VI. Zur Spätdiagnose traumatischer Netzhautablösung

Rob.

Mengelberg

Augenarzt in Aachen

Seitdem Ammann in dieser Zeitschrift auf die Wichtigkeit der Spätdiagnose traumatische Netzhautablösung hinwies und seitdem von Pfalz der Wunsch ausgesprochen wurde, es möchten weitere Beobachtungen über den Zusammenhang zwischen Trauma und erst später bemerkbar werdender Netzhautablösung an gleicher Stelle veröffentlicht werden, sind mehrere derartige Fälle hier mitgeteilt worden. Diesen möchte ich den folgenden anreihen, teils deshalb, weil die Zahl der Veröffentlichungen doch noch klein ist, teils, weil er auch dadurch an Wert gewinnt, dass der Verletzte keinerlei materielles Interesse am Zusammenhang der Erkrankung mit dem angeblichen Unfall hat.

Es handelt sich um ein 49jähriges Fräulein Sch., das seit Jahren an Ischias leidet. Nachdem vor 4 Jahren die rechte Mamma wegen Adenokarzinoms entfernt wurde, traten auch heftige Schmerzen in der Operationsnarbe und im rechten Arm auf. Sonst fühlt sich die Patientin wohl, sieht gut aus; es fehlt jegliches lokales Rezidiv und jede Erscheinung, die auf eine Metastase hinzeigte; die inneren Organe, besonders auch Herz, Gefässe und Nieren sind gesund.

Am 26. IX. 1905 kam die Kranke zu mir mit der Angabe, dass sie seit 2 Tagen eine Verschleierung vor dem rechten Auge bemerke, die durch Blitzen vor dem Auge und Funkensehen eingeleitet worden sei; früher sei das Sehvermögen immer gut gewesen, nur sei ihr aufgefallen, dass sie in dem letzten Jahr nicht mehr gut habe lesen können.

Die Untersuchung ergab eine grosse, faltige, schwappende Netzhautablösung nach unten vorn, mit entsprechender Gesichtsfeldeinschränkung; von einer Blutung oder einem Riss ist nichts zu sehen; die vordere Grenze ist selbst bei erweiterter Pupille nicht aufzufinden. Die Tension des Auges ist etwas herabgesetzt, das Auge sonst äusserlich normal. S = 5/10 mit traumatischer Netzhautablösung.

467

.-+1,5 D. sph Ig I. in 22 cm. Links S. = 1. Beiderseits besteht Emmetropie. Die bei der Untersuchung flüchtig gestellte Frage nach einer Verletzung wurde verneint. Wollte ich nun nicht eine spontane Ablösung in einem emmetropischen Auge annehmen, so lag es nahe, trotz des Aussehens der Ablösung wenigstens die Möglichkeit eines metastatischen Aderhautkarzinoms in Betracht zu ziehen; gegen diese Möglichkeit aber sprach neben dem guten Allgemeinbefinden der Kranken das Fehlen eines Lokalrezidivs und jeglicher anderer Metastase, dann der lange Zwischenraum zwischen der Operation des Brustkrebses und dem Auftreten der Netzhautablösung (die meisten Krebsmetastasen im Auge zeigen sich nach $> \frac{5}{8}$ –II/, Jahr nach der Operation; nur zwei-mal ist ein grösserer Zwischenraum vermerkt, 6 und 9 Jahre) und weiter die für Krebsmetastase ungewöhnliche Lokalisation vorn in der Nähe der Ora serrata. War also damals schon ein metastatischer Tumor als Grund der Ablatio unwahrscheinlich (und ebenso ein primärer Tumor), so ist er jetzt (September 1906) sicher ausgeschlossen.

Einen einleuchtenden Grund für die Netzhautablösung fand ich somit vorläufig nicht; diesen bekam ich erst, als mir einige Tage später die Kranke folgendes erzählte:

Vor 5–6 Wochen habe sie nachts mit aussergewöhnlich heftigen Schmer/.en in der Operationsnarbe zu Bette gelegen; als sie sich hastig herumgedreht habe, um ein Schlafpulver vom Nachttische zu nehmen, sei sie mit dem rechten Auge gegen die Ecke der marmornen Tischplatte gestossen, so dass sie vor Schmerz zurückgetaumelt sei; doch babe der Schmerz nach dem Stosse bald nachgelassen oder sei von dem andern übertrumpft worden; jedenfalls habe sie noch das Pulver genommen (Morphium) und sei danach auf einige Stunden eingeschlafen. Da sie am anderen Morgen keine Augen-schmerzen gehabt habe, sei ihr die Sache ganz entfallen, besonders auch deshalb, weil sie noch mehrere Tage bettlägerig geblieben sei; doch sei ihr gesagt worden, dass die Lider und das Weisse des rechten Auge blutunter-laufen gewesen seien. (Dies wurde mir von den Angehörigen bestätigt.) Aber der Stoss könne auch nicht gut die Veranlassung zu der Sehverschlechterung sein, da sie diese erst seit einigen Tagen merke, und zwar bald nachdem sie im Zimmer einmal ausgerutscht sei und sich nur noch mit Mühe an einem Tische gehalten und so vor dem Sturze bewahrt habe.

Bei clieser Erzählung wurde mir, besonders als ich an die bis jetzt veröffentlichten Fälle von Spätdiagnose traumatischer Netzhautablösung dachte, die walirscheinliche Entstehung der vorliegenden klar. Die Ursache ist der heftige Stoss gegen die Marmorplatte gewesen, der eine Veränderung des getroffenen Auges vorn an der Ora serrata herbeiführte, mag das nun ein Riss oder schon eine kleine Abhebung gewesen sein; erst die zweite Erschütterung und die plötzliche Anstrengung bei dem drohenden Fall brachte das Uebel soweit, dass es in die Er-scheinung trat. Da die Kranke sich nicht zu einer Behandlung entschliessen konnte, so ist das Auge weiter verfallen; zur Zeit ist das Seh-vermögen gesunken auf Erkennen der Finger in 1/2 m exzentrisch nach unten. Das Auge ist ziemlich weich (T-I); die Linse beginnt sich zu trüben, der Grlaskörper zeigt Strange, und die Netzhaut-blase verdeckt die Papille. Ab und zu klagt die Kranke noch über subjektive Lichterscheinungen vor dem rechten Auge; das linke ist normal geblieben.

Würden im vorliegenden Falle bei einer Versicherungsgesell-schaft Rentenansprüche erhoben worden sein

so trüge ich kein Bedenken

diese als berechtigt zu erklären

indem ich die Netzhautablösung als Unfallfolge anerkannte.