

Tension stark herabgesetzt, die in der Pupille und in der Vorderkammer liegende Exsudatmasse noch dicker als früher, die Iris selbst von atrophischen Stellen durchsetzt, während die einzelnen Knötchen wie leicht geschrumpft aussehen und nach Zahl und Ausdehnung etwas vermindert erscheinen.

Wenn also auch das Jodoform in unserem Fall einen gewissen hemmenden Einfluss auf die Knötchenbildung ausgeübt zu haben scheint, so ist man doch in Anbetracht des phthisisch gewordenen Bulbus nicht berechtigt, von irgend einem praktischen Erfolg der Jodoformeinführung zu sprechen. Jedentalls aber haben sich auch hier die von Silex 1899 in Utrecht geäußerten Zweifel bestätigt.

Zum Schluss erlaube ich mir, meinem verehrten Chef und Lehrer, Herrn Professor Silex, für die Überlassung der Krankengeschichten und das dieser Veröffentlichung entgegengebrachte Interesse meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 03. S. 401.
2. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 03. S. 511.
3. 10. Vers. Rhein.-Westfäl. Augenärzte. 1903.
4. Inaug.-Dissert. Jena 1903.
5. Deutschmanns Beiträge zur Augenheilk. Heft 60.
6. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. XII. Ergänzungsheft.
7. Handbuch der Augenheilk. V. Auflage. S. 339.

IV.

Traumatische Spätablösung der Netzhaut.

Von

Dr. EHRENFRIED CRAMER

in Cottbus.

Der Anregung von Pfalz in Bd. XII, Heft 6 dieser Zeitschrift folgend, bringe ich in Kürze einen entsprechenden Fall zur Veröffentlichung.

Der 59jährige kräftige Ausgedinger Z. erlitt vor 5 Wochen einen Unfall dadurch, dass ihn beim Dreschen die Spitze des Flegels seines Nachbarn gegen den linken Winkel zwischen Nasenwurzel und Orbitalrand traf. Der Schlag war so heftig, dass Pat. ohnmächtig zu Boden sank. An der eintretenden Hautblutung zeigte sich, dass das innerste Drittel des Orbital-

randes getroffen war. Das Auge rötete sich zwar, doch trat ein subconjunctivaler Bluterguss nicht ein.

Pat. erholte sich von dem Schläge und nahm vorläufig keine Folgen für das Sehvermögen wahr.

Vor einigen Tagen bemerkte er bei der Arbeit des Aufsammelns von Kartoffelkraut, dass es vor seinem linken Auge erheblich flimmerte. Er schob es auf den herrschenden Wind, setzte aber seine Arbeit fort. Am nächsten Tage fand er eine wesentliche Verschlechterung seines Sehvermögens, die sich bis zum Abend zur praktischen Erblindung steigerte.

Die Untersuchung — einen Tag nach der völligen Erblindung — ergab eine ausgedehnte und gleichmässige, nicht blasige Ablösung der temporalen Netzhauthälfte. In den untersten und periphersten Partien der abgelösten Netzhaut fand sich ein unregelmässiger, in einzelne halbaufgerollte Zipfel auseinander weichender Riss, durch den die normale Aderhaut deutlich zu sehen war.

Der Augenhintergrund war im übrigen völlig normal, besonders fehlte jede Blutung. Es bestand Emmetropie. Bei der Art der Ablösung und ihres Auftretens war eine Aderhautgeschwulst als Ursache ebenso ausgeschlossen, wie hochgradige Kurzsichtigkeit. Der Urin war frei von krankheitsanzeigenden Symptomen, eine nennenswerte Arteriosklerose bestand nicht.

Bei der Schwierigkeit, unter diesen Umständen eine Ursache zu finden, fragte ich den Pat., ob er nicht vor kurzem einen Schlag bekommen habe, worauf er die eingangs geschilderten Tatsachen berichtete. In Erinnerung an die Arbeiten von Ammann und Pfalz trug ich trotz der zwischen dem Schlag und dem Auftreten der Ablösung verflossenen Zeit von 5 Wochen bei dem Fehlen aller sonstigen erfahrungsgemäss auftretenden Ursachen für Netzhautablösung kein Bedenken, der Genossenschaft gegenüber den Zusammenhang mit dem Unfall zu vertreten.

Jeder Einwand, dass etwa das Auge schon früher erkrankt gewesen sei, wurde, abgesehen von dem mangelnden Nachweis solcher Erkrankungen, dadurch entkräftet, dass das andere Auge seit der Jugend schwachichtig war und jetzt einen Star der hinteren Rindenschichten zeigt, der zwar noch durchleuchtbar ist, aber auch nach Atropin das Sehvermögen auf Erkennen von Handbewegungen herabsetzt. Pat. hat als Kanonier gedient und mit dem jetzt verletzten Auge, auch im Feldzug, das Geschütz gerichtet, auch bis zum Tage des Eintritts der Netzhautablösung niemals eine Beeinträchtigung des Sehvermögens gemerkt.

Ich denke mir die Entstehung des Leidens so: Der Netzhautriss liegt gerade gegenüber der Stelle, an der der Flegel nur mit seiner Kante den Oberaugenhöhlenrand getroffen hat. Hätte er mit der Fläche getroffen, so würde bei der Wucht des Schlages ganz sicher eine starke Verschwellung und Blutunterlaufung der Lider eingetreten sein, die nach den Angaben völlig fehlte. Die

Kante hat eine starke isolierte Quetschung des inneren oberen Augenabschnittes gemacht, die ihrerseits auf der entgegengesetzten Seite einen feinen Netzhautriss bewirkte, der zunächst bei seiner peripheren Lage und geringen Ausdehnung keine subjektiven Erscheinungen gemacht hat. Allmählich hat sich dann eine seröse Flüssigkeit aus dem Glaskörper zwischen die Wundlippen gedrängt, den Riss erweitert und so den Weg für einen post-retinalen Erguss mit seinen Folgen frei gemacht.

Wenn auch das Auftreten von reinen Netzhautrissen nach stumpfem Trauma ohne Eröffnung der Augapfelhüllen nicht häufig ist, so kennt jeder in den Verletzungen erfahrene solche Fälle. Auch sind sie in der Literatur mehrfach beschrieben.

Praun zitiert z. B. einen Fall von Hoek, in dem wie bei meinem der Angriffspunkt der Stelle des Risses gerade gegenüberlag.

Bei der unsicheren Voraussage und der Art der Erblindung des anderen Auges, die ein normales Sehvermögen nach der Staroperation nicht erwarten lässt, ist für den Pat. die gewonnene Erkenntnis von dem Vorkommen der Spätablösung von grösster Wichtigkeit.

Berichte und Referate.

I.

Kritisches Sammelreferat über die Verwendung einiger neuerer Arzneimittel in der Augenheilkunde.

Von

Dr. ERICH SPENGLER

in Hildesheim.

II. Nebennierenpräparate.

Wenn auch die Versuche, aus Nebennierensaft das wirksame Prinzip zu isolieren, seit Jahrzehnten datieren, seit seine intensiven Wirkungen durch Pellacaja bemerkt wurden, so gaben erst die Untersuchungen von Oliver und Schäfer u. a. (1895) Anlass zu klinischer Anwendung und damit den Bemühungen der Chemiker neuen Ansporn. Es waren Augenärzte, welche die anämisierende Eigenschaft des Nebennierensaftes zuerst bemerkten, sie erkannten auch, wie die örtliche Wirkung anderer Anaesthetica vertieft oder im entzündeten Gewebe erst ermöglicht wird, wenn dieselben mit Nebennierenextrakt kombiniert werden.