

Bibliothèque numérique

medic@

Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : **Elschnig (syndrome de)**

**ELSCHNIG, Anton. - Zur Kenntnis der
Anomalien der Lidspaltenform**

*In : Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde
(1863), 1912, Vol. 50, pp. 17-30*

8. Bei den subkonjunktivalen Hämorrhagien ist eine auffallende Tatsache die konstant vorkommende erste Aufsaugung des Blutes in unmittelbarer Umgebung der Gefässe.

Erklärung der Tafeln I—IV.

- Figur 1, 2 u. 3: Pigmentbildung in der Konjunktiva und Kornea, in letzterer gelb kristallisch. In 1 und 2 anamnestisch frühere schwere Kontusion, bei 3 Anamnese negativ.
- Figur 4 u. 5: Pigmentbildung in der Konjunktiva nach Starextraktionen mit Bindehautlappen.
- Figur 6: Gefässbildung bei der Vernarbung nach Staroperationen; die Aussprossungen der Gefässe gehen in den ersten Wochen nie über die Narbe.
- Figur 7a u. 7b: Beispiele sogenannter kongenitaler Pigmentbildung.
- Figur 8: Erscheinungen bei Aufsaugung subkonjunktivaler Blutergüsse.
- Figur 9: Pigmentation der Kornea nach Kauterisation eines Ulcus serpens.
- Figur 10: Pigmentation nach Verbrennung der Kornea; die braune Pigmentation sitzt im Epithel, die graue an der Descemetischen Membran; zwischen beiden sollte ein ganz klarer Zwischenraum sein.
- Figur 11: Pigmentschlangen in den Hornhautlamellen ohne Gefässbildung, nach Verbrühung.
- Figur 12: Pigmentschlangen in den Hornhautlamellen nach Diszission. (Die bläuliche Schattierung soll die quellenden Linsenmassen bezeichnen.)
- Figur 13: Nach früherer Tätowierung der zentralen Leukome zarte gleichmässige Wanderung des Farbstoffes über die ganze Kornea.
- Figur 14: Pigmentbildung auf der Descemetischen Membran nach Iridozyklitis.
- Figur 15: Pigmentbildung auf der Descemetischen Membran nach stumpfer Kontusion.
- Figur 16: Pigmentbildung auf der Descemetischen Membran nach Parenchymatosa.
- Figur 17: Melanosis corneae.
- Figur 18: Pigmentverstreung auf der Iris nach Staroperation.
- Figur 19: Pigmentverstreung auf der Iris nach Glaukom-Iridektomie.
- Figur 20: Seltene Form der Pigmentverstreung auf der Iris nach Zerreißung der Kornea, zugleich Konjunktivalpigment in der nach Exstruktion beschriebenen Weise.
- Figur 21: Eigenartige Gefässbildung bei altem Panus trachomatosus: beerenförmige Imbibitionen der Corneae mit Diapedesis.

II.

(Aus der deutschen Universitäts-Augenklinik in Prag.)

Zur Kenntnis der Anomalien der Lidspaltenform.

Von Prof. Dr. A. Elschmig.

Mit 1 Abbildung.

1. Blepharophimosis, Epikanthus lateralis und Entropium.

Im Jahre 1828 hat v. A m m o n¹⁾ zuerst die Phimosis palpebrarum beschrieben und sie als Ursache der „Nictitatio spasmodica“ und mancherlei entzündlicher Leiden des Augapfels erkannt. Obwohl seither über

¹⁾ v. A m m o n, Zeitschr. f. d. Ophthalmologie. Dresden 1832. II. Bd. S. 140. Aber nach Hirschberg (Wörterbuch der Augenheilkunde) hat schon Galea diese Anomalie gekannt!

80 Jahre vergangen sind, sind unsere Kenntnisse über die Blepharophimosis noch nicht wesentlich erweitert.

Insbesondere die Scheidung der einzelnen durchaus verschiedenen Zustände, welche zu einer Verengung der Lidspalte führen, ist auch heute noch eine recht unvollständige. Ankyloblepharon und Blepharophimosis werden vielfach identifiziert. v. Michel²⁾ sagt noch in der ersten Auflage des Handbuchs: „Ist das Ankyloblepharon nur in der äusseren Lidkommissur auf eine relativ geringe Ausdehnung vorhanden, so wird dadurch die Lidspalte verengt und man bezeichnet diesen Zustand mit Blepharophimosis“; in der zweiten Auflage dagegen fasst er unter dem Namen Blepharophimosis eine scheinbare und eine wirkliche Verkürzung der Lidspalte in horizontaler Richtung zusammen: Eine scheinbare Verkürzung werde durch das Vorschieben einer Hautfalte am lateralen Lidwinkel hervorgerufen, eine wirkliche Verkürzung durch die Dehnung der Haut des äusseren Lidwinkels, durch Muskelzug von seiten des Orbikularis „besonders wenn ein Lidkrampf längere Zeit bestanden hat“. Anschliessend daran sagt v. Michel, dass eine wirkliche Blepharophimosis durch Verwachsung der Ränder des Ober- und Unterlides miteinander entstehe, „ein Zustand, der auch als Ankyloblepharon bezeichnet wird“.

Schweigger bezeichnet das partielle Ankyloblepharon als Blepharophimosis³⁾, als Ankyloblepharon dagegen den totalen Verschluss der Lidspalte (l. c. S. 235). Neben der Verwachsung der Lidränder durch Exkorationen führt er auch folgende Ursache der Entstehung der Blepharophimosis (mir nicht verständlich) an. „Gleichzeitig aber kommt auch die Schrumpfung der Schleimhaut im Tarsalteile der Lider mit in Betracht, was daraus folgt, dass in manchen Fällen der temporale Lidwinkel durch eine dahintergelegene Schleimhautfalte überbrückt erscheint, welche sich noch um einige Millimeter weiter nach der Medianebene erstreckt.“

Auch Czermak⁴⁾ fasst unter dem Namen Ankyloblepharon die durch „Verwachsung der Lidränder miteinander vom Winkel her oder durch Schrumpfung der Lidknorpel nach chronischen, entzündlichen Vorgängen in der Bindehaut“ entstandene wirkliche Verkürzung der Lidspalte zusammen, und unterscheidet davon die sogenannte Blepharophimosis (Vorschieben einer Hautfalte über den lateralen Winkel).

E. Fuchs, der zuletzt ausführlich über die Entstehung derselben sich verbreitet hat, unterscheidet die wirkliche Verkürzung der Lid-

²⁾ v. Michel, in Graefe-Saemisch Handb. der ges. Augenheilk. I. Aufl. S. 460/61.

³⁾ Schweigger, Handb. d. Augenheilk. V. Aufl. 1885, S. 227.

⁴⁾ Czermak, Die Augenärztlichen Operationen. I. Aufl. 1. Teil.

spalte durch Verklebung der Lidränder — „Ankyloblepharon“ von der scheinbaren — „Blepharophimosis“, welche durch Vorschieben der der Schläfenseite angrenzenden Haut der Lider über den äusseren Kanthus erzeugt wird. Fuchs nimmt bezüglich letzterer an, dass eine Verkürzung der ganzen Lidhaut in horizontaler Richtung die Haut der Schläfe herbei- und über das Ende der Lidspalte vorziehe, wengleich er erwähnt, dass „diese durch die Wirkung der Orbikularisfasern unterstützt wird, welche beim Lidkrampf die Haut von aussen gegen den äusseren Lidwinkel hinziehen“⁵⁾.

Römer⁶⁾ trennt die „durch narbige Schrumpfung der Konjunktiva in der Gegend des lateralen Lidwinkels entstehende echte Blepharophimosis von der kulissenartig über den äusseren Lidwinkel vorgeschobenen vertikalen Hautfalte“, welche letztere er nach Fuchs durch Zusammenziehung der Lidhaut in horizontaler Richtung erklärt, aber gleichfalls mit dem Zusatz: „unterstützt wird diese Zusammenziehung der Haut durch einen Lidkrampf“.

In letzterer Zeit hat Dimmer⁷⁾ die Morphologie und Aetiologie der Blepharophimosis dadurch erweitert, dass er als „gleichsam akute Blepharophimosis“ ein vorübergehendes Vorschieben der Haut der äusseren Kommissur über dieselbe durch Lidkrampf beschreibt.

Ich möchte mir gestatten, die verschiedenen Vorkommnisse, welche zur Verkürzung der Lidspalte ohne normwidrige Verwachsung der Lidränder, für welche der Name Ankyloblepharon allein reserviert werden soll, führen, kurz zu besprechen.

Die erste Form ist in folgender Weise charakterisiert:

Die Lidspalte ist in horizontaler Ausdehnung beträchtlich verkürzt, die äussere Kommissur kann beim Blick geradeaus den äusseren Hornhautrand berühren oder sogar überschreiten, also die Hornhaut zum Teil decken. Die Form der Lidspalte wird dadurch soweit geändert, dass bei stärkerer Oeffnung die Lidspalte fast ebenso hoch wie breit sein kann und der äussere Winkel fast völlig abgerundet erscheint. Die Konfiguration der Lider ist sonst vollkommen normal. Die Lidhaut, da es sich immer um alte Individuen handelt, von seniler Beschaffenheit, auf der Unterlage leicht verschieblich, leicht gefaltet. Erscheinungen von Lidkrampf bestehen in der Regel nicht, nur in einem der Fälle hochgradigster Entwicklung des Zustandes, den ich unten anführe, bestand Tic convulsiv. Durch einen leichten Zug an der Schläfenhaut kann die Lidspalte zu normaler Längenausdeh-

⁵⁾ Fuchs, Lehrbuch d. Augenheilkunde. XI. Aufl. S. 661.

⁶⁾ Römer, Lehrbuch der Augenheilkunde. S. 433.

⁷⁾ Dimmer, Zur Entstehung des Entropium spasticum. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 49. Jahrg. 1911. S. 337.

nung gebracht, also die äussere Kommissur in normale Stellung reponiert werden. Lässt der Zug nach, so rückt die äussere Kommissur in ihre krankhafte Stellung sofort zurück. Bei krampfhaftem Lidschluss rückt der Kanthus externus immer noch um mehrere Millimeter aus seiner Ruhe- oder Mittelstellung medialwärts vor. Durch die Möglichkeit des raschen Ausgleichens und durch das absolute Fehlen jeglicher Abnormität der Lider unterscheidet sich dieser Zustand vom Ankyloblepharon, d. i. der normwidrigen Verwachsung der Lidrandflächen bezw. der Lidränder. In rudimentärer Ausbildung findet man die Affektion, die als echte Blepharophimosi (Bl. vera) zu bezeichnen ist, recht häufig bei alten Leuten. In voller höchstgradiger Entwicklung fand ich sie bei folgenden drei Fällen.

1.

T. Anna, 85 Jahre alt, kommt wegen seniler Degeneration der Makula und subskapulären Rindenstars zur Klinik. An beiden Augen ist beim Blick geradeaus die Länge der Lidspalte $19\frac{1}{2}$ mm, die äussere Kommissur also soweit hereingerückt, dass sie den lateralen Hornhautrand deckt. Der Abstand des Kanthus externus vom Jochbogenrand beträgt 17 mm. Durch Zug an der Schläfenhaut lässt sich der äussere Kanthus sehr leicht fast unmittelbar zum Jochbogenrand hinziehen und die grösste Länge der Lidspalte beträgt dann 32 mm. Es besteht Ektropium senile der inneren 2/3 des Unterlides. Die Lidrandfläche des Oberlides steht völlig normal und erscheint besonders in der medialen Hälfte auffallend breit. Wird der Kanthus externus reponiert, so gewinnt das Oberlid und die Lidränder vollkommen normale Konfiguration; das Ektropium des Unterlides wird wesentlich verringert.

2.

Z., Josefa, 72 Jahre alt. Lidspaltenform dadurch abnorm, dass der untere Lidrand fast genau linear verläuft. Die äussere Kommissur ist so weit hereingerückt, dass die Lidspaltenlänge beim Blick geradeaus 18 mm beträgt, dabei die Entfernung der lateralen Kommissur vom Jochbogen $12\frac{1}{2}$ bis 13 mm. Durch einen leichten Zug an der Schläfenhaut wird diese Distanz auf 7 mm verringert, erhält die Lidspalte eine Länge von 26 mm und normale Konfiguration. Lidkrampf besteht nicht.

3.

S., Karoline, 62 Jahre alt, kommt wegen hochgradiger Myopie mit zentraler Chorioiditis am 27. IX. 1911 in meine Beobachtung. Bulbi stark prominent, Hertel 22 mm, Lidhaut schlaff, äusserer Lidwinkel abgerundet. Lidspaltenlänge knapp 22 mm (bei grossen myopischen bulbi) bei 11 mm Höhe. Beim Blick nach der Seite deckt die entsprechende Kommissur die Hornhaut fast zur Hälfte. Durch leichten Zug an der vom Jochbogenrand fast 12 mm entfernten äusseren Kommissur kann die Lidspalte leicht zu normaler Längeausdehnung von etwa 27 mm gebracht werden.

Nur in einem einzigen Falle, eine 80jährige Frau mit beiderseitigem akuten Glaukom und ziemlich tief liegenden Augen, bestand

die Veränderung nur an einem Auge allein in hochgradiger Ausbildung (Verkürzung der Lidspalte um annähernd 10 mm), am zweiten Auge nur eben angedeutet; in allen übrigen mir bekannten Fällen waren beide Augen betroffen.

Die Ursache der Affektion, welche, soviel ich sehe, bisher nur v. Michel⁸⁾ kurz beschrieben hat, liegt zweifellos in einer Erschlaffung des äusseren Lidbandes bzw. der Fascia tarsoorbitalis in diesem Bereiche; als unterstützendes Moment dürfte fraglos Lidkrampf mit in Betracht kommen. Die zweitangeführte Patientin, eine intelligente Dame, hat niemals an irgendeiner Augenaffektion, niemals an Lidkrampf gelitten. Die letzte Ursache der Blepharophimosis ist aber doch der Tonus des Orbikularis; die den äusseren Lidwinkel umkreisenden bzw. am äusseren Lidband haftenden Bündel schieben, sobald die elastische Gegenwirkung des äusseren Lidbandes fehlt, den Kanthus externus über dem Bulbus herein. In rudimentärer Entwicklung ist bekanntlich auch bei normaler Elastizität des äusseren Lidbandes der gleiche Zustand der Blepharophimosis vorübergehend bei jedem kräftigen Lidschlusse vorhanden. Beobachtet man eine grössere Anzahl von normalen Augen bei stärkerer bis krampfhafter willkürlicher Kontraktion des Orbikularis, so kann man zwei verschiedene Erscheinungen beobachten.

In manchen Fällen — es sind dies meist Augen, die eine straffe Lidhaut besitzen — rückt bei Kontraktion des Orbikularis der Kanthus externus um 1—2 mm herein und bildet auch dann die Begrenzung der freien Lidspalte, wenn man durch Fingerzug den Orbikularis überwindet und die Lidspalte öffnet. In anderen Fällen schiebt sich wohl auch der Kanthus externus herein, gleichzeitig aber schiebt sich die schläfenwärts den Lidern angrenzende Haut (nach Art der „akuten Blepharophimosis“, wie sie Dimmer eben erwähnt hat) über die äussere Kommissur vor und deckt, wenn man die Lidspalte wieder gewaltsam öffnet, den äusseren Kanthus.

Bei Blepharospasmus chronicus oder Tic convulsiv kann man wieder jedes der beiden Vorkommnisse in exzessiver Ausbildung beobachten. So habe ich schon vor vielen Jahren an der Grazer Klinik ein Weib mit jahrelang dauerndem Blepharospasmus gesehen, bei dem sich eine mehrere Millimeter den äusseren Kanthus überragende Lidschürze gebildet hatte, also die sonst vorübergehende Anomalie dauernd fixiert war, und gleichzeitig Eutropium der äusseren Extremitäten beider Lider

⁸⁾ v. Michel, Die Krankheiten der Augenlider in Graefe-Saemisch Handb. d. ges. Augenheilk. II. Aufl. V. Bd. 2. Abt. S. 456.

sich eingestellt hatte. Der Fall ist von Schnabel⁹⁾ in einer Arbeit erwähnt worden.

Dass bei Blepharospasmus aber auch der früher geschilderte Zustand wahrer Blepharophimosis als vorübergehende Anomalie in Erscheinung tritt, also das normalerweise immer zu beobachtende Hereinrücken des Kanthus externus bei Orbikulariskontraktion in exzessiver Weise zur Ausbildung kommen kann, zeigt der folgende Fall.

4.

J., Anna, 67 Jahre alt, kommt wegen katarrhalischer Beschwerden am 18. X. 1910 zur Klinik. Leichter Tic convulsiv in beiden Gesichtshälften; im anfallsfreien Zustande beträgt die Länge der Lidspalten beim Blick geradeaus 23 mm, bei vollständig normaler Beschaffenheit der Lider. Beim Eintreten des Tic convulsiv rückt die äussere Kommissur so weit herein, dass die Lidspaltenlänge auf 17 mm verringert wird. Dabei ist die Karunkel durch Aneinanderpressen der beiden inneren Extremitäten der Lider gedeckt und beträgt die Entfernung der lateralen Lidkommissur vom Jochbeinrande 14 mm.

In diesem Falle ist nur die offenbar trotz der deutlichen Ausdehnung des äusseren Lidbandes erhalten gebliebene Elastizität desselben die Ursache, weshalb der Blepharospasmus nicht zu einer stationären wahren Blepharophimosis geführt hat.

Zwei Formen wahrer Verkürzung der Lidspalte kommen bei Trachom vor. Die erste unterscheidet sich von der vorher beschriebenen senilen Blepharophimosis vera nur dadurch, dass sie auch bei jungen Individuen vorkommt und anscheinend die Erweichung sämtlicher Gewebe des Lides und der vermehrte Lidkrampf die Ursache der Affektion sind, sowie dadurch, dass sie häufig mit einer kulissenartigen Verschiebung der äusseren Lidhaut über den Kanthus externus kombiniert ist. Meistens besteht dann auch Entropium.

Nach Trachom kommt aber, wie es Saemisch¹⁰⁾ geschildert, eine zweite Form wahrer Verkürzung der Lidspalte vor, die sich dadurch von der eben angeführten unterscheidet, dass der Zustand ein irreparabler geworden ist. Während also in den vorher beschriebenen Fällen die Verkürzung der Lidspalte durch Zug an der Schläfenhaut behoben werden kann, die Verkürzung der Lidspalte also ausschliesslich durch Erschlaffung des äusseren Lidbandes bzw. Ueberwiegen der horizontalen Orbikulariskomponente entstanden ist, ist in diesen letztangeführten Fällen die Verkürzung der Lidspalte nicht zu beheben. Hier hat die Schrumpfung des Lidknorpels zur fortschreitenden Dehnung des äusseren

⁹⁾ Schnabel, Ueber Einwärtskehrung der Wimpern bei folliculärer Bindehautentzündung. Prager med. Wochenschr. 1893. Nr. 20/21.

¹⁰⁾ Saemisch, Die Krankheiten der Konjunktiva in Graefe-Saemisch, Handb. d. ges. Augenheilk. II. Aufl. V. Bd. 1. Abt. S. 124.

Lidbandes und damit zum Hereintrücken des äusseren Kanthus geführt — Blepharophimosis cicatricea. Auch diese Form dauernder Blepharophimosis kann mit dem schürzenartigen Vorschieben der Schläfenhaut über den hereingerückten Kanthus externus kombiniert sein.

Es scheint mir also geboten, in Analogie mit der ursprünglichen Bedeutung „Phimosis“ bzw. der Anwendung dieses Wortes auf die eigentliche genitale Phimose nur den Zustand wirklicher Verkürzung der Lidspalte ohne normwidrige Verwachsung der Lidränder, also jenen Zustand, den ich in seinen beiden Hauptformen genauer geschildert habe, als Blepharophimosis vera (sc. senilis, spastica, cicatricea [nach Trachom]) zu bezeichnen. Für die kulissenartige Vorziehung der temporalen Lidhaut über den äusseren Kanthus, welche, soweit ich die Literatur durchgesehen, bisher nur Römer von der echten Blepharophimosis getrennt hat, würde der Name Epikanthus lateralis gerechtfertigt erscheinen. Je nach der Entstehungsursache dieses Epikanthus lateralis würde noch ein weiteres determinierendes Epitheton dazukommen (z. B. congenitus, spasticus).

Diese wahre Blepharophimosis, welche wohl allein den Namen verdient, hat in ihren geringeren Graden nur kosmetische Bedeutung. Bei höherer Ausbildung, wie in meinem erst angeführten Falle, bedingt sie aber auch schon Sehstörungen beim Blick nach der Seite. Das im Falle 1 bestandene Ektropium ist wohl kaum als ursächlich für die Blepharophimosis zu bezeichnen. Die Beseitigung der Blepharophimosis aber bewirkte eine wesentliche Verbesserung der Stellung des Unterlides durch Anspannung der Lidhaut. Aus dem letzteren Grunde habe ich in diesem Falle einen operativen Eingriff versucht, der so einfach und klein ist, dass er auch in anderen Fällen dieser Anomalie zu kosmetischen Zwecken Verwendung finden könnte.

Durch einen etwa 1—2 cm langen Schnitt, 15 mm ausserhalb der äusseren Kommissur, dem Jochbogenrande konzentrisch, wurde der letztere blossgelegt, aus seinem Perioste ein 6 mm langes, im horizontalen Meridian fixiertes Lappchen herauspräpariert und durch zwei doppelt armierte Fäden unter der bis zum Kanthus gelockerten Lidhaut an die äussere Extremität des oberen und unteren Tarsus unmittelbar am Kanthus fixiert. Einige Hauthefte schliessen die kleine Wunde. Der Periostlappen ersetzt also das vollständig insuffiziente beziehungsweise, wie die Operation zeigte, eigentlich nicht vorhandene äussere Lidband. Falls ich Gelegenheit hätte, die Operation zu wiederholen, würde ich statt des bogenförmigen Schnittes einen Hautschnitt in der Verlängerung der

Lidspalte vorziehen, da derselbe dann in die Richtung der bei alten Leuten immer vorhandenen Falten der Schläfenhaut kommt.

Bezüglich der Entstehung der bisher sogenannten Blepharophimosis, welche ich nunmehr als *Epikanthus lateralis* bezeichne, kann ich mich weder der Ansicht v. Arlt, noch der von Fuchs anschliessen. Was gegen die Arltsche Ansicht spricht, hat Fuchs in seiner Arbeit angeführt^{10a)}. Gegen die Fuchs'sche Erklärung ist besonders hervorzuheben, dass die von ihm supponierte Verkürzung der Lidhaut in horizontaler Richtung niemals nachweisbar ist (ausser bei ausgesprochen schweren Narbenbildungen nach Verletzungen oder anders bedingten Zerstörungen der Lidhaut, bei denen dann der Epikanthus lateralis nur ausnahmsweise vorkommt), dass man im Gegenteile bei alten Leuten die von Fuchs selbst geschilderte Schloffheit der Lidhaut auch dadurch nachweisen kann, dass man durch Zug an der Schläfenhaut den Epikanthus lateralis leicht auszugleichen vermag, ohne dass dabei, wie es der Fall sein müsste, wenn die Lidhaut verkürzt ist, ein Epikanthus medialis sich ausbildet.

Ich habe schon lange die Ueberzeugung gewonnen, dass der Epikanthus lateralis ausschliesslich durch krampfartige Kontraktion des Orbikularis erzeugt wird, der namentlich dann, wenn die Lidhaut und die Lidfaszien durch Oedem aufgelockert sind, die schürzenartige Vorziehung der Lidhaut über den lateralen Winkel in viel höherem Masse bewirkt als es schon bei normalem Lide, wie oben erwähnt, der Fall sein kann. Vornehmlich bei lange bestehendem Lidkrampf trägt, so paradox es klingt, zweifellos das Bemühen des Patienten, die Lidspalte trotz des Lidkrampfes zu öffnen, zur Entstehung des Epikanthus lateralis bei, worauf ich noch unten zurückkommen will.

Wie sich also aus dem Vorstehenden ergibt, ist sowohl die wahre Blepharophimosis als der Epikanthus lateralis in letzter Linie durch ein Ueberwiegen des Orbikularistonus bedingt. Ist die Lidhaut an der äusseren Kommissur relativ straff an die Unterlage fixiert und die Fascia tarsoorbitalis relativ nachgiebig, so wird dieses Ueberwiegen des Orbikularistonus über die Elastizität des äusseren Lidbandes zu einer wahren Blepharophimosis führen; ist dagegen das laterale Lidband relativ straff und die Haut der äusseren Kommissur straff fixiert, so wird das Ueberwiegen des Orbikularistonus zum schürzenartigen Vorziehen der Haut der äusseren Kommissur über die Lidspalte, also zum Epikanthus lateralis führen.

Wenn, wie wir dies vor allem bei ekzematöser Beschaffenheit der

^{10a)} E. Fuchs, Ueber Blepharophimosis. Wien. klin. Wochenschr. 1890, Nr.1.

Lidhaut oder Rhagaden (bei rezidivierender Keratitis ekzematosa) an Kindern sehen, die Lidhaut in der über den Kanthus vorgeschobenen Partie wund ist, so kann dies durch narbige Schrumpfung und sekundäre Verkürzung der Epikanthus Hautfalte zur Steigerung der Affektion, jedenfalls zur Erhöhung und gewissermassen Fixation des Epikanthus lateralis beitragen. Dass dies aber nur eine Teilerscheinung und unbedingt nur eine geringfügige Vermehrung der Schürzenbildung der Lidhaut beibehaltet, beweist der auch von Fuchs angeführte Umstand, dass die Anomalie bei Kindern „sich später wieder gibt“.

Diese Ursache des Epikanthus lateralis hat bisher nur D i m m e r soeben für einen Teil der einschlägigen Fälle (als vorübergehende Anomalie) anerkannt und als „gleichsam akute Blepharophimosis“ bezeichnet. Ich selbst aber habe schon vor vier Jahren in der zweiten Auflage der C z e r m a k schen Operationslehre, pag. 114 und 130, die muskuläre Aetiologie der „sogenannten Blepharophimosis“ zuerst festgestellt. Ich versage es mir, die betreffende Stelle aus dem Originale wiederzugeben, da dasselbe doch überall leicht zugänglich ist.

In keinem der von mir beobachteten Fälle, auch nicht in den dreien, welche oben beschrieben wurden, in denen die wahre Blepharophimosis in exzessivster Weise entwickelt war, hatte dieselbe zu einem Entropium geführt. Es steht dadurch diese wahre Blepharophimosis im Gegensatz zu der früher gleichfalls als Blepharophimosis bezeichneten Vorziehung einer Hautfalte über den äusseren Lidwinkel, dem Epikanthus lateralis.

Der spastische Epikanthus lateralis steht, wie dies D i m m e r eben näher ausgeführt hat, in inniger Beziehung zum Entropium. Zahlreiche Autoren haben schon von altersher die fälschlich sogenannte Blepharophimosis als unterstützende Ursache für das Entstehen von Entropium bezeichnet, ohne sich aber näher darüber zu verbreiten. Sogar C z e r m a k ¹¹⁾ hat, obwohl er im übrigen die eben von D i m m e r ausführlich wiedergegebene Meinung vertrat, dass der Musculus subtarsalis in ursächlicher Beziehung zum Entropium (spasticum) stehe, schon ausdrücklich betont und begründet, dass und warum die Blepharophimosis ein begünstigendes Moment für die Entstehung des Entropiums darstelle.

D i m m e r hat dann die Bedeutung der von ihm sogenannten „akuten Blepharophimosis“ und der Verschiebung einer Hautfalte des unteren Lides über die Lidspalte für die Entstehung des Entropium spasticum ausführlicher dargelegt und die Deduktionen von S t e l l w a g - C z e r m a k entkräftet. Diese durch die Orbikulariswirkung über den Lidrand vorgeschobene, demselben parallele Hautfalte hat schon S c h n a b e l (l. c.) in einer sehr lesenswerten, anscheinend unbe-

¹¹⁾ C z e r m a k, Die Augenärztlichen Operationen. I. Aufl. S. 138.

kannten Abhandlung über Entropium beschrieben, ihre Entstehungsart geschildert und ihre Bedeutung für das Zustandekommen des Entropiums festgestellt, nicht nur des Entropium spasticum, sondern jeglichen Entropiums, auch des Oberlides, da Schnabel der Ansicht war, dass jedes Entropium „doch immer eine Leistung der Tätigkeit des Schliessmuskels sei.“ Ähnlich wie jetzt Dimmer hat Schnabel auch betont, dass „das Entropium stets am lateralen Ende des Lids seinen Anfang nimmt.“

Schnabel hat ausführlich erörtert, in welcher Weise die bei Trachom vorkommenden Anomalien des Tarsus zum Auftreten des Entropium beitragen, hat aber auch gleichzeitig einen von mir schon oben erwähnten Fall von Blepharospasmus chronicus geschildert, bei welchem ohne vorausgehende Bindehauttarsuserkrankung allein durch den Lidkrampf ein Entropium der äusseren Hälften beider Lider erzeugt wurde, das sich von dem sogenannten Entropium cicatriceum nach Trachom in keiner Weise unterschied. Gerade in diesem Falle habe ich zuerst die Bedeutung der sogenannten Blepharophimosis (Epikanthus spasticus lateralis) für die Entstehung des Entropium würdigen gelernt, und daraus zuerst jene sich mit Dimmers ausführlicherer neuer Darstellung deckende Meinung über die Entstehung der sogenannten Blepharophimose und des Entropiums gewonnen, welche ich in einer kurzen Erklärung, wie vorher erwähnt, in der 2. Auflage der Czermak'schen Operationslehre niedergelegt habe.

Ich konnte und kann mich aber der Meinung Schnabels über die Bedeutungslosigkeit der narbigen Verkürzung der Lidbindehaut, bzw. der Innenfläche des Tarsus bei Trachom für die Entstehung des Entropium nicht anschliessen, sondern meine, dass es drei verschiedene Möglichkeiten für das Zustandekommen des Entropiums beider Lider überhaupt gibt.

1. Wie oben angeführt, die seltenen Fälle von reinem spastischen Entropium usw. am oberen Lide — selten im Vergleiche zur Häufigkeit des spastischen Entropium des Unterlides allein. In diesen Fällen ist es gerade das Bemühen, die Lidspalte gegen den Krampf des Orbicularis offen zu halten, wie ich schon oben erwähnt und in der Czermak'schen Operationslehre, S. 114, kurz angeführt habe, welches dadurch insbesondere zum Entropium auch des Oberlides führt, dass der Tarsus durch die Levatorwirkung gewissermassen unter der lidspaltenwärts vorgeschobenen, bogenförmig die äussere Lidspaltenhälfte umkreisenden Hautfalte nach oben fortgezogen wird.

Für das untere Lid halte ich die bekannte¹²⁾ fibro-elastisch-mus-

¹²⁾ S. Czermak, Die Augenärztlichen Operationen. II. Aufl. S. 376, Fig. 160.

kuläre Verbindung zwischen Rectus inferior und Tarsus in gleicher Weise mitschuldig an der Entstehung des Entropium wie die Wirkung des Levator bezw. der analogen im oberen Lide verlaufenden Verbindungen zwischen Tarsus und Rectus superior. Vorzugsweise beim Blick nach unten wird durch diese Verbindungen der Tarsus nach unten gezogen, während der Orbikulariskrampf die lockere Lidhaut über den Tarsusrand lidspaltenwärts vorschiebt.

2. Entropium durch narbige Verkürzung der Lidbindehaut und jenes Teiles des Tarsus, in dessen Bereiche die reichste Zahl Meibom'scher Drüenschläuche gelegen ist, mit welcher narbigen Verkürzung immer eine mehr oder weniger vollständige Atrophie der Drüsen selbst verbunden ist. In diesem Falle braucht der Orbikularis nichts zum Entstehen des Entropium beizutragen. Bei Entropium trachomatosum bietet der Knorpel das zum Teile von S c h n a b e l geschilderte Bild dar, doch möchte ich noch besonders darauf aufmerksam machen, dass ungefähr entsprechend der Mitte der Längenausdehnung des Tarsus, also an der Stelle der charakteristischen Narbenbildung, der Rest der Lidbindehaut narbig an den Tarsus fixiert ist, dass gewöhnlich der orbitalwärts angrenzende Tarsusteil von schürzenartig zur Lidtarsusnarbe herübergezogener, narbiger Uebergangsfalte oder sogar Bulbusbindehaut bekleidet ist, während der Rest zwischen Lidtarsusnarbe und Lidrandfläche, deren Persistenz, wie dies S c h n a b e l hervorhob, durch die noch sichtbaren Mündungen der Meibom'schen Drüsen erkennbar ist, von einer meist noch leicht papillären aber gleichfalls immer narbig verkürzten Bindehaut gebildet wird, in deren Bereiche jedoch gewöhnlich nur die Rudimente oder überhaupt keine Spuren von Meibom'schen Drüenschläuchen mehr nachweisbar sind. Die bekannte charakteristische Trachomnarbe im sogenannten Sulcus subtarsalis ist also der fixe Punkt, zu dem einerseits die narbige Uebergangsfalte bezw. Bindehaut des Bulbus, andererseits die lidrandwärts angrenzende, auch schon verkürzte, restliche Tarsalbindehaut und mit ihr die Lidrandfläche hingezogen wird. Die kahnförmige Knorpelverkürzung beruht auf gleicher Ursache.

3. Endlich scheinen mitunter beide Momente, die narbige Verkürzung der Bindehaut und des Tarsus im Meibom'schen Drüsenbereiche und die gesteigerte Orbikulariswirkung, in der von S c h n a b e l genau geschilderten Art zusammenwirkend das Entropium zu erzeugen.

Der Zusammenhang zwischen sogenannter Blepharophimosi und Entropium wurde auch von vielen Autoren dadurch als bestehend anerkannt, wenn auch nur implizite, dass sie angaben, wie durch die Beseitigung der Blepharophimosi auch das gleichzeitig bestehende Entropium gebessert werde. Ich habe (l. c. pag. 130) darauf hingewiesen, dass gegenteilig die richtige Fixation der Lidhaut an den Tarsus bezw. die

Faszio tarso-orbitalis mit dem Entropium die sogenannte Blepharophimose beseitigt; begründet habe ich dies so, wie *Dimmer* jetzt für die Entstehung des Entropiums angegeben, dass der Orbikularisspasmus durch die Erzeugung der sogenannten Blepharophimose auch das Entropium erzeuge.

Ich muss auch *Dimmer* vollkommen Recht geben, dass es sich empfehlen würde, Entropium und Trichiasis schärfer zu unterscheiden, und habe dies schon vor 4 Jahren (s. u. pag. 24) näher begründet. *Schnabel* hat in der angezogenen Arbeit sich ausführlich darüber geäußert, wie es gekommen ist, „dass alle neueren Lehrbücher als gewöhnliche Ursachen der falschen Stellung der Wimpern bei der folliculären Bindehautentzündung neben dem Entropium auch die Trichiasis und Distichiasis anführen“, obwohl schon *Celsus* zuerst beide Affektionen (Entropium und Trichiasis) von einander unterschieden, *Himly*, *Walther*, *Scarpa* und andere die Erkrankung richtig definierten und schon *Jüngken* es beklagt hatte, dass Entropium mit der Trichiasis verwechselt wird.

Schnabel weist nach, dass *Arlt* zufolge der Verknennung des Wesens des Entropium Trichiasis und Entropium zusammenwerfen musste. So kommt es, dass Autoren wie *Schweigger*, *Saemisch* und *Fuchs* gleichfalls die beiden Erkrankungen vermengen, *Fuchs* z. B. fast alle Entropiumoperationen als Trichiasisoperationen bezeichnet und für die Operation des Entropium cicatriceum die Trichiasisoperationen empfiehlt, „da ja das Entropium cicatriceum seiner Entstehung nach gleichsam eine weiter gediehene Trichiasis ist.“

Auch ich habe im Anhang zu dem betreffenden Kapitel der *Czermak* schen Operationslehre, 2. Auflage, S. 181, mit voller Schärfe Entropium und Trichiasis getrennt und betont, wie sehr diese Trennung für die richtige Indikationstellung zur Operation notwendig ist. Für die Behebung des Entropium sind die Entropiumoperationen geeignet, welche die intakte verlagerte Lidrandfläche reponieren, für die Behandlung der Trichiasis die Trichiasisoperationen, welche entweder die fehlende Lidrandfläche neu bilden oder die fehlerhaft stehenden Wimpern zerstören.

2. Abnorme Länge der Lidspalte.

Im Anschlusse hieran möchte ich auf eine nicht so seltene Anomalie der Lidspaltenform hinweisen, welche, soviel es scheint, bis jetzt überhaupt noch keine Beachtung gefunden hat. Nur *Stellwag*¹³⁾ erwähnt in seiner Ophthalmologie von naturwissenschaftlichem Stand-

¹³⁾ *Stellwag*, Die Ophthalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkte aus. II. Bd. 5. Buch S. 897. Erlangen 1855.

punkte aus, dass man „im Gegensatze zur Phimose bisweilen aussergewöhnlich weit gespaltene Lider antrifft, und dass Desmarres¹⁴⁾ unter dem Namen Euryblepharon das Vorkommen einer angeborenen und normwidrigen Vergrößerung der Lider beschrieben hat.“ Ich finde den betreffenden Literaturnachweis nicht in seinem Handbuche der gesamten Augenheilkunde. Endlich erwähnt Himly¹⁵⁾: dass auch das Gegenstück der Phimosis, nämlich „eine zu grosse Ausdehnung der



Augenlidspalte“ vorkomme, die ein Ektropium veranlasse, zeige ein von v. Ammon¹⁶⁾ abgebildetes Auge: Himly empfiehlt dagegen Tarsorrhaphie. Die Abbildung wird besser als alle Beschreibung, die Verhältnisse, welche in typischer Weise nicht so selten vorkommen, beleuchten. Ich habe in dem Materiale der hiesigen Augenklinik in fast fünf Jahren unter ungefähr 50 000 Augenkranken den Zustand vollentwickelt zweimal ausser dem abgebildeten Falle gesehen. Rudimentär ist die Anomalie häufig.

Der Jochbogen ist in diesen Fällen immer recht flach, die Stellung des Auges in der Augenhöhle normal, nur liegt der äussere Kanthus nicht dem Bulbus an, sondern ist beträchtlich dem Jochbogenrande angenähert, so dass bei geöffneter Lidspalte etwa im äussersten Fünftel der Lidspalte die innere Lidkante vom Bulbus sich abhebt und eine Bindehauttasche lateral freigelegt wird; während normalerweise entsprechend der lateralen Lidkommissur die Lidbindehaut also der Bul-

¹⁴⁾ Desmarres, Handbuch der gesamten Augenheilkunde, deutsch von Seitz und Blattmann 1852.

¹⁵⁾ Himly, Die Krankheiten und Missbildungen des menschlichen Auges und deren Heilung. Berlin 1843. I. Bd. S. 101.

¹⁶⁾ v. Ammon, Klinische Darstellung der Augenkrankheiten. II. Teil, Tafel II, Fig. 8. Die Abbildung lässt erkennen, dass es sich um einen ähnlichen Zustand handelt, die Beschreibung ist unzulänglich.

busoberfläche anliegt, ist zwischen Bulbus und Kanthus in diesen Fällen ein Stück Uebergangsfalte freigelegt. Form und Bewegung der Lider⁸ ist im übrigen vollkommen normal, an keinem der Fälle zeigte sich irgend eine Anomalie in der Haut der Jochbeingegend oder in der knöchernen Begrenzung der Orbita überhaupt, welche für die Entstehung der kleinen Anomalie hätte verantwortlich gemacht werden können. Die Form der Orbita war auch im übrigen vollständig normal, die Pupillendistanz in dem abgebildeten Falle betrug 60 mm. Der Lidabschluss erfolgte ganz normal, bei geschlossenem Lide war nichts von der Anomalie zu bemerken, nur die Lidspalte auffällig lang.

Die Anomalie besteht also augenscheinlich darin, dass bei Eröffnung der Lidspalte im embryonalen Leben die Dehiszenz in zu grosser Ausdehnung erfolgt, so dass die Lider im Verhältnisse zur Bulbusgrösse und zur Grösse der Orbita zu weit geöffnet sind, oder dass von vornherein die Anlage der Lider nicht im Verhältnisse zur Grösse des Bulbus steht. Als echte Spaltbildung kann man trotzdem den Zustand nicht bezeichnen und ich habe, um nicht einen neuen Namen zweifelhafter Güte zu prägen, mich beschränkt, die Anomalie als abnorme Länge der Lidspalte zu bezeichnen. In keinem Falle hat sie Anlass zu einem operativen Eingriff, der in einer definitiven Blepharorrhaphie bestehen würde, gegeben. Es hat auch in keinem Falle die Freilegung der Bindehaut zu besonderen Reizerscheinungen von Seite derselben geführt, es hat also die der lateralen Uebergangsfalte entsprechende Partie der Bindehaut dieselbe Resistenz gegenüber der Berührung mit der atmosphärischen Luft gewonnen, welche der Bulbusbindehaut zukommt.

III.

Aus der deutschen Augenklinik in Prag.
(Vorstand Prof. Dr. A. Elschmig.)

Erythema exsudativum multiforme am Auge.

Von Priv.-Doz. Dr. R. Salus.

Wenn wir heute von Conjunctivitis crouposa sprechen, so meinen wir mit dieser Bezeichnung nicht mehr wie ehemals ein streng umgrenztes Krankheitsbild; wir drücken vielmehr aus, dass eine mit Pseudomembranbildung einhergehende Affektion vorliege, von der wir wissen, dass sie aus sehr verschiedenen Ursachen entstehen kann. Die Bezeichnung „crouposa“ ist für uns rein klinisch-anatomischer Begriff und kann für sich allein, ohne gleichzeitige Anführung des ätiologischen Momentes als Diagnose ebensowenig genügen, wie uns z. B. die Diagnose