2. Heilung einer Keratitis bullosa.

Von Dr. H. Goering, Augenarzt in Meissen.

Ende Juni d. J. kam ein bemerkenswerther Fall von Keratitis bullosa in meine Behandlung.

Es handelte sich um eine 40jährige Frau, gravida, constitutionell gesund, die vor etwa zwei Jahren eine Verletzung des rechten Auges durch anfliegenden Stein erlitten hatte. Das vorher — abgesehen von mässigem Thränenträufeln — gesunde Auge war seitdem krank und konnte nicht zur Heilung gebracht werden „weder von Aerzten noch von Naturheilkundigen und Wunderdoctoren“. Es wechselten heftige entzündliche Anfälle mit kurzen, verhältnissmässig erträglichen Ruhepausen ab.

Ich fand das rechte Auge lichtscheu, schmerzhaft, reichlich thränend, die Lider ödematös, die Bindehaut sehr hyperämisch und etwas chemotisch, im untern innern Quadranten der Hornhaut nahe dem Limbus und fast parallel zu demselben eine weisse, schmale, 6 mm lange Narbe, das Epithel des untern Hornhautdrittels durch einen Erguss von der Bowman'schen Membran abgehoben, im übrigen die Hornhaut durchsichtig und durchaus nicht unempfindlich bei Berührung; die Iris blutreich, keine vordere oder hintere Synechie, die Pupille eng, das Augeninnere normal, den intraocularen Druck nicht erhöht; ausserdem den Thränennasencanal verengt, nur mühsam für schwächste Sonden passirbar, aber keine Dacryocystoblennorrhoe. Die Sehschärfe betrug ca. $\frac{1}{15}$. Das linke Auge war gesund.

Die zunächstliegenden therapeutischen Maassnahmen: Erweiterung der Stenose des Ductus lacrymalis, Abtragung der vorderen Blasenwand, darauf Betupfung mit zweiprocentiger Lapislösung, Einträufelung von Atropin, bezw. Scopolamin und Cocain, Einstreichen von Sublimatvaselin und Anwendung feuchter Wärme verminderten den Reizzustand zwar ganz erheblich, brachten aber keine endgiltige Heilung. Es bildete sich zwar keine Blase mehr, aber auch keine regelrechte Vernarbung; auch nach sorgfältigem Abkratzen der erkrankten Partie mit dem scharfen Löffel zeigten sich immer wieder lockere, grauweisse Epithelmassen im Bereiche derselben, aber kein Narbengewebe. Selbst die Cauterisation mit der galvanocaustischen Glühspitze hatte keinen Dauererfolg. Da ich mich zur Iridektomie, die Fuchs in hartnäckigen Fällen empfiehlt, noch nicht entschliessen konnte, versuchte ich nach nochmaliger Verschörfung der kranken Stelle die Punction der vorderen Kammer mittels des Glühdrahtes. Nun erst kam ich zum Ziele. Nach relativ kurzer Zeit schon präsentirte sich an Stelle der früheren Blase eine weisse, scharf begrenzte Macula corneae.

Der Abfluss und Wiederersatz des Kammerwassers übte hier offenbar einen günstigen Einfluss auf die Ernährungsverhältnisse der Hornhaut aus, so dass sich in ähnlichen Fällen ein gleicher Versuch vor Ausführung der Iridektomie oder gar Enucleation vielleicht lohnte. Die Patientin hat ihre Arbeit wieder aufgenommen und kommt nur allwöchentlich einmal zur Sondirung. Die Sehschärfe beträgt jetzt $\frac{1}{10}$.

Aetiologisch interessant ist das Auftreten einer Keratitis bullosa an einem nicht glaukomatösen, relativ sehtüchtigen Auge mit grosser Hornhautnarbe, aber sonst klarer und normal empfindlicher Cornea. Ob dem durch das Thränenträufeln bewirkten Reize eine Bedeutung zukommt, lässt sich nicht feststellen, ist meines Erachtens aber wahrscheinlich.