B. Bericht

über

die im Jahre 1904 ausgeführten Operationen.

I. Operationen am Kopf.

1.	Operationen am Ohr und Processus mastoideus	4
2.	Operationen des Rachens, der Nase oder deren Nebenhöhlen	20
3.	Trepanation des Schädeldaches	1
4.	Hasenscharten- und Wolfsrachenoperationen	4
5.	Operationen von Geschwülsten am Kopfe	21
6.	Operation einer Speichelfistel	1
7.	Paraffininjection bei Sattelnase	2
8.	Paracentese des Trommelfelles	3
	Summe	61

II. Operationen am Halse.

1.	Exstirpation von Lymphomen	18
2.	Incision von Phlegmonen	27
3.	Tracheotomien nnd Laryngotomien	30
4.	Operationen von Struma	4
	Summe	79

III. Operationen am Thorax.

1.	Resectio costarum	9
2.	Amputatio mammae	4
3.	Incision bei Mastitis	3
4.	Incision bei Bubo axillaris	8
5.	Punction	2
6.	Operationen von Geschwülsten	7
7.	Operation einer Spina bifida	1
8.	Operation eines retrosternalen Abscesses	1
	Summe	35

IV. Operationen am Bauch.

1.	Magen- und Darmoperationen	18
2.	Taxis von Brüchen	1
3.	Herniotomie und Radikaloperation	21
4.	Operation an der Gallenblase	6
5.	Operation bei Appendicitis	37
6.	Laparotomie wegen Bauchfellentzündung	3
7.	Operationen von Anusfisteln, Fissuren u. periproktitischen Abcessen	9
8.	Exstirpation von Haemorrhoiden	12
9.	Operation des Mastdarmvorfalles, Mastdarmoperationen	11
	Zu übertragen	118

	Uebertrag	118
10.	Incision eines Bubo inguinalis	15
11.	Laparotomie wegen Adhaesionen	5
12.	Operation eines Sarkom des Netzes	1
13.	Radikaloperation der Hydrocele	7
14.	Exstirpatio testis	1
15.	Phimosen- und Paraphimosenoperation	7
16.	Operation einer Varicocele	1
17.	Operation einer Hypospadie	1
18.	Punction der Bauchhöhle	2
19.	Operationen an der Harnblase bei Tumoren, Steinen etc.	1
20.	Operation von Geschwülsten in der Analgegend	1
21.	Incision eines Nebennierenabscesses und subphrenischen Abscesses	2
22.	Proctoplastik bei Atresia ani	1
	Summe	163

V. Operationen an den Extremitäten an Schulter und Beckengürtel.

1.	Amputationen und Exarticulationen	8
2.	Resectionen	
	a) Finger und Mittelhand	11
	b) Ellenbogen	2
	c) Hüfte	2
	d) Knie	3
	e) Fuss	5
	f) Schlüsselbein	3
	g) Steissbein	1
3.	Knochennaht	7
4.	Osteotomie	12
5.	Osteoklase	10
6.	Nekrotomie	4
7.	Operation bei akuter Osteomyelitis	3
8.	Sonstige Knochen- und Gelenkoperationen	37
9.	Reposition von Luxationen	4
10.	Nerven-, Sehnen- und Schleimbeuteloperationen	8
11.	Operation des Unguis incarnatus	10
12.	Exstirpation von Varizen, Unterbindung der Vena Saphena	7
13.	Exstirpation von Geschwülsten	22
14.	Entfernung von Fremdkörpern	13
15.	Incision von Panaritien, Phlegmonen und Abscessen	80
16.	Excision von Geschwüren am Unterschenkel	4
17.	Tenotomie der Achillessehne	1
	Summe	257

VI. Anderweitige Operationen.

1.	Operation des Lupus	3
2.	Plastische Operationen	2
3.	Transplantationen nach Thiersch	11
4.	Incision von Karbunkeln und Furunkeln	15
5.	Naht von Hautwunden, Auskratzung von Fisteln, Jodoforminjektionen und sonstige Operationen	95
	Summe	120

VII. Von den gynaekologisch behandelten Kranken kamen zur Operation:

1. Entfernung eines oder beider Eierstöcke wegen Neubildung, oder Vereiterung, oder der vereiterten Gebärmutteranhänge durch Bauchschnitt 38
2. Entfernung von Eierstockgeschwülsten durch hinteren Scheidenbauchschnitt 1
3. Entfernung von Fasergeschwülsten der Gebärmutter durch Bauchschnitt 4
4. Entfernung intraligamentär entwickelter Cysten durch Bauchschnitt 1
5. Bauchschnitt bei hochgradiger Wasseransammlung infolge von tuberkulöser Bauchfellentzündung und bei Gebärmutter- und Eierstockskrebs 2
6. Fixation der rückwärts verlagerten Gebärmutter an die Bauchwand:
   a) als selbständige Operation 5
   b) im Anschluss an andere Eingriffe 29
7. Eröffnung grosser Eiterherde im Becken 5
8. Palliativoperation bei nicht mehr radikal zu operierendem Krebs der Gebärmutter 10
9. Blutige Erweiterung des Mutterkanales bei schmerzhafter Periode, Unfruchtbarkeit, Enge des inneren Muttermundes, keilförmige Excision des Scheidenteils der Gebärmutter bei Geschwüren . . . 19
10. Ausschabung der Gebärmutterhöhle nach vorhergegangener Erweiterung bei Blutungen, Fehlgeburten etc. 54
11. Exstirpation der Bartholinischen Drüse wegen Abscess- und Cystenbildung 2
12. Excision der Portio wegen Geschwürsbildung 4
13. Unblutige Reposition der fixierten rückwärts verlagerten Gebärmutter in Narkose 3
14. Operation einer Blasenscheidenfistel 2
15. Kolpoperineoplastik und Kolporrhaphie 9
16. Kolpotomia posterior wegen Haematocele retrouterina 1
17. Abtragen von Cervical- und Uteruspolypen 2
18. Einleiten der künstlichen Frühgeburt bei Placenta praevia, Eklampsie 3
19. Entfernung einer Cyste der hinteren Scheidewand 1
20. Episiotomie bei Vaginismus 1
21. Operation von Prolapsus uteri durch vorderen Scheidenbauchschnitt nebst Verlagerung der Blase und Kolpoperineoplastik 1
22. desgl. durch Bauchschnitt 1
23. Exstirpation eines Harnröhrenpolypen 1
24. Enucleation des in der Scheide liegenden Myoms bei Inversio uteri myomatosi 1
25. Ausschälung einer intraligamentär entwickelten Tubargravidität durch Bauchschnitt 1
26. Laparotomie wegen geplatzter Tubargravidität 1
27. Einleitung der künstlichen Frühgeburt 1
28. Exstirpation des Uterus wegen myomatöser Entartung 1
29. Exstirpation des infolge Vaporisation stenosirten Uterus 1
30. Chlorzinkätzung des Cervicalkanals 1
31. Excision eines Myoms der Portio 1
32. Excision des Septum vaginae bei Vagina septa mit Uterus duplex 1

Summe 208

abzüglich 6b, welche nicht als Operationen für sich gelten . . . 29

Summe 179

VIII. Augenoperationen 1904

1. Operationen des grauen Staares		50
a) Zerschneidung (Discision)	17	
b) Extractio linearis	27	
c) Nachstaaroperation	6	
2. Operationen des grünen Staares (Glaucom.)		2
3. Iridectomie (Pupillenbildung)		27
4. Operation des Vorfalls der Regenbogenhaut (Prolapsus iridis)		3
5. Schieloperationen		23
6. Operation des herabhängenden Augenlides (Ptosis)		2
7. Eröffnung der vorderen Augenkammer (Paracentese)		4
8. Galvanokaustische Ätzung der Hornhaut		2
9. Operation des einwärtsgewandten Augenlides, (Snellen und Lidspaltenerweiteruug)		3
10. Saemisch'sche Entropium-Operation		8
11. Electrolyse der Wimpern		1
12. Entfernung von Fremdkörpern aus dem Augeninnern (Elektro-Magnetoper.)		4
13. Excision von Lidgeschwülsten		2
14. Entfernung des Augapfels (Enucleatio)		6
15. Orbitaloperationen		8
16. Operation der Tränensackfistel		1
17. Verödung des Tränensackes		4
18. Staphylom-Operationen		1
19. Ectropium-Operationen		1
20. Lidnaht		1
21. Tätowierung von Hornhautnarben		2
22. Symblepharon-Operation		2
23. Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut		2
24. Sklereotomie		1
25. Saemisch'sche Hornhautoperationen		2
	Summe	162

Es entfallen a) auf chirurgische Operationen		715
b) „ gynaekologische Operationen		179
c) „ Augen-Operationen		162
	Summe	1056

Aufgestellt

Düsseldorf, den 19. Juni 1905.

Sanitätsrat Dr. Robert Schultze,
Ober- und Hausarzt.

Dr. Bertram,
Spezialarzt für Augenkrankheiten.

Dr. Wanner,
Spezialarzt für Frauenkrankheiten.

I.

Mitteilungen aus der chirurgischen Abteilung.

Von Sanitätsrat Dr. Robert Schultze.

Unter den im Jahre 1904 ausgeführten Operationen der chirurgischen Abteilung bietet besonders ein Fall von Fremdkörper in der Speiseröhre, der auf operativem Wege entfernt werden musste, hinsichtlich der Diagnose und Therapie manches Interessante und Mitteilenswerte. Es handelt sich um die 23jährige Frau A. St., die am 2. August 1904 in das Krankenhaus eingeliefert wurde, weil sie einige Tage vorher in einem epileptischen Anfall ihr künstliches Gebiss verschluckt haben sollte. Der konsultierte Arzt hatte weder äusserlich noch beim Hineinfühlen mit dem Finger über den Kehlkopf einen Fremdkörper entdecken können. Die Patientin klagte über heftige Schmerzen beim Schlucken sowie über ein ständiges Druckgefühl hinter dem Sternum, als wenn ein Fremdkörper dort festsässe. Der bis über den Kehldeckel eingeführte Zeigefinger konnte keinen Fremdkörper fühlen. Um festzustellen, ob ein solcher vielleicht in den tieferen Partien der Speiseröhre stak, wurde die Sondierung der Speiseröhre vorgenommen, zunächst mit einem starren Schlundbougie und darauf mit einer weichen Schlundsonde, ohne dass aber dadurch die Anwesenheit eines Fremdkörpers an der von der Patientin bezeichneten schmerzhaften Stelle nachgewiesen wurde. Die Sonden glitten vielmehr glatt und ohne Widerstand bis in den Magen herunter. Zwei Möglichkeiten kamen hier in Betracht. Entweder sass der Fremd-

körper noch an der schmerzhaften Stelle und wurde blos von der untersuchenden Sonde nicht berührt, indem dieselbe an ihm vorbeiglitt, oder aber der Fremdkörper war schon in den Magen herabgerutscht, und der von der Patientin angegebene Schmerz war lediglich als Folge einer erheblichen Schleimhautverletzung des Oesophagus zu betrachten. Da der Röntgenapparat des Krankenhauses einer notwendigen Reparatur wegen ausser Funktion war, so wurde anderweitig eine Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen vorgenommen, die aber ein bestimmtes Resultat nicht ergab. — Auffallend war jetzt, dass die Patientin als Sitz des Schmerzes nicht mehr die früher bezeichnete Stelle, sondern die Medianlinie hinten unten zwischen den Schulterblättern angab, wo sie andauernd heftige, stechende Schmerzen empfinden wollte. Bei der Untersuchung mit der Schlundsonde stiess man nunmehr 29,5 cm von der Zahnreihe entfernt auf ein Hindernis, das weder mit der harten noch mit der weichen Sonde passiert werden konnte. Damit war die Anwesenheit eines Fremdkörper im Schlundrohr ohne Zweifel festgestellt, und es fragte sich, wie derselbe in möglichst zweckmässiger Weise aus der Speiseröhre entfernt werden konnte. Angesichts des ausserordentlich tiefen Sitzes des Fremdkörpers und in Anbetracht des Umstandes, dass die Oesophagoskopie bei der sehr empfindlichen Person und bei der grossen Schmerzhaftigkeit auf erhebliche Schwierigkeiten stossen würde, war ein unblutiges Verfahren von vorneherein auszuschliessen. Es konnte nur ein blutiger operativer Eingriff in Betracht kommen. Aber der Versuch, den Fremdkörper wie gewöhnlich durch die Eröffnung der Speiseröhre am Halse, durch die Oesophagotomie, zu entfernen, erschien uns äusserst bedenklich. Sagte man sich doch mit Recht, dass bei dem tiefen Sitz des Fremdkörpers in der Speiseröhre der Erfolg der Oesophagotomie an und für sich schon sehr unsicher, die Gefahr der Verletzung der Oesophaguswand aber äusserst gross erschien, zumal der Fremdkörper noch fest eingekeilt sass und jedenfalls wegen seiner Grösse die Speiseröhrenwand in maximaler Span-

nung hielt, also die Exbraction, selbst wenn der Körper von einer möglichst tief angelegten Oesophagotomiewunde gefasst werden konnte, sicher nur mit ausgedehnter Verletzung der Speiseröhre vor sich gehen konnte. Von solchen Erwägungen ausgehend erschien uns ein Verfahren, das bisher nur wenig bei der Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre geübt worden ist, als der einzig richtige Weg, nämlich die Entfernung des Fremdkörpers von unten durch eine Magenwunde, durch die Gastrotomie. Der Erfolg war denn auch ein tadelloser. Nachdem der Magen durch einen etwa 10 cm langen Schnitt eröffnet war, wurde mit vier Fingern der rechten Hand in den Magen eingegangen und versucht, mit einem oder mehreren Finger durch die Cardia in die Speiseröhre bis zu dem Fremdkörper vorzudringen. Dies gelang aber nicht, da sich Falten der Magenschleimhaut in einer solchen Weise vor die Cardiaöffnung gelegt hatten, dass es den Fingern unmöglich war, an der Falte vorbei zu passieren. Es wurde nun der Versuch gemacht, eine grosse, stark gekrümmte Kornzange unter Leitung der Finger mit äusserster Vorsicht an der vorderen Magenwand entlang in die Höhe zu schieben und auf diese Weise in den Oesophagus zu dem Eremdkörper zu gelangen. Dies glückte bald in der erwünschten Weise und ohne jede Verletzung. Die Zange stiess auf den Eremdkörper, fasste denselben, und unter langsamen Gleiten und relativ geringem Widerstande wurde derselbe aus der Speiseröhre durch die Magenwunde entfernt. Der Eremdkörper war ein künstliches Gebiss, das aus einer vorderen Platte mit 4 Schneidezähnen und je einem Backenzahn bestand. Die Wundheilung erfolgte ohne jede Störung und konnte die Patientin am 28. August 1904 frei von Beschwerden das Krankenhaus verlassen.

II.

Mitteilungen aus der gynäkologischen Abteilung.

Von Dr. Wanner.

Im Jahre 1904 unterzogen sich 179 unterleibskranke Frauen einem operativen Eingriff. Die operativ behandelten Fälle stiegen

von	36	im	Jahre	1901
auf	62	„	„	1902
„	157	„	„	1903
„	179	„	„	1904.

Unter diesen 179 Operierten befanden sich 56 Frauen, bei denen der Bauchschnitt ausgeführt werden musste. Was nun die Schnittführung zur Eröffnung der Leibeshöhle betrifft, so wurde 11 mal der Längsschnitt und in allen übrigen Fällen der suprasymphysäre Querschnitt in steiler Beckenhochlagerung nach Pfannenstiel ausgeführt. Ich habe in den letzten 2 Jahren nur dann noch den Längsschnitt gewählt, wenn die Grösse der zu entfernenden Geschwülste ein solches Verfahren unbedingt erforderte. Der suprasymphysäre Querschnitt bietet so viele, in die Augen springende Vorteile, dass er als eine sehr willkommene Neuerung zur Vervollkommnung der chirurgischen Technik in der Unterleibschirurgie zu betrachten ist. Des Näheren darauf einzugehen, muss ich mir hier versagen und will nur bei Beschreibung der von mir geübten Nahtmethode zeigen, dass dabei eine so feste Vereinigung aller durchtrennten Teile entstehen muss, dass bei normaler Heilung ein späterer Bauchbruch ausgeschlossen ist; ja die Erfahrung hat mir gezeigt, dass selbst in den wenigen Fällen, wo ich genötigt war zu drainieren ein solcher nie aufgetreten ist, was beim Längsschnitt nur allzu oft der Fall zu sein pflegt. Als Nahtmaterial benutze ich bei eitrigen Erkrankungen ausschliesslich resorbierbares Material — Catgut —; aber auch bei allen reinen Operationen versenke ich sehr ungern und auch dann nur ganz vereinzelt einige Seiden- oder Zwirnfäden. Solche können sich noch nach Jahren auf die Wanderung

begeben und durch die Bauchdecken, Scheide, Blase oder Mastdarm durchbrechen.

Nach Schluss einer Bauchoperation wird zunächst das Bauchfell, welches der Länge nach gespalten ist mit einzelnen Catgutknopfnähten vereinigt. Hierauf werden die stumpf auseinandergezogenen Rectusmuskeln mit nur 3—4 lose geknüpften Fäden aneinander gelegt; dann wird als dritte Schicht sehr sorgfältig die quer durchtrennte Fascie für sich vernäht und dann dieselbe nochmals mit 4 durch Haut und Fettgewebe gelegten — darunter 2 silk worm — Fäden vereinigt. Zuletzt folgt noch die Hautnaht. Daneben muss stets auf exacteste Blutstillung gesorgt werden.

Es starben nach operativen Eingriffen 5 Patientinnen. Zwei davon hatten bösartige Erkrankungen der Gebärmutter resp. Eierstöcke. Der Tod trat im ersteren Falle — Operation nach Wertheim — an Blutvergiftung (Sepsis), im zweiten Falle am 12. Tage nach dem schweren Eingriff an Entkräftung ein. Eine Frau hatte doppelseitige Vereiterung der Gebärmutteranhänge und starb an septischer Lungenentzündung. Frauen mit Fasergeschwülsten der Gebärmutter starben zwei. Die Sektion der Letzteren ergab jedoch, dass der Tod in keinerlei Zusammenhang mit der Operation stand und infolge schwerer degenerativer Veränderungen des Herzmuskels eintrat. Im Anschluss hieran möchte ich bemerken, dass, abgesehen von diesem Falle seit dem 2. April 1904 bis zur Drucklegung dieses Berichtes Mitte Juni 1905 bei weit über 200 Operationen und darunter 74 Bauchhöhlenoperationen **kein** Todesfall mehr postoperativ eingetreten ist.

Zweier Fälle möchte ich zum Schluss nur noch kurz Erwähnung tun.

Am 11. Januar 1903 wurde eine 21jährige Frau F. am Ende der Schwangerschaft in vollständig bewusstlosem Zustande mit eklamptischen Krämpfen schwerster Art, gleich gefährlich für Mutter und Kind, ins Krankenhaus gebracht. Es wurde von mir sofort der vaginale Kaiserschnitt ausgeführt und am 30. Januar 1903 konnte die Frau mit lebendem Kinde das Krankenhaus verlassen.

Am 1. Juni 1903 wurde ich zu einer Frau gerufen, welche wegen enormer Ausdehnung des Leibes seit einem Monat nicht mehr imstande war, das Bett zu verlassen und bei der sich in den letzten Tagen bedenkliche Atemnot eingestellt hatte. Ich konstatierte eine Eierstocksgeschwulst nebst Schwangerschaft im 8.—9. Monat und veranlasste den sofortigen Transport ins Krankenhaus. Die Frau sowohl wie die Angehörigen waren so vernünftig, meinen Anordnungen sofort Folge zu leisten. Hier wurde nun eine Eierstocksgeschwulst mit 16 Liter Inhalt entfernt; einige Tage darauf wurde die Frucht ausgestossen. Schon am 18. Juni, noch nicht drei Wochen nach der Aufnahme, konnte die Frau gesund und munter um zirka 45—50 Pfund leichter nach Hause gehen.

III.

Mitteilungen aus der Augenstation.

Von Dr. Bertram.

Unter den auf der Augenstation behandelten Kranken mögen einige ganz besondere Fälle hervorgehoben werden:

1. Eine eigenartige und besonders schwierige Staaroperation wurde bei einem 71 jährigen Patienten ausgeführt, welcher seit seiner Kindheit an sog. Augenzittern (Nystagmus) gelitten und schon in frühen Jahren vielerlei Entzündungen durchgemacht hatte, wodurch auf beiden Augen Hornhautflecken zurückgeblieben waren. Im letzten Jahre hatte sich beiderseits Staar entwickelt, der von bräunlicher Färbung, zwar noch so durchsichtig war, dass ich mit dem Augenspiegel die Papillen erkennen konnte, dennoch die Sehfunktionen sehr stark herabsetzte, und der bei dem Patienten den Wunsch rege machte, von dem Uebel wenigstens auf dem einen Auge befreit zu werden. Ich beschloss zunächst das linke, am schlechtesten sehende Auge zu operieren. Trotzdem

nun Patient tagelang eingeübt war, nach unten zu sehen (ich lege für gewöhnlich den Schnitt in den oberen Limbus), hatte er im Augenblick der Operation alle seine guten Vorsätze vergessen, das Auge flog hin und her und war stets nach oben gerichtet. Trotzdem gelang es, einen dem vermutlich grossen braunen Kern entsprechenden grossen Schnitt anzulegen. Selbst die Zerreissung der Linsenkapsel mit dem Cystitom ging noch leidlich von statten. Als ich aber die steigende Unruhe des Patienten bemerkte und er zu pressen anfing, legte ich Sperr-Elevateur und Fixier-Pincette bei Seite, um mit der Weber'schen Drahtschlinge einzugehen. Im selben Augenblick presste Patient sehr stark, die Hyaloidea zerriss, und ein beträchtlicher Teil des Glaskörpers schoss heraus. Sofort liess ich die Lider schliessen und wartete einige Minuten. Aber bei der darauf folgenden Besichtigung war die Linse verschwunden, der Glaskörper stellte sich wieder in die Wunde ein, so dass von einer Extraktion der Linse Abstand genommen werden musste. Sofort wurde ein Doppelverband angelegt und Patient zu Bett gebracht. Die Heilung der Wunde ging trotzalledem glatt von statten und war nur von geringen Schmerzen begleitet. Wenige Tage später war die Linse in der Pupille wieder sichtbar. Vier Wochen später extrahierte ich in tiefer Narkose (die ich nur ungern und nur in Notfällen anwende) mit der Weber'schen Schlinge den grossen braunen Kern, wobei nur wenig Glaskörper verloren ging. Die Heilung erfolgte dann sehr befriedigend. Mit der Sehfunktion war Patient durchaus zufrieden, da er nun wieder allein umhergehen konnte, trotzdem die Sehschärfe wegen der Hornhautflecken naturgemäss als eine mässige bezeichnet werden musste.

2. Eine eigentümliche Mischung von grauem und grünem Staar kam bei einem 69 jährigen Patienten aus einem benachbarten Orte zur Beobachtung. Derselbe kam Anfang Oktober wegen eines grossen kriechenden Geschwürs (Ulcus serpens) in der unteren Hälfte des linken Auges in meine Behandlung. Die vordere Augenkammer war über die Hälfte mit Eiter angefüllt. Ich machte den Saemisch'schen

Schnitt, entleerte den Eiter, und das Geschwür kam allmählich unter Anwendung von Jodoform-Salbe zur Heilung, indem die Regenbogenhaut mit der Hornhautnarbe zusammenwuchs (Leucoma adhaerens). Nach Heilung des Geschwürs zeigte sich aber, dass sich der graue Staar entwickelt hatte. Patient wurde in die Heimat entlassen, um später nach Ablauf jeglichen Entzündungsreizes am Staar operiert zu werden. Nach einiger Zeit stellte sich Patient aber wegen heftiger Schmerzen im Auge und Kopf wieder vor. Ich fand das linke Auge gerötet, die Pupille mässig erweitert, die vordere Augenkammer vollständig aufgehoben, das Auge hart. Zum grauen Staar hatte sich der grüne gesellt, ein sog. secundäres Glaucom hatte sich entwickelt. Nunmehr wurde Patient sofort wieder in das Krankenhaus aufgenommen und die Operation so ausgeführt, dass ich mit dem Gräfe'schen Messer in einem Schnitt, recht peripher beginnend, die Hornhaut, die Regenbogenhaut und die Linsenkapsel durchschnitt. Das schon zum Teil abgeschnittene Irisstück wurde dann vollständig gelöst. Dabei stellte sich dann aber Glaskörper in die Wunde ein. Nachdem das Auge eine Zeitlang zugehalten worden war, hatte sich der Glaskörper wieder zurückgezogen. Mit der Weber'schen Drahtschlinge holte ich dann in aller Schnelligkeit den glücklicherweise nicht grossen Kern heraus. Der Glaskörperverlust war auch in diesem Falle nur gering. Von der weiteren Entfernung der Corticalis musste aber Abstand genommen werden. Hierfür wird voraussichtlich eine spätere Nachstaar-Operation notwendig sein.

3. Ein selten angeborenes Augenleiden beobachtete ich bei einem 5 Wochen alten Kinde: nämlich eine Einwärtsrollung beider Oberlider (Entropium palp. sup. congen. oc. utr.). Die Mutter brachte das Kind zu mir mit der Angabe, dass das Kind die Augen nicht oder nur sehr wenig öffnen könnte und dieselben immer schmutzig wären. Die Mutter bemerkte dazu, dass dies seit dem ersten Tage der Geburt so gewesen wäre, nur schleimten die Augen jetzt mehr. Ich fand eine sehr enge Lidspalte und die Oberlider beiderseits nach innen gedreht. Die Wimpern rieben auf

der Hornhaut und gaben die Veranlassung zu steten Reizzuständen und grosser Lichtscheu. Dass die Unterlider sich umkrempeln, trifft man bei dicken Kindern nicht selten, an den Oberlidern habe ich es seit langen Jahren angeboren nicht mehr beobachtet. Mit der Operation wartete ich bis zum dritten Monat. Alsdann machte ich im Zwischenraum von acht Tagen die Kanthoplastik. Der Erfolg war befriedigend. Das Kind konnte die Augen besser öffnen, wenn auch nicht wie im normalen Zustande. Das Schleimen liess nach.

4. Eine auffallend schnelle Heilung von Netzhautablösung, welche ja für gewöhnlich mit Recht fast als unheilbar angesehen wird, sei hier noch erwähnt:

Eine 84jährige, körperlich und geistig noch recht rüstige Dame, deren linkes Auge ich vor mehreren Jahren an grauem Staar operiert hatte, bemerkte eines Tages vor dem operierten Auge starkes Flimmern. Tausende von hellen und dunkeln Punkten flogen vor dem Auge herum. Mit einer gewissen Unruhe legte sich Patientin zu Bett, um am folgenden Tage zu bemerken, dass zwar das Flimmern verschwunden, aber zugleich das linke Auge fast erblindet war. Nur nach der Schläfe hin hatte sie einen Lichtschein. In der Annahme, dass eine Eisenbahnfahrt — Patientin wohnte in einer benachbarten Stadt — bei dem rauhen Winterwetter noch mehr schaden könnte, wartete sie mehrere Tage, auf spontane Besserung hoffend. Da diese aber nicht eintrat, kam die Dame am 5. Tage zu mir. Äusserlich war nichts Auffallendes sichtbar, die Spannung des linken Auges war noch nicht herabgesetzt. Mit dem Augenspiegel fand ich aber, dass die Netzhaut sich in weitem Umfange abgehoben hatte, sodass nur an der nasalen Seite noch rötlicher Reflex vorhanden war. Die Papille war ebenfalls noch zu sehen. Dem Befunde entsprechend hatte Patientin nur nach aussen hin noch Lichtschein. Ich verhehlte der alten Dame nicht die Schwere des Leidens, riet ihr aber an, eine milde Kur zu versuchen. Trotz des hohen Alters verordnete ich vollständige Bettruhe mit doppelseitigem Druckverband und tägliche 2malige Einträuflungen einer schwachen Cocain-Adrenalin-Lösung. Schon

am dritten Tage gab Patientin an, dass das Auge viel heller geworden sei, und als ich am fünften Tage zum erstenmale wieder eine genaue Augenspiegel-Untersuchung machte, konnte ich keinen bläulichen Reflex mehr auffinden. Patientin zählte ohne Brille in einigen Metern Finger mit voller Sicherheit und konnte mit der Staarbrille wieder so gut sehen wie vordem. Vorsichtshalber wurde die Liegekur noch 8 Tage lang fortgesetzt und Patientin alsdann als geheilt entlassen.