Zur Technik der Kataraktextraktion

R.		Friede
----	--	--------

Jägerndorf

Diese kurzen Zeilen bringen eine kleine technische Neuerung für eine Phase der Operation der Kataraktextraktion, über welche man in den entsprechenden Lehrbüchern entweder nur andeutungsweise oder gar nicht Erwähnung findet: „Die Entfernung der nach der Anlegung des Hornhautschnittes im unteren Bindehautsack sich an sammelnden Flüssigkeit, bestehend aus Kammerwasser, etwaig sich bildenden Tränen und Blut herrührend aus eröffneten Bindehaut-, Sklera- oder Lidhautgefäßen. Die Menge der in der Bindehauttasche angesammelten serös oder sanguinolent aussehenden Flüssigkeit ist nicht allein von obig angegebenen Faktoren abhängig, sondern auch von der Lage des Bulbus in der Orbita und von der Stellung des Unterlides während der Operation. Bei protrudierten Bulbi fließt die Flüssigkeit zum Teil entweder von selbst ab, zum Teil kann dies durch Stellungsänderungen des Lides mit Finger oder Lidhalter ein-geleitet werden. Bei tiefliegendem Augapfel mit tiefem Bindehautsack ist dies nicht so leicht möglich. Desgleichen nicht, wenn beide Lider durch Lidhalter vom Augapfel abgehoben werden, da in diesem Falle beim Versuch der Ableitung der Flüssigkeit es leicht zu einem vielleicht nachteiligen Druck auf den eröffneten Bulbus kommen kann. Bei Fixierung des Unterlides durch den Finger kann natürlich schon durch bloßes Loslassen dieses die in der unteren Konjunktivaltasche angesammelte Flüssigkeit abgeleitet werden. Werden die Lider durch Elevatoren vom Bulbus abgehoben, so kann sich während der Operation besonders nach Eröffnung der Vorderkammer so viel Flüssigkeit im unteren Konjunktivalsack ansammeln, daß bei starker Abwärtsstellung des Auges der Spiegel der Flüssigkeit die Horizontale der Hornhautscheibe überschreitet, und diese, welche inzwischen leicht von der Bindehaut oder den Lidkanten abgeschwemmte Bakterien in sich aufgenommen haben kann, durch die Ein- und Ausstichstelle des Graefe-Messers in der Hornhaut mit der Vorderkammer kommunizieren kann. Dies bedeutet entschieden eine Infektionsmöglichkeit und ist wohl auch der Grund, warum man die Flüssigkeit nicht einfach stehen läßt, denn sie hindert den weiteren Operationsverlauf gar nicht, sondern überall die Absaugung vornimmt. Diese muß gewöhnlich der Operateur selbst vornehmen, da der Assistent ja beide Hände mit der Fixierung der Lider besetzt hat. Die Absaugung wurde entweder durch in physiologische Kochsalzlösung oder in irgend-eine antiseptische Flüssigkeit getauchte Watte oder Gazetupfer vorgenommen, wobei man bemüht war, diesen durch Fingerdruck an einem Ende eine zur Absaugung besser geeignete spitze Gestalt zu geben. Oder es wurden auch Holzstäbchen verwendet, deren eines-Ende mit steriler, angefeuchteter Watte umwickelt war. Diese Verfahren sind wohl imstande, angesammelte Flüssigkeit abzusaugen, aber

23*

348 Mitteilungen aus der Praxis für die Praxis.

nicht befähigt, eine Ansammlung dieser überhaupt zu verhindern. Denn schon kurz nach Eröffnung der Vorderkammer kann der Flüssigkeitsspiegel den Anfang des Hornhautschnittes

erreichen und in die Vorderkammer eindringen. Während der Führung des Schhittes an-gesetzte Absaugungsbestrebungen durch die Hand des Assistenten dürften den Operateur irritieren. Ich bediene mich schon bei einer Reihe von Extraktionen einer auf den Akt der Absaugung hinzielenden Verbesserung der Technik die besonders auch bei gleichzeitig ausgeführter Kanthotomie für die Blutstillung gute Dienste leistet. Nach der üblichen Voi,bereitung des Patienten lege ich oben und unten einen Desmarres schen Lidhalter ein lasse vom Assistenten beide Lider leicht abziehen und führe dann die Kanthotomie aus. Nach dieser lege ich ein einfaches steriles Gazestückchen das ca. 5 cm lang und 2–3 cm breit ist leicht gerollt dergestalt auf die Wunde daß die eine Halite dieses in der tempo-ralen Hälfte des unteren Konjunktivalsackes zu ruhen kommt die an-dere aber der Haut des äußeren Lidwinkels aufliegt. Mit der zur Fixation des Bulbus bestimmten Pinzette kann man sowohl das Gazestückchen zwecks besserer Blutstillung auf die Kanthotomiewunde etwas andrücken als auch den im Konjunktivalsack gelegenen Teil gegen den Fornix zu hineindrücken. Nimmt man das Gazestückchen von oben angegebener Größe so hindert es das Auge bei der Ab-wärtsbewegung in keiner Weise und stört auch sonst nicht was bei einem dickeren Gazeröllchen jedoch der Fall ist. Ich führe nun mit dem Graefe-Messer den Hornhautschnitt durch. Es ist auffallend wie „trocken“ man bei Einschaltung dieser kleinen technischen Variante arbeiten kann wie prompt Kammerwasser Tränen und Blut von der eingelegten Gaze aufgesaugt werden zur Ansammlung einer Flüssig-keit kommt es überhaupt nicht; während ich früher nach Anlegung des Hornhautschnittes zuerst die Absaugung der Flüssigkeit vornehmen mußte – denn bei Einreißung der vorderen Linsenkapsel kommt es zu einer Lüftung der Wundränder der Hornhaut und dadurch zu einer gesteigerten Aspirationsmöglichkeit von Flüssigkeit in die Vorderkammer – brauche ich mich jetzt um die Absaugung überhaupt nicht mehr zu kümmern sondern gehe sofort zur Einreißung der Linsenkapsel über was einer Abkürzung der Operationsdauer und somit auch einer gewissen Herabsetzung der Infektionsmöglichkeit entspricht. Und da unser Streben doch jederzeit dahin gehen muß jede Operations-phase der Extraktion der Katarakt von jedweder Infektionsgefahr nach Möglichkeit zu befreien diese kleine verbessernde Ausfüllung der operativen Technik aber hierin ganz gute Dienste leistet so empfehle ich die Einführung dieser geringfügigen Neuerung. Sie dürfte nicht so sehr für den an einer Klinik arbeitenden Operateur der viele Assistenten zur Verfügung haben kann