafür, glaube ich, gibt dieser hier mitgeteilte Fall einen neuen Beweis.