Aus der I. Chirurgischen Klinik der Universität in Budapest.
**Die Druckentlastung der Augenhöhle durch
Entfernung der äußeren Orbitalwand bei
hochgradigem Exophthalmus (Morbus
Basedowii) und konsekutiver Hornhaut-
erkrankung.**

Von Prof. Julius Dollinger.

Bei dem Morbus Basedowii ist zwar eine sehr hochgradige Protrusion des Auges eine Seltenheit, tritt sie aber ein, so kann sie Chemosis, Hornhauttrübung, Geschwür, Perforation und Zerstörung des Auges zur Folge haben. Sattler zitiert 63 Fälle, von denen zwölf infolge dieser Komplikation tödlich verliefen.

K. Hoor veröffentlicht in seiner im Jahre 1906 erschienenen Monographie „Ueber das Wesen und über den Ursprung einiger Hornhauterkrankungen“ zwei Fälle, von denen der eine zwei Wochen nach Verlust beider Augen tödlich endete, während der andere nach dem Verluste eines Auges gerettet werden konnte, und v. Poppen (St. Petersburg) veröffentlicht über die Hornhauterkrankung bei Morbus Basedowii in No. 43 des vergangenen Jahrganges dieser Wochenschrift im Anschlusse an einen selbstbeobachteten Fall einen zusammenfassenden Bericht dieses Krankheitsbildes.

Die Therapie beschränkte sich bisher auf Umschläge und auf die Kanthoplastik; nahm aber der Exophthalmus rasch zu, so wurde dadurch der nekrotische Prozeß nur noch mehr beschleunigt, und das Auge ging verloren.

Am 1. September 1910 wurde von der Augenklinik des Herrn Prof. E. v. Gross auf meine Klinik ein 62jähriger Mann abgegeben, der seit einem halben Jahre an beiderseitigem Exophthalmus litt, zu dem sich in letzter Zeit hochgradige Chemosis und auf dem linken Auge Hornhauttrübung und Geschwür gesellte (Fig. 1). Patient beklagte sich außerdem über fortwährende, außerordentlich heftige Kopf- und Augenschmerzen, gegen die in letzter Zeit selbst große Morphiumdosen nichts mehr nützten. Hauptsächlich wegen diesen quälenden Schmerzen drang der Kranke darauf, daß mit ihm endlich etwas geschehe, was ihm Linderung bringen möchte. Von sämtlichen Symptomen des Morbus Basedowii war nur der Exophthalmus vorhanden, und darum wurden sämtliche Nebenhöhlen der Nase auf das genaueste untersucht, ohne daß hier eine krankhafte Veränderung gefunden werden konnte. Jetzt dachten wir an die Möglichkeit einer intraorbitalen luetischen Periostitis, aber die ausgeführte Operation überzeugte uns von der Unrichtigkeit dieser Annahme, und so operierte ich nun den Kranken auf Grund des folgenden

Raisonnements. Beide Augen und das Leben des Kranken sind durch die Hornhautentzündung gefährdet, welche eine Folge des hochgradigen Exophthalmus ist. Die Rettung ist durch die Verminderung des Exophthalmus möglich. Dieses Ziel kann ich in diesem Falle dadurch

Fig. 1.

erreichen, daß ich die Augenhöhle, die von allen Seiten mit Ausnahme der vorderen, von Knochen unringt ist, durch Entfernung der äußeren knöchernen Wand auch nach der Seite hin öffne und damit den Exophthalmus in einen lateralen und in einen vorderen teile, d. i. den vorderen Exophthalmus vermindere. Die Hornhaut ist nur von dem vorderen Exophthalmus gefährdet; kann sich das Auge auch nach der Seite herausdrängen, so kann es uns gelingen, die Hornhaut ohne besondere Spannung der Augenlider zu decken und den Hornhautprozeß zur Ausheilung zu bringen. Nach diesem Plane operierte ich den Kranken am 20. Oktober 1910.

Fig. 2 zeigt den Hautschnitt, durch welchen ich mit Schonung der Innervation des Augenschließmuskels auf die äußere Fläche der Augen-

Fig. 2.

höhle eingedrungen bin. Die Fasern des Schläfenmuskels wurden in derselben Linie durchschnitten, die äußere Orbitalwand entblößt und in der Form eines Keiles entfernt (Fig. 3 und 4). Jetzt wurde auch noch die Periorbita in der Ausdehnung dieses Keiles exstirpiert, der durchschnitene

Fig. 3.

Fig. 4.

Schläfenmuskel nicht genäht, die Hautwunde hingegen vereinigt. Nach Entfernung der Periorbita drängte sich der Inhalt der Augenhöhle durch den seitlichen Knochenspalt stark hervor. Der Wundverlauf war ungestört. Kopf- und Augenschmerzen ließen nach der Operation nach, um bald ganz zu verschwinden. Jetzt transferierten wir den Kranken auf die Augenklinik zurück, wo Kanthoraphie ausgeführt wurde und das Hornhautgeschwür bald ausheilte. Ich revidierte den Zustand des Kranken am 30. März 1911. Es bestand ein mindergradiger Exophthalmus, die Chemosis war ganz verschwunden, an der Stelle des Hornhautgeschwürs war eine glatte Narbe. Kopfschmerz und Augenschmerzen kehrten nicht mehr zurück.

Auf Grund dieser günstigen Erfahrung empfehle ich bei sehr hochgradigem Exophthalmus bei Basedow, wenn sich Chemose dazugesellt, noch bevor es zur Hornhauttrübung und Zerfall kommt, durch Entfernung der äußeren Orbitalwand den Exophthalmus herabzusetzen, und hoffendadurch dem Hornhautzerfalle vorzubeugen und manches Augenlicht und manches Leben zu retten.