

nung, welche keine Katastrophen hemmen können, eine Erscheinung, welche weder vom Willen des einzelnen Menschen, noch von sozialen Bedingungen abhängt. Sie wurzelt im Bau der Natur, welcher für unseren Verstand noch unergründlich ist, wo aber ewige Bewegung und ewiger Wechsel herrschen. Möge dieser kommende Redner, seine Lebensaufgabe ehrlich lösend, fröhlich der Zukunft entgegenblicken und dessen eingedenk sein, daß nur alten Wurzeln junge Triebe entsprossen können!

Aus der Praxis für die Praxis.

(Aus dem Verbands der Bezirkskrankenkassen in Lwów.)

Eine Modifikation des *Axenfeld*schen Verfahrens bei Ausschneidung der unteren Tränendrüse.

Von

Dr. ALEKSANDER LUFTMAN.

Seit *de Wecker* wurde die Indikation zur Entfernung der unteren Tränendrüse auch auf die Fälle des lästigen Tränenflusses erweitert. Die Verbesserung der Technik durch *Axenfeld* hat in kürzester Zeit sehr viel zur Verbreitung der Operation beigetragen. Unter allen Methoden (*de Wecker* und seine Modifikationen nach *Terrien* und *Meller, Fricker, Petit* usw.) ist die nach *Axenfeld* die schonendste und am wenigsten komplizierte. Die Erfolge sind im allgemeinen gute. *Elschnig* schreibt in seiner „Operationslehre“ vom Jahre 1922: „Schädliche Folgen der Tränendrüsentransplantation sind in der Literatur nicht bekannt geworden.“

Vereinzelte Fälle von Komplikationen und ungünstigen Ausgängen, die in der neuesten Literatur beschrieben wurden, verlangen gewisse Vorsicht in der Indikationstellung, können aber keineswegs den Wert und die Zweckmäßigkeit der Operation herabsetzen.

Ich erlaube mir im folgenden zu der bekannten *Axenfeld*schen Methode eine Abänderung vorzuschlagen, die den Zweck hat, das Freilegen der Drüse zu erleichtern und die zuweilen die Operation komplizierenden Blutungen vorzubeugen.

Die Drüse wird zum Vorschein gebracht, indem man den rechten Daumen auf das äußere Drittel des Oberlides und den linken dicht am äußeren Augenwinkel (am rechten Auge) an-

legt. Das Oberlid wird in die Höhe gehoben und gleichzeitig nach rückwärts und außen gezogen. Das Unterlid wird nach außen und rückwärts gezogen. Am linken Auge ist die Stellung der Hände umgekehrt.

Nach Anästhesierung der Bindehaut wird der Patient aufgefordert, nach unten und einwärts zu schauen (auf die Nasenspitze). Der Assistent luxiert die Drüse, indem er mittels zwei stumpfen *Axenfelds*chen Haken die Lider nach außen und rückwärts spreizt. Die Haken werden unter den Lidrand geschoben: der untere dicht am Augenwinkel, der obere in einer Entfernung von $\frac{1}{2}$ cm vom äußeren Augenwinkel. In dieser Stellung wird die Anästhesierung der Drüse vorgenommen. (Eine Injektion von $\frac{1}{2}$ ccm 2proz. Novokain-Adrenalin-Lösung unter die Bindehaut oberhalb der Drüse und in die Tiefe; in die Drüse selbst und in das darunterliegende Gewebe.) Mit einer kleinen gebogenen Schere inzidiert man die Bindehaut in longitudinaler Richtung etwas einwärts von der Drüsenkuppe, wodurch das Einschneiden des Gefäßplexus im Fornix vermieden wird.

Nach dem Zurückpräparieren der Bindehaut oberhalb der Drüsenkuppe wird mittels einer feinen Pinzette zunächst der obere Teil der äußeren Wundlippe in die Höhe gehoben und darunter der bis jetzt unter dem Oberlid sich befindende *Axenfelds*che Haken geschoben. Der untere Haken wird dementsprechend unter den unteren Teil der inneren Wundlippe geschoben. Die Wunde wird weit gespreizt und die bloßgelegte Drüse kommt zum Vorschein (Abb. 1).

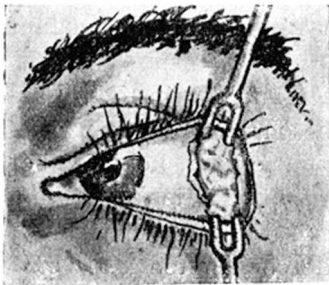


Abb. 1.

Beim Spreizen der Wunde wird die Bindehaut zusammen mit den darunterliegenden Gefäßen stark an die Lidknorpel gepreßt. Dadurch wird die Anämisierung des Operationsfeldes erzielt. Das Ausschälen und Abschneiden der Drüse geschieht jetzt leicht und fast ohne Blutung, so daß die Klemme überflüssig wird. Die Bindehautwunde wird durch 1—2 Seidennähte geschlossen.

Die Modifikation besteht also in dem Hineinschieben der *Axenfelds*chen Haken nicht nur unter die Lider, sondern auch unter die oberhalb der Tränendrüse durchschnitene Bindehaut.