III. Eine neue Operationsmethode des Staphyloms der Lederhaut

R.		Klainguti
----	--	-----------

Aus der Universitäts-Augenklinik Zürich [Direktor Prof. A. Vogt]

wissenschaftlicher Assistent der Klinik. (Co Abbildungen.)

Die bisherige Operationstechnik¹⁾ beim Abtragen von Skleralstaphylomen, besonders wenn es sich um ungewöhnlich große Staphylome handelt, hat den Nachteil, daß das Staphylom abgetragen wird, bevor die Nähte geknüpft werden. Die Gefahr bei diesem Vorgehen besteht darin, daß durch die große Wunde der Augenhinhalt beim geringsten Druck auf den Bulbus ausfließen kann. Herr Prof. Vogt hat nun nach einem eigenen Verfahren ein ungewöhnlich großes Staphylom abgetragen und den Fall, über den wir hier kurz berichten möchten, in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich vorgestellt.

Ein 60-jähriger Patient Kr. hatte am 5. Februar 1919 durch Sturz mit dem Gesicht auf einen Stein einen ca. 1 cm langen Riß der Lederhaut im Bereiche der oberen Corneoskleralgrenze erlitten. Die Vorderkammer war eine Woche lang voll Blut, in der Wunde lag ein Prolaps der Iris und des Corpus ciliare. subkonjunktival. Operiert wurde auffallenderweise nicht. auch nicht genäht. In den folgenden Wochen vergrößerte sich der Prolaps, die Pupille war stark nach oben verlagert (Colobom). Schließlich resultierte ein riesiges Ciliarstaphylom, das nach einer Begutachtung durch Herrn Dr. Ammann in Winterthur schon im Jahre 1920 so groß war, daß die Sehschärfe zufolge enormer astigmatischer Abflachung der Hornhaut nur noch 1/90 betrug. (Schon kurz nach der Verletzung war ein Astigmatismus inversus von über 11 Dioptrien vorhanden gewesen.) In den folgenden Jahren trat eine weitere Zunahme der Staphylombildung auf, so daß es zu Anfang dieses Jahres bereits 12–13 mm breit und 8 mm dick war und die Lederhautwunde, aus der es vorragte, ca. 6 mm weit klaffte. Da durch weitere Ausweitung der papierdünnen Staphylomwand der Verlust des Auges durch Platzen oder Infektion drohte, wurde der Patient zur Operation in die Klinik aufgenommen.

) Handbuch der Augenheilkunde, Operationslehre 2. u. 3. Aufl.

218

Klainguti, Eine neue Operationsmethode

Bisher war die Operation des Staphyloms insofern gefährlich gewesen, als man entweder Stücke der Staphylomwand oder das ganze Staphylom abtrug und dann die Wunde vernähte. Wie aber die Operateure berichten, trat dabei stets ein mehr oder weniger großer Teil des Augenhinhaltes aus, und sehr viele Augen, bei so großem Staphylom wohl die meisten, gingen verloren. Terrien empfiehlt tiefe Narkose, um den Austritt des Augenhinhaltes möglichst zu verhindern.

Prof. Vogt ist bei seinem neuen Verfahren, das tadellosen Erfolg hatte und jeden Verlust von Glaskörper ausschließt, so vorgegangen: Nach Kokain-Adrenalininjektion unter die Bindehaut oberhalb und seitlich des Staphyloms und nach Fest-

stellung der Rißränder der Skleralwunde mittelst Spaltlampe, wurde in folgender Weise eine Naht mit doppelt armiertem Faden vorgenommen. Die beiden Lider (Abb. 1. Abb. 2.) wurden mittelst Ha-

kenpinzetten in Lokalanästhesie auseinandergezogen. Der doppelt armierte Faden befand sich an zwei langen schlanken, besonders sorgfältig geschliffenen Nadeln, die eine nach der anderen durch die obere Bindehaut und den oberen Skleralrand eingeführt und unten durch den Sklerokornealrand ausgestochen wurden, so daß die beiden parallelen Fäden eine gegenseitige Distanz von

Abb. 3. Nahtführung vor der Abtragung. ca. 7 mm hatten. Durch die Stichöffnungen sickerte sofort etwas Flüssigkeit aus, so daß das Staphylom leicht runzelig wurde. Der Faden wurde nun in eine Schlinge gelegt und sorgfältig etwas angezogen. Jetzt wurde eine Pravazspritze in das Staphylom eingeführt und die Flüssigkeit angesaugt, während der Assistent gleichzeitig die Fadenschlinge anzog, des Staphyloms der Lederhaut.

219

so daß die Ränder der s. Z. geplatzten Sklera zur gegenseitigen Berührung kamen. Die Staphylomhaut war nun zusammengesintert und wurde unter Schonung der Fäden abgetragen. Nach Abschabung der Wundränder mittelst eines Skalpells wurden noch zwei kleine Sicherheitsnähte angelegt.

Es ging also bei diesem Eingriff keine Spur Glaskörper verloren. Der Erfolg ist ein verblüffender. Nicht nur hat die enorm deformierte Hornhaut vollkommen normale Wölbung angenommen (Brechkraft 44,2 horizontal, 42,0 vertikal. fast vollkommen gleich wie rechts), sondern es ist auch die Sehschärfe auf $\frac{6}{12}$ (konkav 1. besser) gestiegen. Die Stelle, an der das Staphylom gesessen hatte, ist glatt, leicht pigmentiert und zeigt vollkommen normale Wölbung.

Es konnte auf die mitgeteilte Weise das Staphylom schmerzlos in Lokalanästhesie und ohne den geringsten Glaskörperverlust beseitigt werden, während nach der bisher geübten Methode der direkten Staphylomabtragung mit nachheriger Naht, das Auge bei großem Staphylom, wie dem von uns operierten durch Verlust des Inhaltes schwer gefährdet ist.

Die Operationsmethode besteht kurz gefaßt darin, daß (nach Ermittlung der Skleralränder durch die Spaltlampe) zwei am selben Faden sitzende, geschliffene schlanke Nadeln parallel zueinander durch die Skleralränder und damit durch das Staphylom hindurch geführt werden. Die Fadenenden werden zusammengezogen, gleichzeitig wird die Staphylom-flüssigkeit angesaugt. Nach Schluß der Skleralränder wird das Staphylom abgetragen. Wichtig scheint uns auch hier die von Prof. Vogt angegebene Methode der Lidhaltung mittelst Hakenpinzetten nach Lokalanästhesie. Will man eine breitere Lidfalte fassen so verwende man die Pinzetten mit verbreiterten gezähnten Enden welche der Instrumentenmacher Grieshaber (Schaffhausen) herstellt. Diese Methode gestattet nicht nur eine maximale Öffnung der Lidspalte sondern auch eine augenblickliche Entlastung für den Fall daß Gefahr droht. Sind doch schon viele Augen daran zugrunde gegangen daß im Moment des Glaskörperaustrittes noch vorerst der Sperrlidhalter entfernt werden mußte.