IV. Retrobulbäre Neuritis nach Erysipelas faciei. Heilung.

Von Dr. A. Weiland,

Assistenzarzt an der Augenheilanstalt für den Regierungsbezirk Aachen.

Am 5. Mai 1886 wurde die 16jährige Dienstmagd Elise M. aus Stolberg in die Klinik aufgenommen. Die Anamnese ergab, dass Pat. am 25. April an Erysipelas der rechten oberen Gesichtshälfte erkrankt sei; das obere Lid sei geschwollen gewesen, so dass sie das Auge nicht habe öffnen können. Nach Abnahme der Lidschwellung am 29. April habe sie bemerkt, dass sie auf dem rechten Auge, mit dem sie früher sehr gut gesehen, blind sei.

Bei der Untersuchung wurde Folgendes constatirt:

Auf der rechten Wange sind die Spuren des abgelaufenen Erysipels noch sichtbar. Der Bulbus zeigt keine entzündlichen Erscheinungen, ist schmerzlos, sowohl bei Bewegungen, als auf Druck in die Orbitalhöhle, die Tension desselben ist normal. Auf dem rechten Auge besteht totale Amaurose mit Verlust jeder quantitativen Lichtempfindung, die Pupille desselben ist etwas erweitert, reagirt jedoch noch ziemlich gut auf Licht; Hornhaut und Iris zeigen normales Verhalten, die brechenden Medien sind klar und durchsichtig. Das Gewebe der Papilla nervi optici ist opak gefärbt und hat verwaschene Grenzen; die Gefäße sind dünn, so dass Arterien und Venen schwer zu unterscheiden sind, geben jedoch bei Fingerdruck das Pulsphänomen; die überall anliegende Netzhaut ist ungetrübt. Die sonstige Untersuchung der blühend aussehenden Pat. bot keinerlei Abweichung von der Norm.

6. Mai. Das Gewebe der Papille ist durchsichtiger; im Verhalten der Gefäße keine Aenderung nachweisbar.

10. Mai. Ophthalmoskopischer Befund normal. Die Gefäßfüllung ist eine bessere; die Amaurose besteht fort.

12. Mai. Es werden zum ersten Mal Handbewegungen percipirt. Pupille eng.

15. Mai. Pat. zählt Finger bis auf 12 Fuss. Die Aufnahme des Gesichtsfeldes ergibt folgenden Befund:

	o.	a.	u.	i.
	10°	18°	30°	20°

Farben werden nur um den Fixirpunkt erkannt.

Von diesem Tage an geht die Besserung des Sehvermögens rasch vorwärts, so dass am folgenden Tage bereits $S = \frac{17}{70}$ ist, und Jäger 7 gelesen wird. Das Gesichtsfeld ist folgendes:

	o.	a.	u.	i.
	28°	70°	60°	50°
blau	25°	30°	40°	35°
roth	20°	25°	30°	28°
grün	15°	18°	25°	25°

17. Mai. $S = \frac{17}{50}$. Jäger 3.

Gesichtsfeld:

	o.	a.	u.	i.
	38°	70°	70°	60°
blau	30°	35°	50°	48°
roth	28°	30°	40°	38°
grün	20°	25°	38°	30°

18. Mai. $S = \frac{17}{30}$. Jäger 2.

Gesichtsfeld normal.

20. Mai. $S = 1$.

Die Behandlung bestand in täglichen Pilocarpininjectionen und Tragen einer Schutzbrille. Vom 17. Mai an bis zur Entlassung der Pat. am 23. Mai, wurden subcutane Strychnininjectionen in die Schläfe verabfolgt.

Bei der Häufigkeit des Vorkommens von Erysipelas faciei ist das Auftreten plötzlicher Erblindung während oder unmittelbar nach dieser Erkrankung ein glücklicherweise sehr seltenes Symptom. Zur Erklärung desselben können wohl nur drei Möglichkeiten in Frage kommen. Es kann sich das Erysipel auf das Zellgewebe der Orbita fortsetzen und dort zu phlegmonöser Entzündung, die meist zu Abscessen führt, Veranlassung geben, welche die Orbitalgefäße comprimieren und den retinalen Blutstrom aufheben, oder es tritt bei der reichlichen Gefäßverbindung zwischen der Haut der Lider und den Orbitalvenen eine Thrombose der Retinalvenen ein, oder endlich kann sich die Entzündung auf den retrobulbären Abschnitt des Opticus beschränken, und dadurch die Erblindung bedingt werden. Knapp stellt im Archiv für Ophthalmologie Band XIV Heft III 37 Fälle von Erblindung nach Erysipelas zusammen und nimmt für alle eine orbitale Cellulitis an, während Vossius und Jacobson, bei Gelegenheit der Mittheilung eines Falles ihrer Beobachtung, der mit Heilung endete, von zwei Möglichkeiten sprechen: 1) einer retrobulbären Entzündung beschränkt auf die Umgebung des Sehnerven; 2) einem meningitischen Process. Pagenstecher erwähnt in Zehender's klinischen Monatsblättern 2 Fälle von Kopferysipel, welches, das eine in einem Zeitraume von 14 Tagen zur völligen Atrophie nervi optici führte, das andere nach 3 Wochen eine partielle Atrophie mit hochgradiger Herabsetzung der Sehschärfe verursachte. Ueber die Ursache spricht er sich folgendermaassen aus: „Die Annahme, dass sich der erysipelatöse Process auf das retrobulbäre Gewebe fortgesetzt, liegt sehr nahe, ob derselbe hier einfach durch Druck, oder wie jüngst Busch für besondere Geschwulstarten hervorgehoben, durch Resorption wirke, wage ich nicht zu entscheiden.“ August Carl sagt bei Mittheilung eines Falles von Erblindung nach Erysipel: „Am nächsten liegt die Vorstellung, dass durch Ausbreitung des erysipelatösen Processes auf das Orbitalgewebe auch der Sehnerv und seine Hüllen direct in Mitleidenenschaft gezogen werden.“ Aehnlich äussert sich von Graefe: „Sehr eigenthümlich sind die Erblindungen, welche man zuweilen nach Erysipelas faciei beobachtet. Neben der Infiltration der Augenlider existirt vielleicht nur eine ganz geringe Infiltration des orbitalen Fettgewebes, und doch findet sich — zum Glück nur selten — Erblindung. Eine Reihe von derlei Beobachtungen, die ich gesammelt, macht es mir wahrscheinlich, dass auch hier ein entzündliches Leiden des Sehnerven die häufigste Ursache abgibt.“

Eine orbitale Cellulitis bestand in unserem Falle sicher nicht, es bestanden keine Schmerzen, kein Exophthalmus, keine Störungen in der Bewegung der Augen. Gegen eine Thrombose der Retinalgefäße spricht das ophthalmoskopische Bild, das Fehlen von Apoplexien, gegen eine Embolie die erhaltene Circulation, gegen einen meningitischen Process der ganze leichte Verlauf der Erkrankung, das Fehlen jeglicher cerebralen Symptome, die Einseitigkeit des Auftretens der Erblindung. Wir kommen demnach per exclusionem zu der Ansicht, dass es sich um eine Localisirung des Krankheitsheerdes in dem Stamm des Opticus (Neuritis retrobulbaris) gehandelt habe. Die Anomalien im Gewebe der Papilla, als auch in den Gefässen sind so gering, dass wir von denselben nur eine mittlere Sehstörung erwarten, ja dass wir dieselben sogar mit einer befriedigenden Sehschärfe für vereinbar erklären würden, die Trübung und geringe Schwellung der Papille könnte ihrer Form und ihrem transitorischen Charakter nach als interstitielles Oedem gedeutet werden. Auch das Verhalten der Gefäße lässt sich mit der Annahme einer retrobulbären Neuritis wohl vereinbaren. Dass trotz der totalen Amaurose noch eine geringe Reaction der Pupille auf Licht bestand, erklärt zur Genüge die Thatsache, dass zur Auslösung des, die Pupillarreaction herbeiführenden Reflexes geringere Lichtreize, als zur Hervorrufung einer Lichtwahrnehmung genügen.

Eine vollkommene Heilung, wie wir sie in unserem Falle zu verzeichnen haben, ist ein seltenes Vorkommniss und wurde von v. Graefe nur in zwei Fällen von nach Erysipelas auftretender Erblindung beobachtet. Ueber die Prognose äussert er sich in folgender Weise: „Im Allgemeinen sieht man mehr günstige Wendung des Uebels da, wo die Acme selbst mit ungünstigem Stande rasch, als da, wo sie allmählich in continuirlich aufsteigender Weise erreicht wird. Im ersteren Falle kann es sich selbst ereignen, dass die quantitative Lichtempfindung für einige Zeit ganz aufgehoben war, und doch eine völlige Wiederherstellung zu Stande kommt. Meistens führen sie jedoch zur Atrophie der Papille.“