Zur Thränensackexstirpation.

Von

Dr. P. Schreiber,

Assistenzarzt an der Graefe'schen Augenheilanstalt in Halle.

Seit Berlin im Jahre 1868 in der II. Sitzung der ophthalmolog. Gesellschaft*) der Exstirpation des Thränensackes das Wort geredet hat, ist wunderbarer Weise von einer Annahme seiner wohlzubeherrschenden Vorschläge nur wenig bekannt geworden. Die neuesten Lehrbücher z. B. von Klein**) berühren diese Operation mit keiner Silbe; und Schirmer im Sammelwerk von Gräfe-Sämisch***) zieht diese Operation mit den Worten: „ist meist schwer auszuführen und oft von heftiger Entzündung gefolgt“ in die unverdiente Vergessenheit hinein, aus der sie Berlin mit warmer Empfehlung herausreißen wollte. Mandelstamm's Auslöfflung†) der Schleimhaut mit Erhaltung der Durchgängigkeit des ganzen Thränenkanals ist kaum hier anzuführen. Die einzige wohlgemeinte Empfehlung erfuhr Berlin von Seiten Sämisch's, der, wie aus der Dissertation Oertmann's††) hervorgeht, die Excision der Thränensack-

*) Klin. Monatsblätter, Jahrg. 1868, p. 355.

**) Lehrbuch der Augenheilkunde 1881, p. 769.

***) VII. Band, Abschnitt XII, p. 42.

†) Centralbl. f. pract. Augenh. 1879, p. 178.

††) Oertmann: Ueber die Behandlung der Thränensack-
erkrankungen. Inaug.-Dissert. Bonn 1875.

schleimhaut für die mehr oder weniger seltenen Fälle von Hydrops sacci lacrymalis und Stenose des Nasolacrymal-kanals für indicirt hält und demgemäss vier diese Indicationen illustrirende Fälle beschreiben lässt. Allein sehr ermuthigend zur Nachahmung konnten weder Sämisch's noch Berlin's Fälle sein und zwar aus folgenden Gründen: Einmal schien die Schwierigkeit der Ausführung der Operation in keinem rechten Verhältniss zu den Recidiven zu stehen; denn sowohl Berlin wie Sämisch haben Fälle zu verzeichnen, in denen sie sich genöthigt sahen, zum zweiten Male zu operiren. Ferner kann eine Nachbehandlungsdauer von mindestens drei Wochen — in den meisten Fällen sogar mehr — auch nicht gerade sehr zu dieser Operation einladen. Der Hauptgrund ist aber der, dass die Indicationsgrenzen für diese Operation viel zu eng gesteckt waren, als dass sie überhaupt häufig hätte in Frage kommen können. Auf Grund von 40 in den letzten zwei und ein Viertel Jahren von Herrn Prof. Graefe ausgeführten Exstirpationen bin ich im Stande, sowohl für die Operationstechnik einige Vorschläge zu machen, wie auch namentlich, das Gebiet der Indicationen erheblich zu erweitern.

Was zunächst die Indicationen zu diesem operativen Eingriff anlangt, so sind natürlich in erster Linie die von Sämisch aufgestellten: „Obliteration des ductus nasolacrymalis“ und „Hydrops sacci“ zu acceptiren. Ausser diesen Indicationen wären aber noch folgende aufzustellen:

1) Sehr hartnäckige Dacryocystoblennorrhoe mit Stenose des canalis nasolacrymalis, die zwar noch sondirt werden kann, jedoch schon so lange besteht, dass bereits eine leichte Vorbuckelung der Thränensackgegend und Verdickung der Wandung zu Stande gekommen ist.

2) Fistula sacci lacrymalis. Namentlich die Fälle, in denen durch häufig recidivirende Phlegmonen die bedeckende Haut mit der Sackwandung narbig verwachsen und indurirt ist.

3) Ueberhaupt langwieriger Thränensackkatarrh bei vollkommener Durchgängigkeit des Ductus; da demselben meist als Ursache polypöse Wucherung der Sackschleimhautzellen resp. kleine gestielte Tumoren (Schleimhautpolypen) vorzuliegen pflegen.

Diese Ausdehnung der Indicationen erklärt die grosse Zahl der hier ausgeführten Exstirpationen; denn von dem in den letzten $2\frac{1}{4}$ Jahren behandelten Krankmaterial von 10000 Patienten waren mit Thränenleiden überhaupt behaftet 285 Personen, also 2,85%. Davon litten speciell an Dakryocystoblennorrhoe 173 (102 weibl., 71 männl. Geschlechts, also Verhältniss 3:2), von denen 40 die Operation indicirt erscheinen liessen, also fast 24%.

Die Operation wird nun in folgender Weise am liegenden, chloroformirten Patienten vorgenommen. Der Schnitt ca. 2 cm lang, 4 mm vom inneren Augenwinkel, wird ziemlich vertical, mit dem oberen Ende etwas nach vorn geneigt, vorsichtig nur durch die äussere Haut geführt, um nicht gleich die Sackwandung anzuschneiden, was für die Ausschälung recht ausgedehnter Thränensäcke mit verdickter Wandung von grosser Wichtigkeit ist, da man dieselben eventuell prall gefüllt mit Eiter wie ein Atherom herauspräpariren kann. Indem man nun vorsichtig mit Hakenpincetten die Wundränder lüftet und mit einem Scalpell unterminirt, kann man die vordere Wand des Sackes ziemlich leicht blosslegen, ohne dass man einen Zweig der angularis oder eine Anastomose der frontalis anschneidet. Jetzt lassen sich mit dreizackigen stumpfen Wundhaken die Wundränder zurückziehen, und der Operateur fasst den Sack mit der Hakenpincette und umschneidet denselben sich immer möglichst am Thränenbein haltend oder präparirt ihn mit kleiner Cowperscher Scheere heraus, bei welchem Act bei der Operation sich allerdings nicht vermeiden lässt, dass man irgend eins von oben genannten Gefässen anschneidet und eine ziemlich starke Blutung

hervorruft. Etwaige zurückbleibende Reste werden dann schonungslos mit dem Volkmann'schen scharfen Löffel bis hart auf den Knochen herausgeschabt. Ebenso wird mit einem kleineren Caliber des eben genannten Löffels in den Thränennasenkanal eingegangen, so weit derselbe noch durchgängig ist, und die Schleimhaut in demselben gründlich zerstört. Darauf Irrigation der Wunde mit 2% Carbolsäure und 3—6 Nätze, so dass eine vollkommene Vereinigung der Wundränder zu Stande kommt. Eine so ausgeführte ideal verlaufende Exstirpation würde mit Chloroformnarkose etwa 20—30 Minuten in Anspruch nehmen und zur Nachbehandlung höchstens 14 Tage erfordern. So ideal verlaufen zwar nicht alle Operationen. So stellt sich zum Beispiel bei der Exstirpation bedingt durch *fistula sacci lacrymalis* die Schwierigkeit entgegen, dass die bedeckende Haut durch die voraufgegangene Phlegmone sehr brüchig geworden ist, und daher beim Fassen mit der Pincette leicht ausreißt. Oft ist die Haut in diesen Fällen auch mit der Sackwandung innig verwachsen und daher schon schwerer zu präpariren. Schliesslich ist auch die Blutung bei diesen chronisch entzündlichen Geweben eine stärkere und verdeckt das Operationsterrain. In diesen Fällen mache man trotz Blutung ausgedehnte Anwendung des scharfen Löffels, der hier um so mehr wirkt, je brüchiger die Gewebe sind. Hat man dann den Knochen rein vor sich, so genügt nach gründlicher Desinfection eine genaue Nath der vorher mit der Scheere adaptirten, zerklüfteten Wundränder, um die Blutung zu stillen, und eine Heilung *per primam* zu erzielen. Diese Fälle von *fistula sacci lacrym.* nach vorausgegangener oder noch bestehender *Dacryocystitis phlegmonosa* sind demnach für die Operation selbst die unangenehmsten, in ihren Erfolgen aber entschieden ebenso schön, wie die bei nicht entzündlichen Leiden operirten.

Die Nachbehandlung gestaltet sich sehr einfach. Sie

besteht in mehrmaligem Wechseln des antiseptischen Verbandes (Borlint, mit 4% Borsäure getränkt, darüber Wachstaflet, Carbolwatte und Binde) und Entfernen der Näthe am 2. resp. 3. Tage. Diese wohlvereinigte Wunde heilt stets per primam. Wundkrankheiten haben wir nie nach der Exstirpation zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Zur Illustration meiner Behauptungen lasse ich hier einige der prägnantesten Krankengeschichten folgen:

Fall I (Journal-Nr. 76818).

Marie L. aus Neuahaldensleben, 25 Jahre alt, ist seit 5 Jahren thränenleidend. Am linken Auge ist eine Narbe sichtbar, die sich vom Canthus internus ca. 1 cm weit nach unten hinzieht, leicht wulstig ist, und ein Ectropium des unteren Lides zur Folge gehabt hat. Im oberen Theile der Narbe nimmt man eine capillare Thränenfistel wahr. Die Hauptbeschwerden klagt jedoch Pat. über das rechte Auge, an dessen inneren Winkel sich seit 2 Jahren eine langsam wachsende Geschwulst gebildet hat, aus der Pat. zu Anfang noch nach der Nase und dem Conjunctivalsack hin Eiter hat ausdrücken können. Seit einem Jahre ist der Weg nach der Nase jedoch verlegt, und in der letzten Zeit hat Pat. auch nach dem Conjunctivalsack nur mit Mühe den Eiter entleeren können. Der Tumor, reichlich haselnussgross, fühlt sich prall elastisch an. Die Haut über demselben ist leicht verschieblich und nicht geröthet. Auf starken Druck entleert sich eine geringe Quantität Eiter nach dem Conjunctivalsack hin.

Am 25. Mai 1881 wird die Exstirpation des Sackes vorgenommen, der sich bequem, ohne ihn anzuschneiden wie ein Atherom herauschälen lässt, und wobei sich herausstellt, dass der ductus naolacrymalis total obturirt ist. Die Blutung ist unerheblich. Die Masse des exstirpirten Sackes sind: Länge 23 mm, Breite 15 mm, Dicke der Sackwandung schwankt zwischen 4 und 5 mm. Durch 6 Näthe wird der etwa 2½ cm lange Hautschnitt geschlossen, nachdem die Wunde vorher durch Carbolirrigation gereinigt war. Darauf antiseptischer Verband.

Am 28. Mai werden die Näthe entfernt. Der obere und untere Theil des Schnittes sind per primam ohne alle Reaction vernarbt. In der Mitte klaffen die Wundränder leicht und

lassen auf Druck aus der Tiefe der durch die Operation gesetzten Höhle, die sich bereits vollständig mit Granulationen gefüllt hat, etwas seröseitriges Secret ausdrücken. Dieser Zustand erhält sich noch bis zum 31. Mai, wo sich ein Schorf über dieser Stelle bildet, der sich bis zum 8. Juni vollständig losgestossen hat. Die Narbe ist jetzt fast unsichtbar und auf Druck unempfindlich. Pat. klagt absolut nicht über Thränen und wird nach 14tägiger Behandlung vorläufig entlassen.

Fall II (Journal-Nr. 74799).

Frau Elisabeth E. aus Barchau bei Burg, 39 Jahre alt, datirt ihr rechtsseitiges Thränenleiden von einer Erkältung, die sie sich vor 4 Jahren zugezogen hat. Ein Jahr später fühlte sie bereits eine Vorbuckelung in der Thränensackgegend. Auf Druck entleerte sich damals noch „Eiter in das Auge“. Zuletzt liess sich das Secret jedoch nur noch nach der Nase hin ausdrücken und genirte die Pat. ungemein durch den unerträglichen Foetor. Stat. präs.: Starke Vorbuckelung — etwa kleine Haselnuss grosse Geschwulst — in der Thränensackgegend. Resistenter, elastischer Tumor, über dem die nicht geröthete Haut leicht verschieblich ist, und aus dem sich nur sehr schwer nach der Nase zu Eiter ausdrücken lässt. Sondenbehandlung wird nicht mehr versucht, sondern zur Exstirpation geschritten, sobald sich der Sack wieder prall gefüllt hat.

Am 24. November 1880 wird die Exstirpation des Sackes in toto mit dem ganzen eitrigen Inhalt ausgeführt, was sehr leicht gelingt, da die Blutung verhältnissmässig sehr gering ist. Die Wunde wird mit 3 Näthen geschlossen und antiseptisch behandelt. Die Maasse des extirpirten Sackes waren: Länge 2 cm, Breite 1,1 cm.

Am 27. November Entfernung der Näthe. Wunde per primam ohne alle Reaction geheilt.

Am 30. November wird Pat. — also nach 7 tägiger Behandlung — mit etwas Thränenträufeln und geringer Druckempfindlichkeit entlassen.

Diese beiden Beispiele mögen hinreichen, um den Werth der Exstirpation bei Hydrops sacci lacrym. und Stenose des ductus naso lacrym. klar zu stellen, und zugleich beweisen, wie wichtig es ist, die Sackwandungen

nicht anzuschneiden, sondern den Sack in toto herauszupräpariren. Erstens ist die Operation auf diese Weise viel leichter, als wenn man die Wandungen in einzelnen Fetzchen herauspräparirt. Zweitens ist auch der Erfolg ein viel sicherer, da derselbe zum grossen Theil davon abhängt, dass man nichts von der Sackwandung stehen lässt. Leider lässt sich das ideale Herauspräpariren nur in Fällen von hochgradigem Hydrops sacci lacrym. mit starker Wandverdickung ausführen, während man bei Exstirpation des Sackes wegen Fistula sacci und überhaupt bei langwieriger Dacryocystitis mit erhaltener Durchgängigkeit des Ductus die Operationsmethode etwas modificiren muss, wie die folgenden Beispiele zeigen.

Fall III (Journal-No. 74906).

Frau L. aus Wessmar bei Gröbers, 30 Jahre alt, klagt seit $\frac{1}{2}$ Jahr über Thränen. Seit vier Wochen hat sie die „Rose“ in der Lidecke, die vor 14 Tagen zum Aufbruch gekommen ist. Bevor diese Phlegmone entstanden ist, soll die Thränensackgegend nicht geschwollen gewesen sein. Es handelt sich um eine Dacryocystitis phlegmonosa mit Fistelbildung.

Am 5. December 1880 Exstirpation des Sackes mit folgender Modification. In der gewöhnlichen Weise wird der Schnitt 2 cm lang jedoch mit Eröffnung des Sackes geführt. Darauf jedoch der ganze Sack mit dem scharfen Löffel ausgeräumt bis auf das Thränenbein. Ebenso wird die Schleimhaut aus dem Ductus naso lacrymalis mit kleinerem Löffel herausgekratzt; darauf werden die morschen Wundränder mit der Scheere abgetragen und durch drei Suturen vereinigt. Antiseptischer Verband. Die Heilung erfolgt per primam. Die Narbe ist nicht sehr wulstig, jedoch ist bei der Entlassung am 14. December der innere Augenwinkel etwas ödematös, und wird von der Pat. über geringes Thränenträufeln geklagt. Auf Druck lässt sich kein Secret nach dem Conjunctivalsack hin entleeren.

Pat. stellt sich am 25. Februar 1881 wieder vor. Die Narbe ist fast linear. Thränenschlauch und Sack vollständig

verödet. Es besteht keine Conj., trotzdem aber noch geringes Thränenträufeln.

Fall IV (Journ.-No. 75801).

Der Frau Louise B., 53 Jahre alt, aus Bennekenstein hat bereits über ein Jahr lang das linke Auge „voll Wasser gestanden“. Martini 1880 ist es dann zu einer Phlegmone mit Fistelbildung gekommen. Patientin leidet an Stockschnupfen, und ist das Thränenleiden wohl darauf zurückzuführen.

Stat. präs.: Bohnengrosser Tumor in der linken Thränensackgegend mit gerötheten, schlecht verschieblichen Hautdecken, aus dem sich mit Mühe Secret nach dem Conjunctivalsack entleeren lässt.

Am 7. März 1881 Exstirpation. Der Schnitt, obwohl sehr vorsichtig geführt, eröffnet sofort den an einer Stelle sinuös ausgebuchteten Thränensack. Relativ leicht ist die im Allgemeinen sehr verdickte vordere Wandung zu exstirpiren. Beim Herauspräpariren der hinteren Wandung wird die durch den entzündlichen Process sehr erweiterte Art. angularis angeschnitten, wodurch eine so störende Blutung entsteht, dass eine Schieberpincette in Anwendung kommt. Die hintere Wandung wird darauf mit scharfem Löffel so gründlich entfernt, dass das Thränenbein an einer Stelle perforirt wird. Ausserdem wird die Schleimhaut des Thränennasencanals mit dem scharfen Löffel bearbeitet.

Die Blutung wird durch Anlegen von sechs Suturen gestillt. Heilung erfolgt per prim., so dass am 9. März die Suturen entfernt werden. Am 16. März wird Patientin mit geringem Thränenträufeln mit absolut strichförmiger, auf Druck nur wenig empfindlicher Narbe entlassen. Nach dem Conjunctivalsack hin lässt sich nichts von Secret entleeren.

Fall V (Journ.-No. 76398).

Anna H. aus Dörschwitz bei Lauchstaedt, 13 Jahre alt, klagt seit Herbst 1880 über Thränen des rechten Auges und Ansammlung von „Eiter in der Lidecke“. Im Februar 1881 bildete sich „ein Geschwür“ in der Thränensackgegend, das aufbrach, und seitdem besteht eine Thränenfistel. Die Thränensackgegend ist mässig prominent und zeigt Narben einer früheren Phlegmone.

Am 7. April 1880 Exstirpation, bei der die Blutung ungewöhnlich stark ist. Das Herauspräpariren des Sackes ist sehr erschwert, da die verdickte Wandung sehr innig mit den Hautdecken verwachsen ist. Es wird daher sehr ausgedehnte Anwendung vom scharfen Löffel gemacht. Die Wunde wird mit vier Suturen geschlossen und antiseptisch behandelt. Von den Suturen reisst die in den inneren Lidwinkel gelegte am zweiten Tage aus, da das Gewebe sehr morsch war. Nichtsdestoweniger verheilt die Wunde innerhalb 14 Tagen so vollständig, dass Patient mit geringer Conj. und leichtem Thränensträufeln entlassen werden kann. Nach dem Conjunctivalsack lässt sich kein Secret ausdrücken.

Fall VI (Journ.-No. 75733).

Frau Sophie G. aus Wulferstedt, 49 Jahr alt, kommt am 1. März 1881 in Behandlung mit lange bestehendem, prall elastischem Tumor, der sich nicht nach dem Conj.-Sack, dagegen nach der Nase hin entleeren lässt. Die Haut darüber ist nicht geröthet aber auch wenig verschieblich. Bei der Exstirpation, die an demselben Tage vorgenommen wird, zeigt es sich, dass die Tumorwandung doch sehr innig mit den Hautdecken verwachsen ist, und eine reine Herausschälung nicht möglich ist. Der Sack wird angeschnitten, wobei sich eine ziemliche Quantität Eiter ergiesst. Die abtragbaren Theile werden mit der Scheere abgekappt. Der Grund mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Darauf genaue Desinfection und Suturen, die am 3. März entfernt werden, am 6. März wird Patientin mit etwas Conjunctivalcatarrh und leichter Epiphora geheilt entlassen.

Sehr einleuchtend spricht der folgende Fall für die Indication der Exstirpation bei hartnäckiger Dakyocystoblenorrhoe trotz leichter Durchgängigkeit des ductus nasolacrym., die in diesem Falle durch einen kleinen glattwandigen, gestielten Tumor unterhalten war.

Fall VII (Journ.-No. 75770).

Frau B., 39 Jahr alt, aus Damsendorf b. Flechtingen sucht am 3. März 1881 mit linkseitigem frischen ulcus serpens

und rechtsseitigen alten Residuen desselben Leidens — nämlich grossem leucoma adhärens — unsere Hülfe auf. Beiderseits besteht Dacryocystoblennorrhoe mit geringer Verdickung der Thränensackwandungen. Nach mehrwöchentlicher Behandlung wird das ulcus serpens geheilt mit Hinterlassung eines grossen centralen Leucoms. Auch verschwindet die eitrige Secretion aus dem Thränensack der rechten Seite vollkommen auf die eingeleitete Sondenbehandlung; während links die Secretion weder auf Sondenbehandlung noch Einspritzungen von Antiseptischen und Arg. nitr. Lösungen vermittelst Anel'scher Spritze sistirt. Es wird daher nach 7 wöchentlicher vergeblicher Behandlung am 26. April 1881 zur Exstirpation des linken Thränensackes geschritten. Es wird zunächst versucht, denselben heraus zu präpariren, was jedoch wegen der ziemlich starken Blutung nur mit der vorderen Wandung gelingt. Beim Einschneiden in den Sack findet sich in demselben ein kleiner kugelförmiger Tumor von der Grösse eines Hanfkornes. Derselbe ist vollkommen abgekapselt und hängt an einem sehr dünnen Stiele, der in dem Moment abreisst, als der Tumor mit der Pincette gefasst wird. Es liegt sehr nahe, diesen kleinen Tumor, der mikroskopisch untersucht aus stark vascularisirtem, rundzelligem Gewebe bestand, zu beschuldigen, die Eiterung im Thränensack so lange unterhalten zu haben.

Nach 8 Tagen war Pat. so weit hergestellt, dass auch auf diesem Auge eine die optischen Verhältnisse sehr verbessernde Iridectomy vorgenommen werden konnte.

Dieselbe Ursache für die Hartnäckigkeit der Thränensackeiterung liegt im folgenden Falle vor:

Fall VIII (Journal-Nr. 73528).

Der Knabe Reinhold B., 8 Jahre alt, aus Naundorf bei Alsleben, war bereits lange Zeit wegen linksseitiger Dakryocystoblennorrhoe, die häufig zu Secretsretention führte, in Behandlung. Der Thränensack war pathol. erweitert, der ductus lacrym. dabei gut durchgängig, aber schwer zu sondiren, da die Sonde, wie angenommen wurde, immer in einer Schleimhautfalte hängen blieb. Dagegen zeigte sich bei der am 6. August 1880 vorgenommenen Exstirpation, dass der Grund für dieses Hängenbleiben in einem Tumor zu suchen war, der beim Einschneiden in den Sack höchst überraschend heraus-

sprang. Der Tumor war etwa erbsengröss, ovoid, glattwandig, leicht eindrückbar, blasenartig und schien vollständig abgekapselt zu sein. Bei genauerer Untersuchung ergab sich, dass derselbe ein kleines Gefässstämmchen zum Stiel gehabt hatte, und die mikroskopische Untersuchung stellte dieselbe morphologische Beschaffenheit — reich vascularisirte Granulationsgeschwulst — wie im vorigen Falle fest.

Zum Schluss möchte ich mit einem Beispiel noch einmal auf die Wichtigkeit hinweisen, den ganzen Thränensack heraus zu präpariren und sich nicht etwa nur mit der vorderen Wand zu begnügen:

Fall IX (Journal-Nr. 74563).

Frau Emilie O. aus Merseburg, 36 Jahre alt, leidet seit einem Jahre an Dacryocystoblennorrhoe mit Retention des Secrets. Die rechte Thränensackgegend ist bereits bohnen-gross vorgebuckelt. Der Tumor fühlt sich fest an, und nur auf starken Druck ist man im Stande das Secret nach dem Conjunctivalsack hin zu entleeren, das, wie die mikroskopische Untersuchung ergibt, Eiterkörperchen, viel Mikroccoccenhäufen und einige Epithelzellen enthält. In früherer Zeit ist das Secret nach Angabe der Pat. auch nach der Nase hin ausdrückbar gewesen. Die Haut ist leicht über dem Tumor verschieblich, und war nie phlegmonös geröthet.

Am 29. December 1880 Exstirpation, die von Anfang an äusserst blutig verläuft. In Folge dessen muss die ganze Operation, so zu sagen, im Dunkeln ausgeführt werden; denn trotz allen Tupfens mit Schwämmen war kein klares Operationsfeld — selbst auf Augenblicke nicht — zu erzielen. Es wurde unter diesen ungünstigen Verhältnissen zwar sehr nachdrücklich mit dem scharfen Löffel gearbeitet, nichtsdestoweniger blieb von der hinteren Wand ein kleines Stück stehen, was sich später sehr bemerkbar machte. Denn während sonst in spätestens 8 Tagen die Wundränder mit einander zu verwachsen pflegen, klappte in diesem Falle die Wunde in der Mitte in ca. $\frac{1}{2}$ cm Ausdehnung, und es entleerte sich auf Druck eine ziemliche Quantität Eiter. Nach 3 Wochen war zwar die Hautwunde allerdings etwas wulstig vernarbt, dagegen liess sich nach dem Conjunctivalsack hin etwas eitriges Secret ausdrücken. Auf ihren Wunsch wird Pat. vorläufig entlassen. Am 5. Fe-

bruar 1881 stellt sich Pat. wieder vor mit einer Narbe, die einerseits nicht gerade allen cosmetischen Anforderungen genügt und ausserdem eine kleine fistulöse Oeffnung enthält, die in einen ungefähr 1 cm langen Gang hineinführt. Aus dieser Oeffnung entleerte sich klare Thränenflüssigkeit.

Es handelt sich hier um einen Fall, der vollständig analog ist den von Berlin mehrfach beobachteten, und die Berlin dadurch zu deuten suchte, dass er dem Thränenzufluss die heilungstörende Rolle in diesen Fällen zuschrieb.*) Ich kann mich zu dieser Ansicht nicht bekehren, da ich sonst nie etwas von heilungsstörendem Einfluss der Thränenflüssigkeit in der Nachbehandlung unserer Exstirpationsfälle gesehen habe, glaube vielmehr dem Umstande die Schuld beimessen zu müssen, dass ein Stück blennorrhoidisches Secret absondernder Schleimhaut stehen geblieben ist, welches natürlich keine Verwachsung mit gegenüberliegenden Wundflächen eingehen kann, sondern im Gegentheil im Stande ist, einen neuen Hohlraum herzustellen. Es kommt daher vor allen Dingen bei der Exstirpation des Thränensackes darauf an, die ganze Sackwandung heraus zu präpariren, bis man den blossliegenden Knochen des Thränenbeines sieht. Dies kann man auch erreichen trotz starker Blutung, die in den meisten Fällen nicht zu vermeiden ist, durch rigorose Anwendung des scharfen Löffels, mit dem man auch arbeiten kann, ohne dass man das Operationsfeld klar übersieht. Auf diese Weise ist die Exstirpation des Thränensackes eine nicht zu schwer auszuführende Operation, die antiseptisch ausgeführt und nachbehandelt absolut ungefährlich, in kürzester Zeit zum Ziele führend und für die Patienten von keinen unangenehmen Folgen begleitet ist.

*) l. c., p. 360.