



Monat-Abdruck a. d. „Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde.“
Februar-Heft. 1881.)

A Nieden

**410 und 411. Zwei seltenere Fälle von Orbital-
erkrankungen.**

410. 1. Exostosis eburnea orbitae dextr.
Schwund durch Jodkali-Gebrauch.

Am 17. Februar 1877 stellte sich mir eine Patientin vor mit Klagen, dass sie seit einigen Monaten ein Gewächs am oberen Augenhöhlenrand des rechten Auges bemerke, welches zwar keine Schmerzen bereite, indess ihr durch seine Lage und Sitz bedenklich für das Auge erscheine. Patientin giebt an, nie leidend gewesen zu sein, sie ist eine kräftige, stattliche Persönlichkeit, 24 Jahre alt, seit 4 Jahren verheirathet; die Ehe ist indess kinderlos, während die Menstruation ganz regelmässig und normal ist. Constitutionelles Leiden, und speciell Infection, wird definitiv verneint.

Aeusserlich ist beim Anblick des rechten Auges keine Deformität nachzuweisen, der Bulbus und die Conjunctiva sind normal. Bei der Palpation indess fühlt man in der Gegend des Foramen supraorbitale des rechten Stirnbeins einen ziemlich spitz vorspringenden, knochenhart sich anfühlenden Höcker, von circa Erbsendicke, mit breiterer Basis unbeweglich der Unterlage aufsitzend. Die Umgebung der Geschwulst zeigte keine periostalen Reizerscheinungen. Die Sehschärfe war intact, die Augenmedien und der Augenhintergrund absolut normal, auch löste Druck auf die Geschwulst keine Schmerzempfindungen aus.

Die Diagnose wurde daher auf eine Exostosis eburnea des Frontalbeins gestellt, wie ja derartige Geschwülste in dieser Gegend nicht zu den Seltenheiten zählen, und wurde der Patientin der Rath gegeben, den weiteren Entwickel-

1047954

lungsgang ruhig abzuwarten. Nach circa 2 Monaten erschien dann die Patientin wieder mit der Erklärung, die Geschwulst habe einen Monat hindurch keine Veränderungen gezeigt, dann aber habe sie begonnen sich zu vergrössern und sei entschieden weicher geworden, ohne dass dieselbe ihr jemals Schmerzen bereitet habe.

Der Tumor kennzeichnete sich jetzt schon durch die Hautdecken als eine an dem oberen inneren Orbitalrand vorspringende Erhabenheit, die beim Drucke auf dieselbe nicht mehr den Eindruck der Elfenbeinhärte, sondern den eines halbweichen Gewebes darbot. Die Erweichung war indess nur auf die obere Hälfte beschränkt. Die Geschwulst war um circa das Doppelte vergrössert, während die Basis noch dieselbe Ausdehnung inne hatte wie zuvor und sich knochenhart anfühlen liess. Druck auf den Tumor war auch jetzt noch nicht schmerzhaft, entzündliche Processe des Periostes in der Umgebung waren nicht zu constatiren.

Auffallend musste dieser rasche Uebergang eines längere Zeit stationär gebliebenen osteoplastischen Productes in einen erweichten Zustand, wohl unläugbar osteosarcomatöser Natur, bei dem allem Anschein nach das Bild voller Gesundheit darbietenden jugendlichen Individuum sein. Nochmalige genaue Eruirung und körperliche Untersuchung liess keinen Verdacht auf stattgehabtes infectiöses syphilitisches Leiden zu. Nnr wurde jetzt angegeben, dass Patientin einmal, 3 Monate nach ihrer Verheirathung, empfangen und nach 6 Monaten hindurch bestehender Schwangerschaft abortirt habe, ohne dass dann eine Cessatio mensium sich eingestellt habe.

Ich fand mich, nach einigen Wochen expectativer weiterer Beobachtung, bei der sich unzweifelhaft ein rasches Wachsthum constatiren liess, veranlasst, einmal des jetzt nothwendig werdenden ersten operativen Eingriffes, dann auch der grösseren Sicherheit der Differential-Diagnose halber, den Beirath eines chirurgischen Special-Collegen, des Herrn Dr.

Bardenheuer in Köln, zu erholen, und wurde auch von diesem meine Diagnose „Osteosarkom“ auf dem Boden einer „Elfenbein-Exostose“ bestätigt, sowie den vorgeschlagenen Massnahmen der operativen Entfernung beigestimmt, da auch durch ihn keine Symptome von stattgehabter syphilitischer Infection eruiert werden konnten.

Eine gewisse Scheu vor der Handhabung des uns Ophthalmotherapeuten ungewohnten Meissels oder der Säge, besonders bei den bekanntlich für diese Operation recht ungünstigen Operationsresultaten¹⁾, hielt mich noch von einem operativen Eingriffe ab, und liess, trotzdem keine objectiven Symptome vorlagen, der Umstand, dass die scheinbar absolut gesunde Frau in kinderloser Ehe mit einem durchaus kräftigen und gesunden Mann lebte, resp. nur von einem 6monatlichen Abortus als Product ihrer Cohabitation zu berichten wusste, es mir gerechtfertigt erscheinen, wenigstens noch vor dem operativen Eingriffe den Versuch der Behandlung mit Jodkali zu machen.

Die Patientin erhielt dasselbe in Pillenform in Verbindung mit Quecksilber-Jodür (eine Verbindung, über deren praktischen Werth ich in einer späteren Zusammenstellung zu berichten beabsichtige) und zwar pro die 1,5 bis 2,0 Kal. jod. und 0,03 Hydr. bijod. rubr. Die Wirkung war eine auffallende, schon nach einer Woche und nach Gebrauch von 12,0 Jodkali war die weichere, obere Protuberanz verschwunden und die Exostosis in ihrer früheren Form und Grösse zu palpieren. Weitere 20 Tage Fortsetzung des Medicamentes in potenziirter Dosis hatte einen derartigen Effect auf die sich bis dahin knochenhart anfühlende Erhabenheit, dass dieselbe von Tag zu Tage mehr schwand und nach Verlauf von 4 Wochen nur noch

¹⁾ Neuerdings von Berlin mit 38 % letalem Ausgang festgestellt. (Handbuch der Augenheilkunde von Gräfe und Sämisch. VI. 2. pag. 730.)

als sanfte Erhebung des Knochens an der betreffenden Stelle zu palpiren war. Trotz der jetzt vollkommen sicheren Diagnose, dass es sich nur um eine gummöse Geschwulst gehandelt haben konnte, liess sich Patientin nicht dazu bewegen, nur die Möglichkeit einer Infection zuzugeben.

Nach 2 Monaten konnte ich Patientin als geheilt aus der Cur entlassen.

Ich sah dieselbe jetzt längere Zeit nicht wieder, bis circa nach $\frac{3}{4}$ Jahren sie sich mir wieder vorstellte, nicht mit Klagen über Augenleiden, sondern über eine seit Wochen bestehende Heiserkeit und Hustenreiz, namentlich beim Schlucken von flüssigen Gegenständen. Sie habe das Verschiedenste schon gebraucht, doch alles ohne Erfolg. Nur das rasche und günstige Resultat der früheren Heilung des Augenleidens bewog sie, nochmals um jene Pillen zu bitten. Mein Verdacht, dass es sich jetzt wahrlich um ein syphilitisches Leiden der Epiglottis und des Kehlkopfes handele, wurde mir von dem Special-Collegen, dem ich die Patientin zusandte, durch die Diagnose „*Ulcus marg. epiglott. specific.*“ bestätigt. Der mehrwöchentliche Gebrauch von Jodkali war wieder von ausgezeichnetem Erfolg begleitet.

Erst nach Verlauf eines weiteren Jahres erschien Patientin zum dritten Male bei mir und klagte jetzt über eine Entzündung im rechten Fussgelenk, die sie sich vor einigen Wochen in Folge eines Sprunges zugezogen, und die gleichwie die Larynxerkrankung, den angewandten chirurgischen Massnahmen nicht weichen wollte. Die Entzündung beschränkte sich nicht auf die Gelenkbänder, sie documentirte sich als periostale Entzündung beider Fussgelenk-Condylen, die diffus aufgetrieben und auf Druck sehr schmerzhaft waren. Da mich der Fall interessirte, verordnete ich nochmals die alte Composition von Hydr. bijod. rubr. mit Kal. jod. und war der Erfolg ein gleich rascher wie früher.

In ganz charakteristischer Reihenfolge traten also die periodisch auftretenden periostalen Bindegewebswucherungen hervor bei der Patientin, die indess noch immer mit Entschiedenheit der Behauptung einer specifischen Infection entgegentrat. Erst mit Anfang d. J. consultirte mich ein Colleague von Neuem betreffs dieser Patientin, die seit einigen Tagen an den Symptomen eines schweren Hirnleidens erkrankt war und ihn gebeten hatte, wegen ihrer früheren Erkrankungen meinen Rath einzuholen. Ich theilte dem behandelnden Arzte sofort meine Diagnose mit und liess sich nach den vorhandenen Symptomen mit ziemlicher Bestimmtheit annehmen, dass der Process einer Meningitis exsudativa plastica auf derselben Causa, wie die periostalen Processe der früheren Attaquen, beruhe.

Leider war die Krankheit schon auf einem solchen Höhestadium angelangt, dass auch eine eingreifende Therapie von keinem Erfolge mehr sein konnte. Der Tod trat nach 5 Tagen in tiefem Coma ein und jetzt erst hörten wir von dem Ehemanne, dass die Frau ihm in den letzten Tagen gestanden, vor der Ehe mit ihm geschwängert worden zu sein, ein todffaules Kind von 8 Monaten geboren zu haben und nachher noch eine antisypilitische Cur in der Charité in Berlin durchgemacht zu haben.

411. Enophthalmus traumaticus oculi dextri.

Der Bauunternehmer Vogel consultirte mich zuerst am 16. Mai 1878, indem er angab, an einer Störung seines rechten Auges zu leiden. Selbst bemerke er zwar wenig von derselben, allein er werde stets von seiner Umgebung auf das Eigenthümliche dieses Auges aufmerksam gemacht, und dadurch fühlte er sich bewogen, ärztlichen Rath sich zu erholen.

Die Anamnese ergab, dass Patient vor 6 Wochen bei der Untersuchung eines tiefen Schachtgrabens das Unglück gehabt hatte, von einer grossen Erdmenge der einstürzenden Seitenwand des Grabens in einer Tiefe von 12 Fuss

verschüttet zu werden. Er wurde von der Erdmasse auf die linke Seite geworfen, blieb hier in halbsteher Lage hängen, während die rechte Gesichts- und Körperhälfte unter der direct auflagernden Erdlast getroffen wurde. In dieser precären zusammengekauerten Lage musste Patient 2¹/₂ Stunde lang aushalten, unter grosser Athemnoth, in Folge der Compression seines Thorax, bis ihm durch Wegräumen der eingestürzten Erdschichten Hülfe gebracht werden konnte. Lebend wurde er aus der Grube gezogen; er brach indess sofort nach seiner Zutagebeförderung bewusstlos zusammen. Verwundungen, ausser leichten Abschülferungen der Epidermis, konnten nicht constatirt werden.

Einige Tage ruhigen Aufenthaltes im Bette liessen allmählig die heftige Ermattung, die Patient nach seinem Erwachen im Schädel und allen Gliedern fühlte, verschwinden und nach 8 Tagen konnte sich Patient als hergestellt betrachten. Die rechte Gesichtshälfte war im Anfang bläulich verfärbt und aufgetrieben erschienen; hatte indess jetzt auch wieder die normale Farbe und Form angenommen. Erst nach 14 Tagen wurde Patient auf ein gewisses Eigenthümliche in dem Blick des rechten Auges aufmerksam gemacht, während er selbst keinen Unterschied im Sehvermögen des rechten und linken Auges wahrnehmen konnte, auch bisher von keinen Abnormitäten gestört wurde und nur seine Umgebung mit jeder Woche den Patienten mehr darauf aufmerksam machte, dass mit seinem rechten Auge etwas nicht richtig sei.

Beim ersten Anblick des Kranken fällt die abnorm tiefe Lage des rechten Bulbus in der Orbitalköhle auf, so dass mein erster Gedanke der war, Patient komme mit einem künstlichen rechten Auge, um sich deshalb Rath zu erbitten. Das Auge bietet ganz dieselbe Erscheinung dar, wie ein artificielles; welches nach Farbe und Form ausgezeichnet mit seinem Partner, indess durchaus nicht in der Grösse mit demselben übereinstimmt.

Die Lider sind am Orbitalrand, namentlich oben, scharf durch eine Linie, die dem Margo orbitalis entspricht, markirt, sie nehmen von diesem an nicht eine, wie beim linken Auge, nach vorne convexe, wellenförmige, durch den darunter lagernden etwas vorspringenden Bulbus bedingte Lage ein, sondern sinken nach hinten muldenförmig zurück und erscheint die obere Palpebral-Falte eingezogen, während die ganze Fläche des Lides dadurch eine dunklere Färbung erhält. Weniger ausgesprochen ist dieser Zustand am unteren Lide. Die Bewegung der Lider ist im Uebrigen eine normale, Schliessung und Oeffnung derselben wird exact und prompt ausgeführt. Der Bulbus ist frei nach allen Richtungen hin beweglich, lässt sich um etwas in die Orbitalhöhle zurückdrücken, doch bei Weitem nicht in dem ausgiebigen Maasse wie der linke Augapfel. Approximative Messung der Scheitelhöhe beider Corneae ergibt für den rechten Bulbus eine tiefere Lage von ca. 4 mm.

Die interne Untersuchung des Auges ergibt absolut klare brechende Medien, emmetropischen Refraktionszustand, normalen Augenhintergrund betr. Vascularisation der Retina und Chorioidea. Nur zeigt sich am unteren Rand der Sehnervenpapille (U. B.) eine dreieckig gestaltete, mit der Basis dem Sehnervencentrum zugewendete atrophische Stelle, in der die nackte weisse Skleralmembran zum Vorschein tritt, die ganz den Eindruck macht, als habe sich vom Sehnervenrande die Chorioidea und Retina abgelöst und seien diese Membranen in der Grösse circa von 3 mm. in verticaler Richtung eingerissen. Ob diese Anomalie indess durch diese Verletzung hervorgerufen, muss ich dahingestellt sein lassen, da nur die eigenthümliche dreieckige Form dieses Defectes mit seinen scharfen Rändern die traumatische Entstehungsweise vermuthen lässt. Die Sehschärfe ergab sich als normal, das binoculäre Sehen war nicht gestört.

Derselbe Zustand des rechten Auges hat sich bis heute erhalten, auch jetzt kann ich mich stets, beim Eintritt des Patienten in mein Consultationszimmer, des Eindruckes nicht erwehren, als handele es sich um ein mangelhaftes künstliches Auge. Erklären möchte ich mir die Genese dieses Zustandes als einen Druckschwund des Fettpolsters der Orbitalhöhle des rechten Auges, als Folge der langdauernden und gewaltigen Quetschung, die gerade das rechte Auge durch die auflagernden Erdmassen zu erdulden hatte; wie uns ja ähnliche Erfahrungen des Schwundes des Fettzellgewebes in Folge von Druck und Quetschung (bei anderen Organen) zu Gebote stehen.

Der Mangel jeglicher Symptome einer neurotischen Störung, weder im Gebiet des Trigeminus sich als Neuralgie, noch in dem Gebiete des Sympathicus sich als vasomotorische Neurose äussernd, wie anderweitige Beobachtungen von Exophthalmus durch Björnström¹⁾ und Bärwinkel²⁾ darthun, lässt nur die einzige Annahme einer Druck-Atrophie des retroorbitalen Fettzellgewebes als Ursache des abnormen Zurücksinkens des rechten Augapfels in unserem Falle zu.

Dr. A. Nieden.

¹⁾ Fall von vasomotorischem Exophthalmus. Upsala läkareför. X. pag. 378. 1875.

²⁾ Deutsches Arch. f. klin. Med. pag. 445, 1874 und Berger Virchow's Arch. Bd. 59 pag. 319, nach Berlin l. c. pag. 507.