



Fünf Fälle

von

transitorischer Amblyopie und Amaurose,

beobachtet in der Kieler Augenklinik.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät zu Kiel

vorgelegt von

Oscar Scholefield,

approb. Arzt aus Hamburg.

Opponenten:

Cand. med. Hermann Menzel,

Cand. med. Heinrich Breede.



Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig

1886.



Referent:

Völckers.

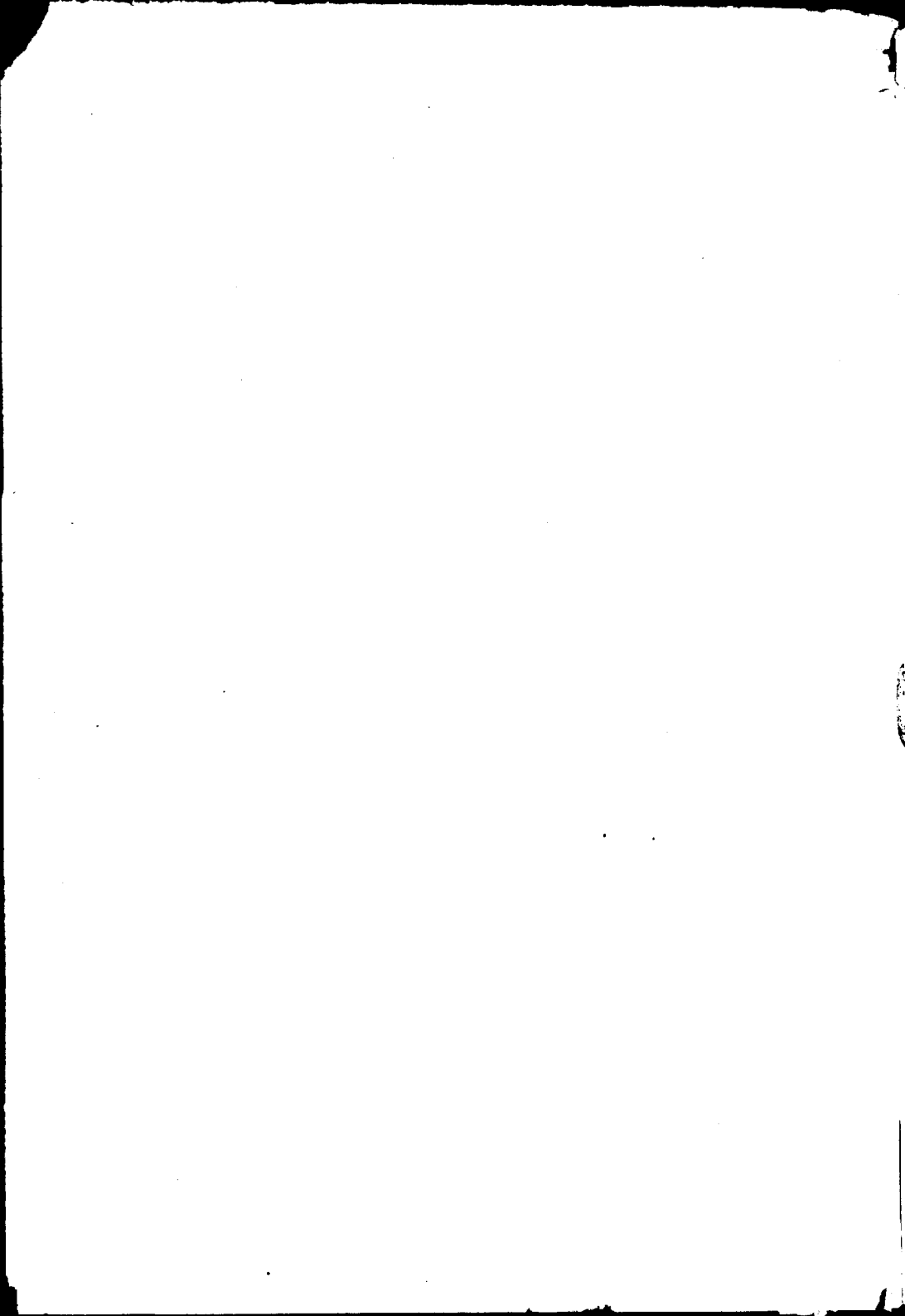
Zum Druck genehmigt:

Völckers.

Seiner lieben Mutter

aus Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.



In der königlichen Augenklinik zu Kiel wurde im Anfang dieses Jahres ein Fall von transitorischer totaler Amaurose in Folge von Neuritis Nervi optici beobachtet, der mich besonders interessirte und mich veranlasste, aus den Journalen der Klinik und Herrn Professor Dr. Völckers Privatjournal ähnliche Fälle zusammenzustellen. Ich habe mich bemüht, mich in der Literatur über die Neuritis optici zu orientiren und will in dieser Arbeit versuchen, die Fälle zu beschreiben, nachdem ich einige allgemeine Bemerkungen über die durch Neuritis optici bedingte Amblyopie und Amaurose vorausgeschickt habe.

Ueber die pathologische Anatomie der die transitorische Amblyopie und Amaurose bedingenden Neuritis nervi optici liegen deshalb verhältnissmässig wenige Sektionsbefunde vor, weil man nur wenig Gelegenheit hatte, solche Fälle während der Krankheit auf dem Sektionstische zu beobachten. Die zur Autopsie gekommenen Fälle derart sind meistens Neuritis in Folge von Hirntumoren oder Basilarmeningitis. Der als constant sich herausstellende Befund eines Hydrops der Sehnervenscheide ist lange der Beobachtung entgangen, weil man versäumt hatte, dieselbe zu unterbinden, wodurch dann das Serum bei dem Herausnehmen der Augen abfloss.

Als pathologische Befunde unterscheidet Leber folgende:

- 1) Den der Papillitis zu Grunde liegenden Hydrops vaginæ nervi optici
- 2) Die Entzündung der Sehnervenscheide: Perineuritis
- 3) Die Entzündung des Gefäss-tragenden Bindegewebsgerüsts (gewöhnlich mit den vorhergehenden verbunden): Neuritis interstitialis
- 4) Die Entzündung des Sehnervenmarkes: Neuritis medullaris.
(Graefe-Saemisch, Handbuch, Band V., pag. 764.)

Ophthalmoskopisch findet man die Veränderungen an der Papilla nervi optici am meisten ausgesprochen, während der Process von da gegen die Netzhaut hin allmählig abnimmt.

Leber unterscheidet Papillitis (Neuritis interstitialis), wenn sich der Process auf die Papille beschränkt; Papilloretinitis (Neuroretinitis) wenn die Veränderungen an der Papille am meisten ausgeprägt sind, aber auch auf die Netzhaut übergreifen. Bei der seltener vorkommenden Retinitis circumpapillaris ist die Papille selbst von der Entzündung frei, während um dieselbe herum ein mehr weniger grosser Teil der Netzhaut erkrankt ist.

Das häufigste ophthalmoskopische Bild ist das der Stauungspapille. Dieselbe ist stark geschwollen, mit einem deutlichen, graulich verfärbten Wulst gegen die Retina hin. Häufig ist die Schwellung so stark, dass im Centrum gar keine Gefässe zu bemerken sind. Die Venen kommen in der Papille mit einem blassen, zugespitzten Ende zum Vorschein, laufen über den Wulst in die Ebene der Retina, sind stark gefüllt, geschlängelt und teils mehr, teils weniger durch die trübe Netzhaut verdeckt, sodass sie dem Auge von unregelmässiger Dicke erscheinen. Die Arterien sind klein, meistens gerade verlaufend. In der Papille und der sie umgebenden Netzhaut bemerkt man oft radiäre rötliche oder weissliche Streifungen, dem Verlaufe der Nervenfasern entsprechend. Häufig findet man Blutungen in der Retina, gewöhnlich dicht am Rande der Papille oder weiter entfernt nahe der Ora serrata.

In anderen Fällen von plötzlicher Erblindung findet man so geringe oder gar keine Veränderungen des Augenhintergrundes, dass man den Sitz der Erkrankung in den retrobulbären Teil des Sehnerven verlegen muss, dass man also eine Neuritis retrobulbaris annehmen muss.

Später geht die Schwellung und Rötung der Papille zurück; ihre Farbe ist gleichmässig weiss-grau, der Durchmesser scheinbar vergrössert, da der Rand verwaschen ist; die Schwellung ist noch nachweisbar; die Venen sind stark geschlängelt, die Arterien eng. Der Ausgang ist in den meisten Fällen partielle oder totale Atrophie des Opticus. Die Papille ist dann, soweit sie atrophisch ist, rein weiss, die Ränder sind mehr oder weniger scharf abgegrenzt. Die Venen werden enger, die Arterien bleiben klein; bisweilen sieht man an der Austrittsstelle schwachen Arterienpuls. In Fällen bei denen ein abnormer ophthalmoskopischer Befund überhaupt fehlte, sieht

man bisweilen im späteren Verlauf ganz schwache weissliche Verfärbung der Papille.

Die Krankheitserscheinungen können ganz plötzlich auftreten. Während die Patienten noch keine Störung ihres Sehvermögens gespürt haben, stellt sich plötzlich, meist unter heftigen Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen Amblyopie ein, die sich in mehr oder weniger kurzer Zeit zur völligen Amaurose steigern kann. In einem von Pflüger (Graefe's Archiv) beschriebenen Falle trat die Krankheit periodisch alle 5—6 Wochen auf. Die Hauptsymptome waren, neben der Erblindung, heftige, bis zur Unerträglichkeit sich steigernde Kopfschmerzen, Erbrechen mässiger Massen, allgemeine klonische Kämpfe; Bewusstsein völlig klar. Solche Anfälle dauerten 24 Stunden bis 3 Tage. Sehr häufig empfinden die Patienten heftigen Schmerz bei Bewegung der Augen.

In anderen Fällen tritt die Abnahme der Sehschärfe allmählig ein, im Verlauf einiger Tage oder Wochen bemerken die Patienten stetige Abnahme ihres Sehvermögens; meistens kommt es in diesen Fällen nicht zur völligen Amaurose, man beobachtet dann häufig ein centrales Skotom und auch das Gesichtsfeld, in der Peripherie kann beschränkt sein. Wenn sich die Amblyopie nicht zur Amaurose steigert, findet sich fast ausnahmslos ausgesprochene Störung des Farbensinnes.

Die Erkrankung führt entweder zu bleibender Erblindung in Folge totaler Sehnervenatrophie oder zu mehr oder weniger vollständiger Wiederherstellung der Sehschärfe.

Was die Aetiologie der Neuritis anbelangt, so ist primäre Entzündung des Sehnerven wol ziemlich selten. Unter den Krankheiten, die am häufigsten transitorische Amblyopie und Amaurose hervorrufen, sind zu nennen:

Akute fieberhafte Krankheiten, Morbus Brightii, Menstruationsstörungen, Uterusleiden, Puerperium; ferner Erkältungseinflüsse, Syphilis, Intoxikationen, namentlich mit Blei, Alkohol und Tabak; endlich kommen Neuritiden vor, für die man keine greifbare Ursache finden kann.

Die Behandlung besteht vor Allem in absoluter psychischer und physischer Ruhe, also strenge Bettlage, Dunkelzimmer, Zubinden der Augen. Bei starken Schmerzen Eis auf den Kopf resp. die Augen.

Zur Ableitung: Blutentziehung und Abführmittel. In vielen Fällen hat die Inunctionskur von Quecksilber gute Dienste geleistet. In allen Fällen, bei denen ein causales Moment nachzuweisen ist, ist dieses natürlich zu beseitigen.

In dem oben erwähnten, von Pflüger beschriebenen Fall zeigte sich die Applikation einer Fontanelle am Hinterhaupt von über-raschender Wirkung, solange dieselbe lief, blieben die Anfälle aus.

Im späteren Stadium der Krankheit wird Jodkalium und zur Besserung des Sehvermögens Strychnininjectionen und der electriche Strom warm empfohlen.

Nun noch einige allgemeine Bemerkungen über die transitorische Amblyopie und Amaurose in Folge von Amenorrhoe und dann will ich die hier beobachteten Fälle beschreiben.

Dass die schon seit alter Zeit beobachteten Neuritiden des Opticus bei ausbleibender Menstruation eine Folge dieser Anomalie sind, geht schon daraus hervor, dass nach dem Wiedereintreten der menses auch die Sehkraft wieder hergestellt ist. Der Entzündungs-process beschränkt sich in einigen Fällen auf den Sehnerv und seine Ausbreitung, in anderen greift er auf die meningealen und cerebralen Gefässe über, worauf man aus den cerebralen Erscheinungen schliesst. Häufig scheint sich die Hyperämie auf die Orbita zu beschränken, daher die Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen der Augen.

Die Symptome unter denen die Patientinnen plötzlich erkranken, sind plötzliche Abnahme der Sehkraft, entweder beider Augen gleichzeitig oder des einen später als des anderen. Die Schwachsichtigkeit kann sich im Verlauf einiger Stunden oder Tage bis zur quantitativen Lichtempfindung oder selbst vollständigen Cäcität steigern. Die häufigsten Klagen sind Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Schmerzen bei Bewegung der Augen. Ist nur Amblyopie vorhanden, so zeigt das Gesichtsfeld mehr weniger grosse Beschränkung; es können jedoch auch Gesichtsfelddefecte vollkommen fehlen. In allen Fällen ist wohl Störung des Farbensinnes zu beobachten.

Aeusserlich findet man meistens Mydriasis, wenig oder garnicht auf Licht reagirende Pupille. Leber schildert den Augenspiegelbefund folgendermassen (Graefe-Saemisch, Handbuch, Band V pag. 819):

„Der Augenspiegelbefund besteht anfangs zuweilen nur in mässiger Hyperämie der Netzhaut und geringer Trübung der Papillengrenze, steigert sich aber im Verlauf einiger Tage bis zu einer ausgesprochenen Papillitis, ähnlich der bei akuter Meningitis, mit mässiger, mehr all-mählig abfallender Papillenschwellung und ausgesprochener venöser Stauung. Geht das Leiden rasch zurück, so kann es auch bei dem anfänglichen, ziemlich negativen Befund sein Bewenden haben und es kommt garnicht zur Entwicklung einer Papillitis, offenbar weil der

weiter rückwärts im Sehnervenstamm verlaufende Process nicht Zeit hat, sich bis zur Papille auszudehnen. Tritt Heilung ein, so erfolgt diese, ohne dass es zu atrophischer Verfärbung oder wenigstens zu einem ausgesprochenen Grade derselben kommt.“

Die Prognose ist im Allgemeinen gut. Wenn es gelingt, die Menstruationsstörung zu beseitigen, stellt sich das Sehvermögen meistens vollkommen wieder her.

Daraufhin ist also auch die Behandlung zu richten: Warme Sitzbäder, Blutegel an die Genitalien, Sinapismen auf den Unterleib oder die unteren Extremitäten, Ableitung auf den Darm sind von gutem Erfolg. Dabei Bettlage, Dunkelzimmer. In den hier behandelten Fällen hat sich die Quecksilber-Schmierkur von sehr guter Wirkung erwiesen. Erfolgt bei bestehenden Hirnerscheinungen nicht schnelle Abnahme derselben, so sind Eisumschläge um den Kopf und Blutentziehung an der Schläfe geboten.

Es folgen jetzt die Krankengeschichten der hier beobachteten Fälle, die mir Herr Professor Dr. Völckers freundlichst zur Verfügung gestellt hat.

1) Im Jahre 1870. Frä. L., 18 Jahre alt.

Patientin ist aus gesunder Familie, hat ausser Kinderkrankheiten keine Krankheit überstanden, seit mehreren Jahren regelmässig menstruiert. Zwei Tage vor der Aufnahme ist sie plötzlich des Morgens mit auf beiden Seiten absoluter Blindheit erwacht. Die Menses waren das letzte Mal ausgeblieben, ohne dass sie eine Ursache anzugeben weiss. Pupillen weit, reagiren wenig. Ophthalmoskopisch nichts Abnormes nachweisbar. Es fehlt jede quantitative Lichtempfindung, selbst fokale Beleuchtung wurde nicht wahrgenommen. Ordination: Blutegel, heisse Fussbäder, täglich 4 gr. Ungt. einer. Sodann wurden an die innere Seite der Oberschenkel Schröpfköpfe applicirt. Die erste Woche verging, ohne dass sich etwas änderte. Dann zeigte sich deutlich quantitative Lichtempfindung, in der zweiten Woche trat reichliche Menstruation ein und von nun an verbesserte sich das Sehvermögen regelmässig. Inunction wurde fortgesetzt bis Salivation auftrat. Nach ca. 4 Wochen war das Sehvermögen fast vollkommen und nach 8 Wochen vollkommen wiederhergestellt und ist bis auf den heutigen Tag gut geblieben. Ophthalmoskopisch änderte sich während der ganzen Beobachtungszeit Nichts, später war aber doch die temporale Hälfte der Papille gegen früher entschieden blasser geworden.

2) Emma Schnoor, 23 Jahre alt, Dienstmädchen aus Kiel. Aufgenommen den 7. VIII. 1880.

Vor 14 Tagen will Patientin, als sie erwachte, bemerkt haben, dass sie die Augen nicht recht bewegen konnte. Das Sehvermögen des linken Auges soll sehr stark gesunken gewesen sein, sich aber nachher wieder gehoben haben. Vor 5 Tagen sollen heftige Kopfschmerzen aufgetreten sein. Vorgestern soll das rechte Auge gänzlich erblindet sein. Die Menses sind nicht immer regelmässig gewesen und sind das letzte Mal ausgeblieben. Lues ist nicht nachzuweisen. Die Angaben der Patientin scheinen nicht zuverlässig.

Status praesens:

Rechtes Auge $S = 0$, linkes Auge $S = 1$.

Aeusserlich ist ausser Mydriasis medicamentosa nichts Abnormes zu bemerken. Augenspiegelbefund:

Namentlich rechts ist die Papilla nervi optici geschwollen, gelblich verfärbt, die Ränder durchaus verwischt; Gefässe zum Teil untertauchend. Die Venen sind sehr stark gefüllt, z. T. stark geschlängelt. Ordination: Inunction von Ungt. ciner; Dunkelzimmer.

12. VIII. Patientin will im linken Auge heftige Schmerzen haben; ophthalmoskopisch ergeben sich keine Aenderung. Bettruhe, Druckverband wird verordnet.

13. VIII. Linker Bulbus ist druckempfindlich. Tension = $+ 1$. Eisbeutel.

14. VIII. Die Schmerzen haben nachgelassen. In den folgenden Tagen zeigt sich nichts Abnormes. Tension normal. Keine Schmerzen. Innere Untersuchung wird unterlassen.

4. IX. Pupillen sind über mittelweit, auf Lichteinfall mässig gut reagierend. Tension normal. Augenspiegelbefund: Die Papille des linken Auges ist blass, atrophisch, an der nasalen Seite der Rand etwas verwaschen, sonst scharf. Die Venen sind von ungewöhnlicher Dicke. Die Arterien entschieden dünner.

Rechtes Auge $S = 0$, linkes Auge $S = Q$. L.

20. IX. Die Pupillen sind mittelweit, reagiren gut. Die Farbe der Papillen ist blauweiss, die Papillen erscheinen atrophisch, die des rechten Auges ist grösser als die des linken. Die Arterien sind sehr dünn. Rechtes Auge $S =$ Fingerzählen in $2\frac{1}{2}$ Fuss, linkes Auge $S =$ Fingerzählen in $\frac{1}{2}$ Fuss Entfernung. Die Projection ist gut.

5. X. Die Sehkraft der Augen ist beiderseits $= \frac{6}{2000}$, das Gesichtsfeld frei. Patientin liest Jäger Nr. 19. Von kleinen Farbenblättchen

werden keine, von den grossen Tafeln grün und rot nicht, blau und gelb richtig erkannt. Ophthalmoskopisch zeigen sich die Papillen ganz weiss, die Arterien sehr dünn.

22 X. Rechtes Auge $S = \frac{20}{200}$, linkes Auge $S = \frac{15}{200}$. Das Gesichtsfeld ist frei; Patientin liest Jäger Nr. 15. Ophthalmoskopisch ist keine Aenderung eingetreten.

30. X. Rechtes Auge $S = \frac{20}{100}$, linkes Auge $S = \frac{20}{200}$. Patientin liest Jäger Nr. 11.

Rechtes Auge:		Linkes Auge:	
10. XI. $S = \frac{20}{70}$,	Patientin liest Jäger Nr. 8,	$S = \frac{20}{100}$,	
20. XI. $S = \frac{20}{70}$,	„ „ „ „	5, $S = \frac{20}{70}$,	
28. XI. $S = \frac{20}{50}$,	„ „ „ „	3, $S = \frac{20}{50}$,	
10. XII. $S = \frac{20}{40}$,	„ „ „ „	2, $S = \frac{20}{40}$,	
21. XII. $S = \frac{20}{30}$,	„ „ „ „	1, $S = \frac{20}{30}$,	

Die Papillen sind blass, atrophisch mit scharfen Rändern; die Arterien dünn. Die Menstruation ist wieder regelmässig. Patientin wird geheilt entlassen.

3) Rosa Grawert, 18 Jahre alt, Landmannstochter aus Brockdorf. Aufgenommen den 4. II. 1885.

In ihrem 13. Jahr litt Patientin einen Sommer lang an Marsehfieber, hat sonst keine Krankheiten überstanden.

Schon in den letzten Jahren ihrer Schulzeit hatte sie heftige Kopfschmerzen, zuerst regelmässig alle 14 Tage, dabei oft Nasenbluten, das $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde anhielt, später kehrten die Schmerzen periodisch alle 3—4 Wochen wieder und dauerten 2—3 Tage; blieben dieselben länger aus, so waren sie sehr heftig. Patientin ist zum ersten Mal im Alter von $15\frac{1}{2}$ Jahren menstruiert gewesen, dann nach einem viertel Jahr noch einmal wieder; die Blutung war gering. Seitdem sind die Menses ausgeblieben und wird Patientin deshalb seit einem halben Jahr wegen Amenorrhoe behandelt. Am 26. Januar 1885 hatte sie plötzlich heftige Schmerzen in den Augen bei jeder Bewegung des Kopfes, und war gegen Licht sehr empfindlich. Ein zu Rate gezogener Arzt verordnete Medicin: salziges, helles Wasser und verbot, des Abends bei Licht zu arbeiten.

Am nächsten Tage spürte sie Dämmerung vor den Augen, die allmählig zunahm, bis am 4. Tage Amaurose eingetreten war. Damit waren aber auch die Schmerzen verschwunden. Am 8. Tage nach der Erkrankung wurde Patientin in die Augenklinik aufgenommen.

Status praesens: Patientin ist auf beiden Augen total amaurotisch. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergibt: Die Papillengrenzen sind verwaschen, die Papillen selbst oben leicht graulich verfärbt. Es werden Schutzverband, heisse Fussbäder und Blutegel verordnet.

5. II. Es ist etwas heller vor den Augen geworden, sie giebt quantitative Lichtempfindung an. Ordination: Schröpfköpfe an der inneren Seite der Oberschenkel.

6. II. Patientin kann bei Bewegung von Gegenständen Schatten sehen; eine Besserung ist unverkennbar.

8. II. Eine Schmierkur von 4 g. Ungt. ciner. pro die wird eingeleitet.

10. II. Patientin zählt Finger in 2 Fuss; sie erkennt blau und gelb; grün und rot nicht. Allmählig kann sie Gegenstände immer deutlicher erkennen.

16. II. Patientin klagt über Gelbsehen.

17. II. Patientin klagt über Rotsehen.

18. II. Patientin sieht rote Punkte, namentlich wenn der Verband auf den Augen liegt.

19. II. Patientin sieht eine Kette von lauter farbigen Ringen, blau, gelb, rot mit Nuancen, grün nicht. Papillen sehr blass.

28. II. Patientin erkennt gelb und blau sofort, ebenfalls ziemlich sicher rot; grün nur bei intensiv grüner Farbe; sowie mehr gelbliche Nuancirung der Farbe da ist, giebt Patientin gelb an. Die Papillen sind intensiv blass.

16. III. Patientin menstruiert oder hat wenigstens Genitalblutung.

17. III. Blutung sistirt.

27. III. Patientin hat 8 mal durchgeschmiert. Ordination Jodkali. S = fast $\frac{20}{100}$ Patientin liest mit + 4,0 Jäger No. 8.

31. III. Patientin erkennt aus den vorgelegten Farbenproben blau am leichtesten, sucht rot sehr geläufig heraus und bestimmt dann grün auch einigermaßen präzise, obwohl bei grün auch andere Farben mit unterlaufen, die keinen Ton einer Grün-Nuancirung haben, woraus man schliessen kann, dass sie grün nur nach Exclusion der anderen Farben aus den für sie undefinirbaren Farben grösstentheils wenigstens zusammensetzt. Patientin hat geringe Genitalblutung während der 3 letzten Tage gehabt.

24. IV. S (bei dunklem Wetter) = $\frac{20}{50}$ müheles. Das Gesichtsfeld ist ziemlich eingeengt; allmähliges Fortschreiten der Besserung.

2. V. Die letzten 8 Tage hat Patientin bei anfangs heftigen Kopfschmerzen Menstrualblutung gehabt. Das Sehvermögen ist nicht verändert.

5. V. Gesichtsfeldbeschränkung ist bedeutend geringer geworden. Rechtes Auge $S = \text{fast } \frac{20}{30}$, linkes Auge $S = \text{fast } \frac{20}{40}$. S binokular $= \frac{20}{30}$. Papillen intensiv blass.

14. V. Patientin bekommt wieder Menstrualblutung, Kopfschmerz geringer; die Blutung dauert 5 Tage.

21. V. Blutung tritt wieder auf, dauert 2 Tage, ist nur schwach.

29. V. Patientin hat bisher noch immer Jodkali genommen, es tritt heftiger Schnupfen auf, daher wird Jodkali ausgesetzt. Auf dem rechten Auge $S = \text{fast } 1$ (A wird gelesen); auf dem linken Auge $S = \frac{20}{30}$. Patientin wird geheilt entlassen.

24. X. 1885. Patientin stellt sich wieder vor. S beiderseits $= 1$; keine Gesichtsfeldbeschränkung. Farbensinn sehr gut; Papillen sehr blass.

4) Frl. R., 23 Jahre alt, kam am 16. Februar 1885 in Behandlung, hat früher gut sehen können, ist immer gesund gewesen. Fühlte sich seit Weihnachten sehr „nervös“. Im 17. Jahr hat sie sehr viel an Menstruationsstörungen gelitten und ist damals ärztlich behandelt worden. Seit den letzten Jahren menstruirte sie wieder regelmässig. Seit dem 15. II. 85 Morgens, nachdem sie einige Tage viel Gelenkschmerzen gehabt hat, sieht sie mit dem linken Auge Nichts, glaubt ganz sicher zu sein, dass sie am Abend vorher noch gut hat sehen können. Auf dem rechten Auge besteht Emmetropie $S = 1$, auf dem linken absolute Amaurose. Mit dem Augenspiegel nichts Abnormes nachweisbar; in Sonderheit zeigt der Vergleich beider Papillen keine Differenz, weder in Farbe noch Kaliber der Gefässe. Die Pupille war weit. Eine sofortige Injection von Strychnin hatte keinen Erfolg.

Das junge Mädchen musste ambulant behandelt werden, es wurde ihr also verordnet, jeden 5. Tag ein künstlicher Blutegel an die Schläfe, Fussbäder mit Aqua regia und Sublimatpillen 0,02 g pro die.

Am 23. II. hat sie Lichtempfindung nach unten, am 25. II. erkennt sie Bewegung der Hand nach unten, am 28. II. schien überall Lichtperception vorhanden zu sein und zählt sie mit Sicherheit Finger in nächster Nähe. Am 10. III. zählt sie Finger in 5 Fuss. Es war leichte Salivation eingetreten und wird deshalb das Quecksilber aus-



gesetzt. Von nun an werden regelmässig Strychnininjectionen gemacht. Die Besserung schreitet gleichmässig fort. Im Laufe des März erkennt sie Farben. Am 22. Mai $S = \frac{20}{30}$ Jäger No. 1. Gesichtsfeld vollständig frei.

Am 5. August war die letzte Untersuchung, $S = 1$. Farbensinn und Gesichtsfeld normal.

Ophthalmoskopisch sehr wenig Veränderungen wahrnehmbar, die temporale Hälfte der Papille erschien etwas blasser als die des rechten Auges.

5) Christian Drechsler, 27 Jahre alt; Gärtner aus Bosau. Aufgenommen den 19. I. 1886.

Patient will vor 4 Jahren zeitweilig blind gewesen sein, hat nur mit dem linken Auge sehen können. Am 16. dieses Monats bemerkte er plötzlich schlechteres Sehen auf dem linken Auge, die Verschlechterung nimmt zu, so dass am 18. Blindheit vorhanden ist. Patient ist seit 14 Tagen sehr unpässlich gewesen; behauptet Scharlach gehabt zu haben, was aber nicht der Fall gewesen ist.

Status praesens.

Rechtes Auge $S = 0$, linkes Auge $S = Q. L.$

Der Patient macht den Eindruck, als ob er völlig blind sei, er fixirt nicht.

Papilla nervi optici oculi sinistri ist etwas gerötet, die Venen dick, sonst nichts Abnormes.

Ordination: Schutz-Verband, Dunkelzimmer, Inunction von 4 g Ungt. ciner. täglich.

Patient hat Abends heftige Kopfschmerzen und Fieber, Temperatur 39,1. Eisbeutel auf den Kopf schafft Erleichterung. Wegen des Fiebers wird zunächst vom Quecksilber Abstand genommen.

Am nächsten Morgen Temperatur 38,2.

Das Befinden wird stetig besser. Seitdem ist die Temperatur regelmässig normal. Die Inunctionskur wird jetzt eingeleitet.

1. II. $S =$ Fingerzählen in 2 Fuss; Ordination blaue Brille mit Klappen.

4. II. $S =$ Fingerzählen in stark 3 Fuss.

8. II. $S =$ Fingerzählen in 7 Fuss.

25. II. $S = \frac{20}{200}$.

Am 26. März wird Patient entlassen. Es stellt sich eine Hypermetropie von 8 Dioptrien heraus, mit $+ 8,0$ ist $S = \frac{20}{40}$. Patient

giebt an, früher auch nicht mehr gesehen zu haben, sodass also die Sehschärfe als wiederhergestellt anzusehen ist.

Er soll Jodkali gebrauchen und eine Brille tragen mit $+ 8,0$ links.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem verehrten Lehrer Herrn Professor Dr. Völckers, sowie dem ersten Assistenten der Augenklinik Herrn Dr. Rehr für die freundliche Hülfe bei dieser Arbeit und die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Oscar Scholefield bin geboren zu Hamburg am 28. December 1859. Besuchte die Gymnasien zu Wandsbek und Hamburg. Nachdem ich Michaelis 1880 am Johanneum zu Hamburg die Maturitätsprüfung bestanden, studierte ich ausschliesslich in Kiel. Das Tentamen physicum absolvirte ich am 27. Juli 1882. Das Staats-examen bestand ich am 5. März 1886 und das Examen rigorosum am 6. März 1886.

Thesen.

- 1) Bei entstehendem Ulcus durum schützt die Exstirpation nicht gegen allgemeine syphilitische Infection.
- 2) Directe Infection mit Pneumonie ist möglich.
- 3) Die Quecksilberkur leistet bei Neuritis nervi optici gute Dienste.