VI. Zur Frage des Entropium Congenitum

P.	Paul	Sziklai
----	------	---------

Aus der I. Universitäts-Augenklinik in Budapest [Direktor: Hofrat Prof. E. v. Grósz]

Das kongenitale Entropium ist eine der am seltensten beschriebenen Anomalien, die am Auge vorkommen. Ich war in der Lage, von einem Falle (jährlicher Knabe) ein gelungenes Bild aufzunehmen, dessen Reproduktion Interesse erregen dürfte.

Im allgemeinen wird das kongenitale Entropium in zweierlei Formen gesehen, und zwar unterscheiden wir primäre und sekundäre Formen. Von diesen beiden wird die letztere bei weitem öfters beobachtet als die primäre. Das Umstülpen der Lider bei kongenitalem Mikrophthalmus und noch öfters bei Anophthalmus kommt verhältnismäßig oft vor. Es sind dieselben Verhältnisse, die bei einem postnuklearen Fall vorliegen. Wir finden den Grund des Entropiums darin, daß die Lider, die nach der Orbita zu keine Stütze haben, dem Tonus der Muskeln nicht widerstehen können.

Fast alle Momente, die ein im extrauterinen Leben entstehendes Entropium verursachen, können bei kongenitalem Entropium mitwirken. Die Hypertrophie des Musculus orbicularis, wie bei Entropium spasticum; die Dehnbarkeit oder Hypertrophie der Haut des Lides, wie bei Entropium senile; die Vernarbung der Konjunktiva, die Hypoplasie oder Aplasie des Tarsus, wie bei Entropium cicatriciale, Epicanthus und, wie schon erwähnt,

104 Sziklai, Zur Frage des Entropium Congenitum.

das Fehlen oder die Schrumpfung des Bulbus, wie bei Entropium bulbare – tragen bei zum Entstehen eines kongenitalen Entropium.

Folgende in der Literatur bekannte Fälle des Entropium congenitum zeigen dies ohne Zweifel. Die erste Beschreibung dieser Anomalie stammt von Ammon (1841); der von ihm beschriebene junge Knabe besaß ein Entropium beider Lider des linken Auges, und des oberen Lides des rechten Auges, während das untere Lid durch ein Ektropium verunstaltet war. In Guiberts Fall (1892) waren beide untere Lider einwärts gestülpt. Er gibt als Grund dieser Affektion eine Degeneration an, als Folge hereditären Alkoholismus. Harlans Fall stammt aus dem Jahre 1895. Der Grund des Entropiums beider oberen Lider – wie bei Guibert – war eine partielle Destruktion des Tarsus. Dimmer beschreibt im Jahre 1885 zwei Fälle des kongenitalen Entropiums. Als einheitliches Moment finden wir einen Epicanthus mit Hypertrophie der Haut der unteren Lider. Im Falle des gut entwickelten Epicanthus beschreibt er ein vollständiges Entropium; im zweiten Falle, wo der Epicanthus weniger ausgeprägt war, fand er das untere Lid in der inneren Hälfte so nach innen umgestülpt, daß die Cilien in den mittleren Teilen des Lidrandes noch aufwärts gerichtet waren, während die äußeren Cilien ganz normal standen. Im Falle Denigs (1899) wird als Grund des kongenitalen Entropiums eine Konjunktivalfalte angegeben, die sich vom Fornix inf. bis 3 mm. vom Lidrande erstreckte. Wahrscheinlich war es das Resultat einer im fötalen Leben abgelaufenen Entzündung. Leblond beschreibt einen Fall (1907) eines jungen Mädchens, deren ältere Schwester angeblich dieselbe Anomalie zur Welt brachte. Es verursachte, wie im Falle v. Herrenschanz, das Entropium der Überschüß der palpebralen

Portion des Musculus orbicularis. Der Fall der Klinik ist ein ähnlicher Fall. Die Pars palp. des Musculus orbicularis entspringt vom Ligamentum palp. med. und verläuft in einer superficialen und tiefen Schicht bogenförmig. Am lateralen Augenwinkel enden die Fasern in der Raphe palp. lat. Unter den Fasern ist eine große Zahl, die nicht das Lig. palp. med. und nicht die Raphe palp. lat. erreichen. Die eine Krümmung dieses bogenförmigen "Verlaufs der Muskelfasern bildet sich durch die Umkreisung der Lidspalte; die Konkavität dieses Bogen richtet sich gegen die Lidspalte oben abwärts, unten aufwärts. Durch das Anschmiegen der Lider an die Konvexität des Bulbus entsteht die zweite Krümmung. Bei einer Muskelkontraktion entsteht durch die Ausgleichung der Konkavität der ersten Krümmung die Verengerung der

P i c h l e γ , Zur Kenntnis des Blitzstares. 105

Lidspalte; dagegen werden die Fasern der zweiten Krümmung an den Augapfel gedrückt. Wenn dies gleichmäßig in der ganzen Höhe des Lides zustandekommt, so liegt das Lid ganz flach an den Bulbus an. Wenn aber mechanische Gründe bei Hypertrophie des Muskels dem einen Teil das Übergewicht bieten, wird das Lid an einer Stelle starker nachhinten gedrückt, als an anderen Stellen, und die dem Lidrand am nächsten liegenden Muskelfasern gewinnen das Übergewicht; so wird der Lidrand nach innen gestülpt. Das war bestätigt durch den operativen Eingriff und Erfolg dieser Fälle. Im Falle der Klinik wurde von Doz. v. Liebermann ein halbmondförmiger Hautstreifen von etwa 4 mm. größter Breite nach Celcius ausgeschnitten, gleichzeitig auch die darunter liegende Portion des hypertrophisierten Orbicularis. Die Nähte wurden nach Hofz eingelegt, d. h. durch die oberflächlichen Schichten des Tarsus geführt. Der Knabe ist seitdem, es ist fast ein Jahr, gesund und leidet an keinem Rezidive.

Ich möchte hier noch Desmarres' Ausspruch erwähnen. Dieser Autor sagt nämlich, daß jedes durch Muskelwirkung entstehende extrauterin vorkommende Entropium durch Disposition bedingt wird. Dieselbe besteht darin, daß die Fasern des Orbicularis hoch am Lidrand enden und so einen schrägen Verlauf – von oben herunter oder in entgegengesetzter Richtung – zeigen. Bei der Kontraktion wird dann das Lid in vertikale Richtung zusammengedrückt und wenn die übrigen Fasern das Gleichgewicht nicht erhalten können, entsteht ein Entropium.

VII. Zur Kenntnis des Blitzstares.

Dr. ALEXIUS PICHLER,

Chefarzt der Augenabteilung einer k. u. k. Anstalt der Südwestfront.

Löwenstein hat aus einem Feldspitale derselben Front in den Klin. Monatsblättern für Augenheilkunde

Jahrgang 1915

5 Fälle von Blitzstar mit sehr zarten

das Sehvermögen nicht behindernden Trübungen in der hinteren Rinde beschrieben. Dies veranlaßt mich

über 2 eigene Beobachtungen dieser Verletzung zu berichten