IV. Ein Fall von spät aufgetretener Sehnervenerkrankung nach stumpfer Schädelverletzung

H.A.

Goslich

Aus der Augenabteilung des Allgemeinen Krankenhauses **Hamburg-Barmbeck** [Leiter: Oberarzt Dr. R. Hanssen]

Wagenmann gibt in seinem Kapitel über die „sek. Optikus-veränderungen nach Schädelverletzungen durch stumpfe Gewalt“ (G.-S.-Handbuch) eine genaue Beschreibung des Krankheitsbildes und weist darauf hin, daß das Spätauftreten einer Sehnerv-erkrankung gerade in gerichtlich-medizinischer Hinsicht und in Fragen der Unfallversicherung von Belang ist. Erst kürzlich hat Thies (Dessau) in den Kl. M. f. A., 1924 Bd. II, einen ein-schlägigen Fall veröffentlicht. In Hinblick auf das immerhin ziemlich seltene Vorkommen einer solchen Erkrankung wollen auch wir hier kurz folgenden Fall bekanntgeben.

Am 26. März 1924 fiel der 48jährige Werftarbeiter Gustav A. bei der Arbeit im Dock aus einer Höhe von 3 m herunter. Er war sofort besinnungs-los und wurde ins Krankenhaus überführt.

Befund: An der linken Hinter-kopfseite eine 2 cm lange stark blutende Rißwunde. Außerdem starke Schmerzen im Rücken, an der Wirbelsäule in der Gegend des 12. Brust- und 1.

Lendenwirbels eine fluktuierende Schwellung. Die Wirbelsäule ist o. B. Lumbalpunktion, Wassermann desgl. Temperatur in den ersten 2 Tagen bis 38°, dann normal. Die anfänglich starken Schmerzen im Rücken legten sich, dagegen traten solche im Hinterkopf auf. Eine Augenspiegelung ergab keinen krankhaften Befund. 6 Wochen nach dem Unfall wird der Kranke wesentlich gebessert entlassen (Diagnose: Kontusion des Rückens, Kopfrißwunde).

Am 17. 6. 1924, also fast 1/1 Jahr nach dem Unfall Wiederaufnahme. Nach seiner letzten Entlassung aus dem Krankenhaus ist er in verdunkeltem Zimmer 14 Tage im Bett geblieben, da er bei aufrechter Körperhaltung täglich erbrechen mußte; im Liegen fühlte er sich außer geringen Rücken-schmerzen wohl. Als dann das Zimmer wieder erhellt wurde, bemerkte er, daß er doppelt sah und die Wand schief stand. In den folgenden Wochen kein Erbrechen, keine Kopfschmerzen.

Augenblickliche Klagen: Doppeltsehen und geringe Schmerzen hinter dem linken Ohr. Die Untersuchung ergibt laut Röntgenbild: linkskonvexe Skoliose, Deformierung der Wirbelkörper (1.-4. Lendenwirbel). Schädel o. B. Nerven-status o. B. mit Ausnahme der Augenmuskellähmungen (Oculomotoriusparese).

Augenbefund: Äußerlich, Pupillenreaktion auf Licht und Konvergenz o. B.

Sciask.: schwache H. von 1-2 D.

S R + 1,0 = */4

L + 1,0 = zögernd 4/7

Ophthalm.: Optische Medien klar. Beiderseits Papillitis, R beginnend, L ausgesprochen mit massenhaften Blutungen um die Papule herum.

Goslich, Ein Fall von spät aufgetretener Sehnervenerkrankung. 39

Gesichtsfeld: R. kaum Vergrößerung des blinden Flecks.

L. Konzent. Einengung mit tempor. gelegentlichem paracentr. Skotom.

Doppelbilder: gleichnamig nach alien Blickrichtungen.

Behandlung: Bettruhe.

Eine Lumbalpunktion gelang wegen der hochgradig veränderten L. W.- Säule nicht.

Am 7. VII. wird eine Zunahme des Papillenödems besonders links festgestellt. Der Visus ist R derselbe, L von 4/7 auf 2/6 gesunken.

Am 14. VII. Visus- und Gesichtsfeldprüfung ergeben denselben Befund. Dagegen ist links um die Makula eine zarte beginnende Spritzfigur aufgetreten.

Am 24. VII. Links immer noch ganz erhebliche Trübung der Papule und ihrer Umgebung. Die Blutungen sind größtenteils verschwunden; desgl. die Spritzfigur.

Rechts: zunehmende Papillentrübung. Die angebliche Besserung des Sehvermögens beruht offenbar darauf, daß die Doppelbilder verschwunden sind. Objektiv ist der Visus derselbe.

Temperatur immer normal, Wohl-befinden.

Am 1. VIII. Der Visus zeigt eine erhebliche Besserung: R wie bis-her 4/4; L fast 4/6! Die Erscheinungen am linken Sehnerven sind entschieden zurückgegangen. Gesichtsfeld: derselbe Befund.

Am 14. VIII. Der Kranke wird entlassen.

Das Sehvermögen ist dasselbe: R = 4/4, L = 4/5. Der Hintergrund beiderseits o. B. R. und L. ist nur ein kleines paracentr. Skotom (erhebl. Vergrößerung des blinden Flecks) zurückgeblieben.

Januar 1925. Eine vorgenommene Nachuntersuchung ergab nach alien Richtungen hin keinen krankhaften Befund mehr. Visus R = 4/4, L = 4/5. Dem Kranken geht es gut, er ist beschwerdefrei und voll arbeitsfähig.

Zusammenfassung: Es handelte sich also um einen Patienten

der durch einen Sturz von der Leiter vor allem eine Verletzung der Wirbelsäule erlitt am Kopf fand sich nur eine Rißwunde hinten. 16 Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhause

also ein Vierteljahr nach dem Unfall

kommt er wieder zur Aufnahme mit Erscheinungen

die sich nun auf den Schädel konzentrieren

mit Augenmuskellähmung und hochgradigen Veränderungen der Sehnerven
Veränderungen

die bald zu einer erheblichen Sehstörung des einen Auges führten

dann aber restlos ausheilten. Von neurologischer Seite wurde vermutet

daß es sich um entzündliche Veränderungen durch eingedrungene Erreger

multiple Herde im Gebiet der Augenmuskelnkerne

Enzephalitis resp. Polyomyelitis acuta sup. handeln könne. Nach dem ophthalmoskopischen Bilde und dem klinischen Verlauf ist anzunehmen

daß die Veränderungen der Sehnerven im wesentlichen Stauungserscheinungen waren. Eine ganz bestimmte Erklärung der Vorgänge im Schädelinnern ist nicht zu geben.