Frage stehenden Prozesse — Senkung der subretinalen Flüssigkeit nach der tiefsten Stelle, Vermehrung derselben aus dem Glaskörper- oder Subchorioidraum — nicht gut denkbar ist. Wohl aber ist anzunehmen, dass körperliche Anstrengungen oder Erschütterungen jenen Zeitraum stark abkürzen, sodass sehr bald nach solchen Einwirkungen dem Patienten die Sehstörung bewusst wird und einen ursächlichen Zusammenhang mit jenen vortäuscht. Aus den vorliegenden 3 Fällen Schlüsse auf jenen Zeitraum zu ziehen, wäre voreilig. Ich verbinde deshalb mit diesen Darlegungen die Bitte an die Fachkollegen, aus ihrer Erfahrung einschlägiges Material zu sammeln und der Öffentlichkeit zu unterbreiten. Ich würde es im Interesse der Übersichtlichkeit für empfehlenswert halten, die betreffenden Krankengeschichten an die Redaktion dieser Zeitschrift einzusenden, die sie dann unter einheitlicher Überschrift veröffentlichen könnte, zusammen oder in einzelnen Serien, je nach Einlauf.

Vielleicht gewährt eine solche Zusammenstellung auch manchen Einblick in die Pathogenese dieser Art traumatischer Netzhauterkrankung.

VI.

Kleine Mitteilungen.

1.

Zur Blutstillung nach Lidoperationen bei Hämophilen.

Von

H. KUHNT

in Königsberg i. Pr.

Die grossen Schwierigkeiten, die zumal nach eingreifenderen Lid-Operationen bei Hämophilen zuweilen erwachsen, rechtfertigen vielleicht die folgende, kurze Mitteilung:

J., Hermann, Ingenieur aus Königsberg, stellte sich am 22. 6. 1903 in der Poliklinik mit schwerstem Trachom beider Augen vor. Eine anderwärts geübte, längere medikamentöse Behandlung war völlig erfolglos geblieben. Da die Abgrenzung der granulösen Übergangsfalten nach der Conjunktiva sclerae zu nicht möglich war, wurde von meinem Vertreter zunächst eine Expression an allen 4 Lidern vorgenommen. Keine besondere Blutung. Die sich anschliessende medikamentöse Behandlung beeinflusste den Prozess insoweit, dass am 15. September an

den beiden untern Lidern je eine einfache, an den oberen eine kombinierte Exzision ausgeführt werden konnte. Die Blutung war hierbei keine abnorm grosse, liess sich auch leidlich stillen. Patient wurde deshalb nach Anlegung eines Kompressiv-Verbandes in seine Wohnung entlassen, natürlich mit der Weisung, sofort in die Klinik zu kommen, falls Schmerzen oder eine Blutung auftreten sollten. Er stellte sich erst am übernächsten Tage mit stark durchblutetem Verbande vor. Nach Abnahme des letzteren und Reinigung erscheint kein weiteres Haima in der Lidspalte, deshalb neuer Druckverband. Am 18. 9. ist der Verband wiederum total durchblutet, Patient sieht sehr blass aus und gibt an, er fühle sich wegen starken Blutverlustes in der letzten Nacht sehr matt. Aufnahme in die Granulose-Abteilung. Beim Umstülpen der Lider erkennt man, dass die Blutung aus den oberen Lidern, und zwar aus den nasalen und temporalen Enden der Tarsal-Schnitte kommt, also aus den Schnittstellen des Arcus tarseus. Umstechung, Eisbeutel. Blutung steht zeitweise, schon am Nachmittage aber beginnt sie langsam wieder. 20. 9. Sengung der Knorpelschnittenden mit dem Galvanokauter. Besserung; in der folgenden Nacht neuerliche Verschlechterung. Auf eingehendes Befragen gibt nunmehr Patient an, dass er bereits vor einigen Jahren nach der Exzirkulation eines Zahnes

eine überaus starke Nachblutung gehabt habe, die erst nach sehr langer Tamponade zum Stillstand gebracht werden konnte. Auch bei einem seiner Brüder sei einmal auf eine geringfügige Verletzung eine kaum stillbare Blutung gefolgt. Es wurde daher neben der konsequenten Applikation des Eisbeutels, neben häufigen Einträufelungen von Kokain-Adrenalin-Lösungen die Digital-Kompression versucht. Aber auch so konnte die Blutung immer nur auf sehr kurze Zeit beseitigt resp. vermindert werden. Mein Vertreter konsultierte dieserhalb nicht nur mehrere erfahrene Kollegen, sondern auch Spezialisten der Chirurgie und der inneren Medizin. Man verabreichte Ergotin und injizierte Lösungen von Hydrastinin und später auch von Gelatine. Indessen selbst diese Häufung von Massnahmen brachte keinen oder nur schnell vorübergehenden Erfolg. Es traten immer häufiger bedrohliche Kollapserscheinungen auf. Als ich den Kranken erstmals am 2. Oktober sah, bot derselbe das Aussehen eines Moribunden, Haut und Schleimhäute waren wachsbleich, aus den Lidspalten entquoll fortdauernd, wenn auch wenig, dünne Blutflüssigkeit.

Im Hinblick auf diese Vorgeschichte konnte ich nur von einer dauernden Kompression der Lidschubstanz an den nasalen und temporalen Tarsus-Schnittenden einen Stillstand der Blutung erhoffen. Da diese manuell bekanntlich immer nur unvollkommen und immer nur auf kürzere Zeit ausführbar ist, liess ich mir schleunigst Kompressorien bauen, denen ich beistehende Form gab. Ein mittelstarker Metalldraht wird übers Kreuz gebogen und läuft in 3 mm breite, 6 mm lange Platten aus, deren gegenüberstehende Flächen gerieft, deren Ecken und Seiten tadellos abgerundet sind.

Ihre Anwendung am 3. Oktober geschah so, dass die eine Platte auf die Haut, die andere auf die blutende Stelle im Bindehautsack gelegt wurde. Der Erfolg war ein überraschender. Die Blutung stand sogleich. Nach einigen Stunden wurden die stark drückenden Kompressorien mit weniger stark drückenden vertauscht, um einer Gewebnekrose bezw. gröberen Ernährungsstörung in der geschwellten und ödematösen Lidsubstanz vorzubeugen. Am nächsten Tage konnten die Instrumente definitiv entfernt werden. Eine raffinierte Ernährung brachte den Kranken schnell wieder zu Kräften, sodass er nach einigen Wochen in gutem körperlichen Zustande die Klinik verlassen konnte.

Die Kompressorien habe ich seitdem öfter und mit immer gleich promptem Erfolge angewandt, z. B. nach Ausschälungen des Tarsus bei Kranken mit inveterierter Lues, nach Exzisionen bei älteren Individuen mit schlechten Gefässwandungen etc. etc., wo die nachträgliche Blutung früher durch Umstechung bekämpft wurde.

Es ist zweckmässig, diese Kompressorien¹⁾ mit verschieden starker Feder und mit verschieden grossen und verschieden geformten (rechteckigen, quadratischen und runden) Platten im Vorrat zu haben. Beachtet muss bei ihrer Anwendung nur werden, dass die Kompression nicht zu lange in zu bedeutender Stärke einwirkt. Das Instrument belästigt das Auge selber in keiner Weise. Der Kranke empfindet es meist nicht einmal unbequem.

Die besondere Mahnung dürfte aus obigem und ähnlichen Fällen erwachsen, vor allen an den Lidern auszuführenden Operationen genauest festzustellen, ob wir es mit einem Bluter oder einem Individuum mit mangelhaften Gefässen zu tun haben. Diese alte Regel wird gewöhnlich — sehr zu Unrecht — vernachlässigt.

2.

Zur Naht der Trachom-Exzisionen.

Von

Dr. PICK-Königsberg i. Pr.

Bei den Exzisionen der Bindehaut, die zur Heilung schwerer Trachome in unserer Provinz recht häufig ausgeführt werden, habe ich folgendes einfache Nahtverfahren seit ca. $\frac{3}{4}$ Jahren als das zweckmässigste angewandt. (Es handelt sich hierbei nur um die kombinierte Exzision des Oberlides.)

Der obere Wundrand, nämlich der des Übergangsteiles, wird mittelst Schere und Pinzette unterminiert und in seiner ganzen Breite, ca. 4 bis 5 mm nach oben zu, von der Unterlage frei gemacht. Die Fäden werden dann folgendermassen gelegt: Der Einstich an der einen Wundseite erfolgt von innen her, an der anderen Wundlefe wird die Nadel von aussen nach innen zu geführt. (Aussen: d. h. die dem Augapfel

¹⁾ Zu haben beim Instrumentenfabrikant E. Palm, Königsberg, Altstädtische Langgasse.