II. Aus der Königl. Universitäts-Augenklinik in Berlin. Beitrag zur Behandlung der chronischen Thränensackerkrankungen.

Von Dr. P. Silex, Privatdocenten und erstem Assistenten der Klinik.

Wenn die Anschauung richtig ist, dass es um unser therapeutisches Können desto schlechter steht, je grösser die Zahl der gegen ein Leiden empfohlenen und gebräuchlichen Mittel ist, so müssen wir bei einem Rückblick auf die Geschichte der Behandlung der Thränenorganerkrankungen uns gestehen, dass wir nicht allzu viel vermögen, und dass in dieser Richtung die Fortschritte nicht die gleichen sind wie bei vielen anderen Augenerkrankungen. Seinen Hauptgrund dürfte dies darin haben, dass wir von der Antisepsis, deren Einführung, wie in der übrigen Medicin, so auch in der Augenheilkunde eine neue Aera inaugurierte, keine erfolgreiche Nutzenanwendung ziehen konnten. Und abgesehen davon kommen noch andere Dinge in Betracht. Die Thränenorgane liegen für unseren Blick verborgen, wir sind allein auf indirekte Symptome angewiesen, über deren Ursache wir uns deshalb fast nie ein klares Bild verschaffen können, weil die Gelegenheit zu späteren pathologisch-anatomischen Untersuchungen fast immer fehlt. Nur die normale Anatomie ist zur Genüge durchstudiert worden. Die Physiologie dagegen hat noch manches zu eruiiren. Schon die Erklärung der Herkunft der Thränenflüssigkeit macht Schwierigkeiten; es ist nicht sicher ermittelt, ob der palpebrale und der orbitale Theil der Thränendrüse sich gleichmässig an der Secretion betheiligen, oder ob es so ist, dass die palpebrale Drüse für die Befeuchtung des Auges sorgt, während die orbitale, den psychischen Erregungen zugänglich, die höchste Freude, den Schmerz und Kummer zum Ausdruck bringt. Und ebenso viele hier nicht weiter zu erörternde Bedenken stossen uns bei den Theorien über die Ableitung der Thränenflüssigkeit auf. Nur daran will ich erinnern, dass behauptet worden ist, es gehöre zum normalen Abfluss der Thränen eine ausgiebige Luftcirculation in der Nase. Wie oft aber findet man Menschen, die keine Spur von Luft durch ein Nasenloch bringen, und dennoch keine Klage über Thränen. In alle diese Dinge werden wir erst dann einen tieferen Einblick gewinnen, wenn die klinischen Symptome auf Grund pathologisch-anatomischer Untersuchungen genau studirt sein werden. Bis dahin dürfen wir aber nicht müssig zusehen, sondern müssen wegen der Gefahren, die oftmals dem Auge durch Thränensackerkrankungen drohen, so gut es eben geht, dem Leiden entgegenreten. Die perniciosen Folgen werden uns besonders klar bei der arbeitenden, den Verletzungen mehr ausgesetzten Bevölkerung. Kleine Defecte der Hornhaut, Risse etc. heilen gewöhnlich glatt, wenn einfach das Auge geschlossen gehalten wird. Liegt aber eine Thränensackerkrankung vor, so wird in der Mehrzahl der Fälle die Cornea an der Stelle des Traumas durch die Ueberschwemmung mit dem infectiösen Secret eitrig infiltrirt, woraus eine mehr oder weniger weit ausgedehnte Zerstörung der Cornea leicht resultirt. Noch deletärer zeigt sich der Einfluss bei Staaroperationen, die in der Regel bei Vernachlässigung des Thränensackleidens mit einem Verlust des operirten Auges endigen.

Zur Abwendung dieser Uebelstände sind im Laufe der Jahre die verschiedensten, natürlich immer nach Aussage ihrer Anpreiser mit den besten Resultaten gekrönten Methoden empfohlen worden. Namentlich hat sich das Augenmerk dabei auf die Behandlung der chronischen Erkrankungen gerichtet, und dies theils aus dem Grunde, weil sie dem Patienten oft Jahre lang, ja bisweilen durch das ganze Leben zahlreiche lästige Beschwerden verursachen, theils aber auch deswegen, weil sie wegen der unendlichen Schwierigkeiten in der Therapie zu vielfachem Nachdenken auffordern.

Die Symptome sind sehr verschieden. In einzelnen Fällen handelt es sich einfach darum, dass von Zeit zu Zeit Thränen aus dem Auge über die Wange fliessen. Bei längerem Bestand wird in der Regel die Haut in der Gegend des Oberkiefers davon trocken und rauh, so dass man aus diesem Befund schon gelegentlich das Leiden diagnosticiren kann. Meist aber handelt es sich um eine stärkere Secretionsanomalie, von der man sich durch Druck mit dem Finger auf die Thränensackgegend überzeugt. Die Flüssigkeit fliesst dabei entweder nach oben ab durch die Thränenpunkte, oder sie ergiesst sich nach unten in die Nase. Zu Anfang meist klar, zeigt sie sich mikroskopisch mit reichlichem Cylinderepithel durchsetzt, bald aber gesellt sich Schleim aus den traubenförmigen Drüsen hinzu, und dadurch wird die Masse dick, grauweiss, klebrig und fadenziehend. Besteht nun die Affection länger, so wird die

Schleimhaut blutreich und interstitiell durchtränkt. Gelegentlich geben Fältelungen zu kleinen Divertikeln Anlass. Die stauende Flüssigkeit führt, indem sie sich zersetzt, zu vermehrter Secretion, durch welche die Thränensackwandungen ausgedehnt werden, es stellt sich der sogenannte Tumor lacrimalis ein, zu dem sich Epiphora, Blephoro-Conjunctivitis und häufig Eversio punctus lacrimalis hinzugesellen. Damit ist dann ein Circulus vitiosus geschaffen. Bislang handelte es sich meist um einen katarrhalischen Zustand der Schleimhaut; geht derselbe in den blennorrhoeischen über, so haben wir eine Dacryocystitis blennorrhoeica. Das Secret ist rahmig und gelblich, die Schleimhaut braunroth geschwellt und uneben. Bisweilen sucht sich zurückgehaltener Eiter einen Ausweg nach vorn, und es kommt dann zur Fistula lacrimalis, wobei der Fistelgang gewöhnlich mit blassem schwammigem Granulationsgewebe ausgefüllt ist. Bei scrophulösen Kindern finden wir die Durchbruchöffnung oft am unteren Rande des Musculus orbicularis. Gelegentlich ist dabei der Knochen mit erkrankt, doch ist das Leiden häufiger primärer Natur und bedingt durch Syphilis, seltener durch Lupus und Scrophulose (tuberculöse Affectionen). Das Hinderniss für den Abfluss der Flüssigkeit nach unten liegt gewöhnlich am oberen Ende des Thränennasenganges, seltener am unteren, und ist die Stricturen membranöser oder compacter Natur. Die geschwellene und geröthete Schleimhaut des Sackes ist mit Zotten besetzt und hier und dort cysteartig erweitert. In der Nase ist oft eine Schwellung der unteren Muschel zu constatiren. Die subjectiven Beschwerden sind schlechtes Sehen, verursacht durch Schleim und Thränenflüssigkeit, die auf die Hornhaut kommen, Gefühl von Druck im Auge, und bisweilen das Gefühl der Trockenheit in der Nase, die auf Hyperaemie daselbst zu beziehen ist.

Wodurch das Thränenleiden entstanden ist, wird sich nur in wenigen Fällen mit Sicherheit feststellen lassen. Gelegentlich können äussere Schädlichkeiten die Ursache abgeben, meist aber sind es die Erkrankungen der benachbarten Häute. Von den verschiedenen Conjunctividen ist es wohl nur die Blennorrhoe, welche mal zu einer Dacryocystitis führt. Der häufigste Grund ist in der Nase gelegen, und hier können acute und chronische Katarrhe, Abnormitäten im Baue wie bei Plattnasen, Fracturen, Exostosen, Neoplasmen, Phlegmone der Weichtheile, Periostitis und Ostitis zur Causa nocens werden. Oftmals sind Local- und Allgemeinerkrankungen, wie Masern, Scharlach, Pocken, Lupus, Tuberculose, Syphilis, anzuschuldigen, wobei aber wahrscheinlich meist auch immer die Schleimhaut der Nase erkrankt ist.

Frauen werden häufiger betroffen als Männer, kein Alter wird verschont, doch ist das Leiden im frühesten Kindesalter ein sehr seltenes. Die Häufigkeit beläuft sich für Berlin, wie die Durchsicht unserer Journale ergibt, auf nicht ganz 3 % des in der Augenklinik verkehrenden Publikums. In Rostock und Greifswald wurden 4 % gezählt. Bedenkt man nun, dass jeder Patient Wochen und Monate lang in Behandlung ist, dass meist nur Besserungen, seltener Heilungen erzielt werden, so ergibt sich, dass in jeder grösseren Poliklinik täglich eine recht zahlreiche Schaar von Hilfesuchenden dieser Kategorie wird zusammenkommen müssen.

Und was nun thun? In früheren Jahrhunderten galt als Hauptmethode die Zerstörung des Sackes entweder durch Ferrum candens, das übrigens später nach dem Vorgange von Bardeleben durch Platina candens verdrängt wurde, oder durch Mineralsäuren, Chlorzink, Höllenstein etc. Diese therapeutische Richtung musste der Erkenntniss Platz machen, dass die meisten Erkrankungen des Thränensackes durch Stenosen im Thränennasengang bedingt waren, und dementsprechend sann man nach Methoden, welche die natürlichen Wege wiederherstellten, oder wenn dies unmöglich, schuf man mit Gewalt neue Bahnen nach der Nase, wozu letztere Versuche aber wieder vollständig fallen gelassen worden sind. Den Hauptantheil an diesen Bestrebungen trägt Stahl (1702)¹⁾, der Darmsaiten in den Thränennasengang einführte, und dem sich bald darauf unter Hinzufügung einer direkten Behandlung der Schleimhaut mit adstringirenden Wässern Anel (1713) mit seiner Spritze anschloss. Diese Heilpläne fanden indessen keine rechte Verbreitung, und so blieb alles beim alten, bis in der Mitte dieses Jahrhunderts von Bowman (1851) und Weber (1861) eine Verbesserung der früheren Verfahren durch Benutzung von Metallsonden vorgenommen wurde. Für die Fälle, in denen die Stricturen sehr eng waren und der Sondenbehandlung nicht nachgaben, wurde dann noch von Weber und Stilling die innere Incision empfohlen, die oftmals von recht gutem Erfolge begleitet ist. Es ist sicher, dass man bei sorgfältiger Anwendung und genügender technischer Fertigkeit mit den erwähnten Verfahren in einer grösseren Anzahl Heilungen oder doch derartige Besserungen erzielt, dass der Patient dafür dankbar ist. In einem gewissen Procentsatz aber sind die Erfolge so mangelhaft, dass man am besten zur Ver-

nichtung des Thränensackes schreitet. Partielle Excision der Wandung und Aetzungen bei Ectasia sacci sind in ihren Resultaten so ungewiss, dass ich nicht dazu rathen möchte. Heut in der antiseptischen Zeit, wo wir den Heilverlauf der Wunden beherrschen, ist es in solchen Fällen nicht mehr am Platze, den Sack zu veröden, sondern, was schon Platner 1724 that, zu exstirpiren. Dass man damit gute Erfolge erzielt, hat Berlin schon seit dem Jahre 1866, und in neuerer Zeit Gräfe, Saemisch, Eversbusch, Schreiber u. a. erfahren. Sonderbarer Weise ist aber die Herausschälung des Sackes in Berlin und auch sonst verhältnissmässig wenig in Anwendung gekommen, trotzdem sie, wie mich zahlreiche Operationsfälle belehrt haben, wegen ihrer ausgezeichneten Wirkung ausgedehntere Verbreitung verdient.

Wird nun der Arzt in die Lage versetzt, einen Fall von chronischer katarrhalischer oder blennorrhoeischer Dacryocystitis zu behandeln, so möchte ich ihm empfehlen, folgendermassen vorzugehen. Nach Orientirung über das Allgemeinbefinden und event. therapeutische Massnahmen spalte man mit dem Weber'schen Messer das untere Thränenröhrchen und verordne fleissiges Ausdrücken des Inhaltes mit dem Finger und ein adstringirendes Augenwasser. Oftmals wird damit allein ein für den Patienten befriedigender Zustand herbeigeführt. Ist dem nicht so, dann gehe man zur Einführung von Sonden über mit nachfolgender Durchspritzung des Thränennasenganges mittels der Anel'schen Spritze, die man bequem sich so herrichtet, dass man das Ansatzstück mit der Spritze durch einen kleinen Gummischlauch verbindet. Natürlich kann man die Flüssigkeit auch durch eine durchbohrte allmählich herausziehende Soude spritzen. Man stellt sich vor, dass dabei eine innigere Berührung mit der Schleimhautoberfläche zustande kommt. Die Antiseptica, wie Sublimat, Carbol etc., sind nicht von demselben Werthe wie die Adstringentien, etwa Zink. Vergiftungserscheinungen überaus bei ersteren, die neuerdings in den Kreis der Betrachtung gezogen sind, oder starkes Erbrechen z. B. nach Anwendung einer 1%igen Zinklösung, lassen sich leicht verhüten, wenn man den Kopf nach vorn überbeugt hält. Bei vorliegenden Knochenleiden hat die Einspritzung einer Jodoformlösung (Jodoformglycerin) mit innerlicher Darreichung von Jodkalium oft gute Dienste geleistet. Ein grosser Theil des Jodoforms wird in dem Thränennasengang längere Zeit zurückgehalten. Energische Ausspülungen mit etwa einem Liter Eiswasser, wie sie angegeben worden sind, habe ich auch, aber ohne besonderen Nutzen, in Anwendung gezogen.

Die Sonden durch das nicht geschlitzte Thränenröhrchen zu führen, halte ich für eine irrationelle, auch nicht aus kosmetischen Gründen gerechtfertigte Quälerei. Da das obere Thränenröhrchen sich meines Erachtens schwieriger spalten lässt, und die Einführung der Sonde mehr Dexterität erfordert, so möchte ich für den Ungeübten das untere Thränenröhrchen für die Eingriffe bevorzugen. Kommt bei Druck auf den Thränensack mehr Eiter aus dem oberen Thränenpunkt, so muss, da wahrscheinlich Membranen und Absackungen in dem Sack vorliegen, das obere Thränenröhrchen geschlitzt werden. Eigenthümlich ist die Thatsache, dass sich nach der Spaltung das untere Röhrchen leichter schliesst als das obere. Deshalb muss mehrere Tage lang die untere Rinne offen gehalten werden. Man lasse die Sonden etwa 1/2 Stunde lang liegen. Zu Dauersonden möchte ich nicht rathen. Erstens habe ich bei meinen Patienten, bei denen ich sie benutzte, und bei denen aus anderen Kliniken gesehen, dass damit auch nichts besonderes erzielt wurde, und dann bieten solche Patienten, wenn man ihnen auf der Strasse begegnet, einen so unangenehmen Eindruck dar, dass man sich gern von ihnen abwendet. Oft ist nun bei dem oben beschriebenen Verfahren in einigen Tagen, meist aber erst nach Wochen und Monaten, eine Besserung resp. Heilung erzielt, so dass dasselbe, da die Patienten damit zufrieden, trotz der Auspreisungen der Exstirpation niemals, wie einige Autoren wünschen, ausser Cours kommen wird. Recidive werden natürlich bei der Natur der Erkrankung nicht ausbleiben.

Und nun, wie steht es mit der Behandlung der Nase? wird man fragen. Da es unzweifelhaft ist, dass die Nasenschleimhaut oftmals den Ausgangspunkt für das Thränensackleiden abgibt, müssten wir nach dem Satze, sublata causa tollitur effectus, uns von der Nasenbehandlung die besten Resultate versprechen. Von diesem Gedanken geleitet, habe ich eine sehr grosse Anzahl von Patienten, welche wegen eines Thränenleidens die Poliklinik für Augenkranke aufsuchten, hiesigen Specialärzten für Nasenkrankheiten, für welche Mühleistungen ihnen an dieser Stelle bestens gedankt sei, zur Behandlung überwiesen und gleichzeitig das Thränensackleiden in Angriff genommen. Die Diagnose lautete gewöhnlich Schwellung der unteren Muschel, und dieselbe wurde medicamentös und galvanokaustisch behandelt. Ob die Schwellung aber so häufig, wie gemeinhin angenommen wird, den wirklichen Grund der Erkrankung darstellt, ist sehr fraglich, da sonst bei der ungeheuer grossen

¹⁾ Lehrbuch der Gesamt-Augenheilkunde von Gräfe, Saemisch. Bd. VII.

Menge von Menschen mit diesem Befund die Zahl der Thränenorganerkrankungen eine bedeutend grössere sein müsste. Die Nasenbehandlung liess nur selten einen unbestreitbaren günstigen Einfluss auf die Thränensackkrankung erkennen. Die wenigen Fälle, bei denen Knochendeviationen etc. und ihre Beseitigung eine plausible Erklärung für die Heilung abgaben, kommen bei Berücksichtigung der Gesamtheit nicht in Betracht. Um Missdeutungen vorzubeugen, will ich hervorheben, dass ich hier das einseitige, bei Schnupfen sich steigernde Thränen, das oft durch eine einmalige galvanokaustische Behandlung gewissermaassen weggeblasen wird, nicht im Auge habe, sondern dass ich nur von der chronischen Blennorrhoe des Thränensackes spreche. Bei der grossen Mehrzahl nahm die Erkrankung den Verlauf, wie bei den Patienten, welche auch an Schwellung der Muschel litten, vielleicht auch mal Polypen hatten, bei denen aber gegen das Nasenleiden nicht vorgegangen wurde. Der Grund dafür dürfte darin zu suchen sein, dass die Ursache, obgleich ursprünglich von der Nasenschleimhaut ausgegangen, nachher weniger in der Nase, als im Thränennasengang liegt, dessen Veränderungen dem Nasenspiegel und den operativen rhinologischen Maassnahmen ja auch nicht zugänglich sind und die nach Beseitigung des Nasenleidens bestehen bleiben. Nach alledem möchte ich sagen, dass der Schwerpunkt in der Behandlung auf das Thränenleiden zu verlegen ist, dass man die Nase untersuchen soll, dass aber, wenn nicht eben Beschwerden daselbst sich finden, bedingt durch Polypen, Schwellungen etc., eine Therapie unterbleiben kann. Ich bin mir bewusst, dass ich hiermit einen Standpunkt einnehme, der von der grössten Zahl der Nasenärzte verworfen wird, zu dem ich aber auf Grund einer ausgedehnten jahrelangen Beobachtung gelangt bin. Uebrigens weiss ich auch, dass es vielen Aerzten und speciell auch Nasenärzten gar nicht einfällt, die Schwellung der unteren Muschel in der eigenen Nase behandeln zu lassen, da sie dadurch nicht belästigt werden. Will sich der Patient nicht einer längeren Cur unterziehen und sich mit einer Besserung nicht begnügen, so schreite man, namentlich wenn es sich um eingewurzelte Leiden mit Ektasirung der Wandung des Sackes, um unüberwindliche Stricturen und Fistelbildungen handelt, zur Exstirpation, die sich besonders auch dann empfiehlt, wenn etwa eine eitrige Keratitis schon vorliegt. Im letzteren Falle wird sowohl sämtliches Infectionsmaterial beseitigt, als auch der Heilungsprocess an der Cornea durch die grosse durch die Exstirpation gegebene Blutentziehung günstig beeinflusst. Für die in Narkose auszuführende Operation möchte ich auf Grund vielfacher selbst vorgenommener Ausschälungen folgendes Vorgehen in Vorschlag bringen. Schlitzung beider Thränenröhrchen in einander und dann Tamponade des Thränensackes mit gezählten Jodoformgazekügelchen. Letzteres hat den Vortheil, dass man den Sack bei der nun folgenden Herauspräparirung von der Haut her, bei der es oftmals zu sehr profusen und schwer zu bekämpfenden Blutungen aus den Angulargefässen kommt, leichter auffindet. Gelingt die Herausschälung in toto nicht, so muss mit Messer, Scheere und scharfem Löffel sämtliches Gewebe aus der Thränensackgegend entfernt werden. Die Wunde wird durch 2—3 tiefgreifende Nähte geschlossen. Ist der Knochen erkrankt, so muss gründlich ausgekratzt und eine Nachbehandlung mit Jodoformtamponade eingeleitet werden, worauf in der Regel eine baldige Ausfüllung der Höhle mit Granulationen eintritt. In den letzten Wochen haben wir in den Fällen, bei denen es sich um tuberculöse Knochenkrankungen handelte, die zu Thränensackleiden geführt hatten, die Injektionen mit Koch'scher Lymphe nach den bekannten Vorschriften vorgenommen. Die Allgemeinreactionen, die wohl vorzüglich aus den vorliegenden Lungenaffectionen resultirten, waren prompt und so, wie wir sie aus den zahlreichen Publicationen kennen gelernt haben. Local traten gar keine Reactionen auf, was dafür sprach, dass das auf dem Knochen gelegene Gewebe und der Thränensack noch nicht tuberculös afficirt waren. Da nun aber bei der Ectasie und der Wandverbindung des Sackes eine Heilung unmöglich schien, — wie sollte die Ectasie schwinden, — so wurde unter weiterer Verwendung der Lymphe local, wie oben gesagt, verfahren und eine prompte Heilung erzielt. Alsdann wird an die Usurirung der Thränencanälchen mittels der Glühsclinge gegangen. Macht man dies nicht, so kann die Thränenflüssigkeit nach unten absickern, und dadurch eine neue Eiterung in irgend einer Bucht entstehen. Die Heilung mit wenig entstellender Narbe erfolgt in ca. 10 Tagen, doch dürfte, wenn es gewünscht wird, ein 3—4 tägiger Aufenthalt in der Klinik schon genügen. Auf gelegentliche Störungen des Wundverlaufes, z. B. durch stehen gebliebene Schleimhautstücke, durch zu frühzeitiges Durchschneiden der Fäden, auf Knochenleiden, die eine primäre Verheilung unmöglich machen, wollen wir hier nicht weiter zurückkommen. Mehr als die Hälfte der Fälle ist durch den Eingriff vollständig geheilt; die Patienten, in der kurzen Zeit befreit von dem widerlichen und lästigen Eiterfluss, sind voll des Lobes über die Operation, zumal sie auch von

einem Thränenüberfluss nicht behelligt werden. In dem andern Theil bleibt ein mehr oder weniger starkes Thränen zurück, das meist bei Anwendung eines adstringirenden Augenwassers auf ein Minimum schwindet, das aber bei stärkeren Beschwerden durch die Exstirpation der Glandula lacrimalis gehoben werden kann. Die früher dabei bisweilen beobachteten Orbitalphlegmonen lassen sich durch gründliche Antisepsis vermeiden. Zu achten hat man besonders darauf, dass durch die Operation nicht eine Ptosis geschaffen wird. Kürzlich ist danach auch Sehnervenatrophie, verursacht durch eine orbitale Blutung, gesehen worden. Hinsichtlich der Technik dieser Operation verweise ich auf die Arlt'sche Operationslehre im Lehrbuch der Gesamtaugenheilkunde von Graefe und Saeinisch. Eigenthümlich und bemerkenswerth ist es, dass die Beseitigung des Organs so wenige Störungen setzt. Aus dem Ausbleiben des Thränenträufelns müssen wir den Schluss ziehen, dass die normale Thränenmenge nur eine ganz minimale ist, die zum grössten Theil verdunstet, und dass nach der Nase nur Spuren kommen. Trotz des Ausbleibens der Befeuchtung hieselbst, fand sich keiner meiner Patienten zu Klagen über Trockenheit in der Nase, über schlechtes Geruchsvermögen etc. veranlasst. Ob nach der Exstirpation der Thränen-drüse nicht doch gelegentlich das Gefühl der Trockenheit im Auge oder gar ein Xerose der Cornea wird eintreten können, wage ich auf Grund meiner Erfahrungen nicht zu entscheiden.

Die Beseitigung des Thränensackes ist, wie oben erwähnt, nichts neues, aber der Fortschritt, den die letzten Jahrzehnte zu verzeichnen haben, liegt darin, dass wir anstatt der alten schmerzhaften Wochen und Monate dauernden Zerstörungsart jetzt in wenigen Tagen ohne Gefahr für den Patienten dasselbe erreichen.