V. Spät-Infektion nach Elliott-Trepanation

H.

Kuhnt

Bonn

Den für die Herabsetzung des intraokularen Druckes so über-aus günstigen Eigenschaften der Trepanation nach Elliott, müssen leider auch unerfreuliche Beigaben gegenüber gestellt werden. Wagenmann berichtete über einen Fall von Spätinfektion, dem sicherlich bald manche andere folgen werden. Auch ich mußte eine solche Spätinfektion beobachten, die in mancher Beziehung von Interesse und deshalb der Mitteilung wert sein dürfte.

Gustav S., 44 Jahre alt, aus Lüdenscheid, konsultierte mich erstmals am 20. I. 1913. Ganz allmähliche Entwicklung der Sehverschlechterung rechts, keinerlei entzündliche Attacken. Befund : Adnexe normal, Tränenwege gut durchspülbar.

Rechtes Auge, 2,0 Dioptrien myopisch, besitzt eine Sehschärfe = 5/*· Tiefe glaukomatöse Exkavation. Tonus 55–60 Hdg. Gesichtsfeld peripher um 10–20° eingengt. Blinder Fleck ein wenig vergrößert.

Linkes Auge: Myopie = 7,5 Dioptr.; Vis. = 5/sß (?); Exkavation noch hochgradiger als rechts. Druck 60–65. Gesichtsfeld zeigt außer der annähernd gleichmäßigen peripheren Einschränkung von etwa 20° einen starken Ausfall in der nasalen Hälfte. Beträchtliche Vergrößerung des blinden Fleckes.

Ich schlug zunächst eine Trepanation nach Elliott am linken Auge vor, die auch am 10. II. ausgeführt wurde mit peripherer Iridektomie und Vernähung des 7 mm breiten Bindehautlappens mittels einer Suture. Norroale Heilung, bedeutende Erweiterung des Gesichtsfeldes, Besserung des Visus bis auf 5/18, gutes Filtrationskissen.

Am 25. II. Trepanation rechts, gleichfalls periphere Iridektomie, eine Bindehautsuture.

Am 26. II. infolge wiederholten sehr starken Niesens starke Blutung in die Vorderkammer und unter den Bindehautlappen, die sich nur langsam resorbierte. Ende März Vis. = 5/,, Bindehaut über Trepanations-stelle aber nicht mehr durch Filtrationspolster abgehoben, sondern glatt mit der Skleraoberfläche verwachsen.

Bei der Vorstellung am 2. Mai : rechts V. = 5/o. aber Tonus wieder 35 Hdg; links V. = 5/18· Tonus 17 Hdg.

Am 21. V. besuchte mich Patient auf der Rückkehr von einer Reise. Ich fand beiderseits einen mäßigen Schwellungskatarrh und riet, da die Bindehaut auf dem Filtrationskissen links stark gelockert erschien, ein paar Tage in der Klinik zu verbleiben. Angeblich dringende Geschäfte riefen Herrn S. aber heim. Erst am 2. VI. kam er zurück, nachdem am Abend vorher unter großen Schmerzen schnelle Erblindung auf dem linken Auge aufgetreten war.

Status am 2. VI.: L. ganz unsichere quantitative Lichtempfindung. Sehr starke Ciliarinjektion, enorme Schmerzhaftigkeit. Bindehaut über der Trepanationsöffnung verdickt, erodiert und graugelb infiltrierte. Cornea matt, Kammerwasser trüb, eitrige Iritis, Hypopyon. Kein rotes Licht.

138 Kuhnt, Spät-Infektion nach Elliott-Trepanation.

Die Therapie bestand in Irrigation des Bindehautsackes, dessen Sekret viel Pneumokokken zeigte, mit dünner Oxyzyanatlösung (V10000) > Einträufelung von Skopolamin, öfterem Einstäuben minimaler Mengen von Kalomel, Applikation Warmer Kompressen, mehrmals des Tages eine halbe [Stun.de](#) lang, Einleitung einer Schmierkur (4 g pro die), Schwitzen jeden 3. Tag und schließlich in heißen Fußbädern und Setzen trockener Schröpf-■köpfe in den Nacken. Unter dieser konsequent durchgeführten Behandlung schwand nach und nach das Krankheitsbild. Am 7. VI. Wurden wieder Finger unmittelbar vor dem Auge erkannt, am 15. in einigen Metern richtig gezählt. Um nichts unversucht zu lassen, fügte ich am 18. und 19. ferner am 21. und 24. VI. je eine Injektion von 200 J. E. von Römers Pneumokokkenserum unter die Haut des Oberarms, bzw. des Rückens hinzu. Allmählich klärte sich auch der Glaskörper auf, der immer noch von großen Trübungswolken durch-setzt war. Am 1. VII. konnte die Papule wieder erkannt werden. Stete weitere Hebung des Visus, der am 15. VII. 5/3β, am 20. VII. 5/24 erreichte. Die gelockerte, graugelb infiltrierte Bindehautkuppe über der Trepanationsöffnung verlor successive die gelbe und im weiteren Verfolg auch die graue Trübung. Gleichzeitig verwuchs die Konjunktiva mit der Sklera und es schwand das Filtrationspolster. Entsprechend der Abnahme dieses letzteren stieg der intraokulare Druck langsam in die Höhe und betrug am 20. VII. wieder 30–32 Hdg. Das Gesichtsfeld hat allseitig, besonders nasal eine wesentliche Einschränkung erfahren

Dieser Fall lehrt, daß die Bindehaut bei prominenten. d. h. gut ausgebildeten Filtrationskissen durch stärkere Konjunktividen, insbesondere bakterielle, wohl infolge Lockerung und mechanischer Insulte durch das Oberlid, defekt werden und zur ektogenen In-fektion der vorderen Uvea führen kann, eine Eventualität, die sehr bedauerlich genannt werden muß und die größte Beachtung für die Zukunft erfordert.

Fragen wir uns, ob diesem Vorkommen vielleicht durch Modifikationen in der Bildung des Bindehautlappens vorgebeugt werden könnte, etwa derart, daß das gesamte episklerale Gewebe an ihm belassen würde, so müssen wir uns skeptisch äußern. Der Lappen soll nur die eigentliche – unverletzte Konjunktiva umfassen und vielleicht auch noch die oberflächlichen Episkleralagen. Haftet ihm zu viel von letzterem Gewebe an, vollzieht sich sehr oft und schnell der völlige Verschluß der Trepanationsöffnung, was ohne weiteres an dem Ausbleiben des Filtrationskissens und dem Ansteigen des intraokularen Druckes kenntlich wird. Genügt doch zuweilen schon allein das Anspannen des Bindehautlappens durch Anlegen einer Naht, um zur Obliteration des Korneoskleral-loches zu führen.

In unserem Falle hatte ich die Bindehaut mit subkonjunktivalem Gewebe bis zum Limbus und in die oberflächlichen Horn-hautlamellen gelöst, das festere episklerale Gewebe an der vordersten Lederhaut, weil es die Trepanation erschwerte, entfernt, es war also, wie man wohl sagen darf, nach Vorschrift operiert worden.

Ob die Bindehaut durch medikamentöse Beeinflussung, etwa durch Betupfen mit Tinctura opii, im Bereich des Kissens wider-standsfähiger zu gestalten ist, wäre vielleicht ohne Gefahr zu erproben.