V. Totale traumatische Ptosis mit Ektropium geheilt durch Kuhntsche Ektropium – Operation und Pagenstechersche Suturen

E.

Asmus

Düsseldorf

Mitte Mai 1906 konsultierte mich eine 58 jährige Landwirtsfrau, der 4 Wochen zuvor eine Ziege mit dem Horn das rechte obere Augenlid derart verletzt hatte, dass dasselbe vollkommen schlaff herabhing und ausserdem starke Auswärtskehrung, sowie Prolaps der Schleimhaut zeigte. Dieses Ektropium betraf besonders die nasale Hälfte, wo noch dazu das Ligamentum internum durchtrennt war, so dass das Lid im inneren Winkel keinen Halt besass.

Nur mit Hülfe des Stirnmuskels konnte Pat. das Lid etwas heben, drückte man nach Pagenstecher den Musculus frontalis rest gegen den Knochen ein, so war jegliches Heben des Augendeckels unmöglich.

Zwei Aufgaben mussten hier operativ gelöst werden. Erstens war die Ptosis zu heilen und zweitens das äusserst entstellende Ektropium samt dem Prolaps zu beseitigen.

Nun haben aber die wirksameren plastischen gegen die Ptosis gerichteten Operationen den Uebelstand, dass sie das Ektropium begünstigen, und speziell in unserem Fall drehte sich bei jedem Versuch, das Lid von vorn zu heben, die Schleimhaut nur um so starker hervor. Die Heilung gelang nun durch folgende 3 Eingriffe zur all-gemeinen Zufriedenheit.

1. Zunächst wurde am 26. V. 1906 unter Infiltrationsanästhesie mittelst Kokain-Adrenalin ein keilförmiges Stück Schleimhaut und Knorpel nach Kuhnt entfernt und der Defekt durch 4 Knorpel-nähte geschlossen. Ausserdem wurde die Haut im inneren Winkel angefrischt und eine Suture gelegt, die aber nicht Melt. Nach diesem Eingriff war das Ektropium nur gemildert, die momentane Reposition des Prolapses durch ein probeweise in den Fornix eingedrückten Drahtbügel aber eher möglich.

2. Am 9. VI. erfolgte die Anlegung der Pagenstecherschen Suturen gegen die Ptosis. Nach Kokain-Adrenalin-Injektion wurden 2 Schlingen derbster Seide unter die Lidhaut gesenkt. während 2 weitere den Prolaps fassten. Die Knotung der Padenenden geschah oberhalb der Brauen über Heftpflasterrollchen.

geheilt durch Kuhntsche Ektropium-Operation etc. 223

Trotz der beiden „Konjunktivalschlingen“ vermehrte die Operation das Ektropium.

Am 16. VI. wurden die Fäden entfernt, worauf Pat. am 23. VI. mit Hülfe des Stirnmuskels das Lid an sich genügend heben konnte, aber der Konjunktivalprolaps deckte die Pupille zu.

3. Nunmehr kam es am 27. VI. zum letzten Eingriff. Während die Cornea durch eine Hornplatte geschützt wurde, stach ich mit langen flach gebogenen Nadeln, die mit sterilisierter dicker Turner-seide No. 7 armiert waren, auf der Kuppe des Prolapses ein und über der Braue aus. Drei Fadenschlingen hielten jetzt den Prolaps vollkommen in die Höhe. Bis zum 4. VII. blieben die Fäden über Watterrollen geknotet, dann wurden die 3 Schlingen an 3 Fäden befestigt und diese

auf der Stirn mittelst Heftpflaster-streifen fixiert. Die sehr verständige Frau wurde angewiesen, täglich für Anziehen und neues Befestigen der Fäden zu sorgen. Erst am 25. VII. erfolgte die Entfernung der vollkommen reizlos vertragenen Fäden.

Bei gesenktem Blick stand nun das Lid spontan genügend hoch, um das Arbeiten mit dem rechten Auge zu gestatten; wollte Pat. horizontal blicken, so musste sie die Stirn leicht runzeln. Heute 3 Jahre nach der Operation, ist das Resultat das gleiche geblieben und Pat. ebenso dankbar für den kosmetischen wie den „optischen“ Erfolg.

Die Beobachtung dieses Falles lehrt, dass offenbar keine Fadeneiterung einzutreten braucht, um mit subkutanen Schlingen ein gutes Resultat zu erreichen und dass wir auch hier wie überall auf Asepsis halten sollten, ein Standpunkt, den auch Czermak in seiner Operationslehre bezüglich der Fadenoperation betont.

Wie ich aus persönlicher Mitteilung von Pagenstecher weiss, empfiehlt er seine Fadenoperation nur für komplette Ptosis. Dennoch hatte ich vor 11/2 Jahren Gelegenheit, auch bei in-kompletter Ptosis die Fadenoperation mit bestem Erfolg anzuwenden.

Ein 26 jähriges Fräulein wünschte die Beseitigung einer kongenitalen linksseitigen Ptosis, die für gewöhnlich die linke Pupille zur Hälfte bedeckte. Ich führte am 20. XL 1907 zunächst eine Vorlagerung der Levatorsehne genau nach Eversbuschs Vor-schrift aus, ohne den gewünschten Erfolg zu erzielen; speziell schläfenwärts stand der Lidrand noch immer viel zu tief. Als dann aber am 29. II. und 31. III. je eine Pagenstechersche Suture gelegt worden war, stand das Lid durchweg dem des rechten gleich, eher war sogar die linke Lidspalte vertikal etwas weiter als die rechte.

Mir scheint

dass die Pagenstechersche Operation

mit genügend dicken Fäden ausgeführt

wegen ihrer Einfachheit und Wirksam-keit ganz besonders empfohlen werden kann.