VII. Zur pathologischen Anatomie der Stenosen des Tränennasenkanals

E.	Emil	Schall
----	------	--------

Plauren i. Vogtl.

Immer wieder wird in der ophthalmologischen Fachliteratur die Frage aufgeworfen: Soll bei einer Dacryocystitis purulenta eine konservative Behandlung durchgeführt werden, oder soll der verstümmelnden Operation (Exstirpation, Toti und West) der Vorzug gegeben werden? Und gerade in letzter Zeit mehren sich die Stimmen, die der konservativen Sondenbehandlung das Wort reden.

Zur Beurteilung und Entscheidung dieser Frage werden im allgemeinen nur klinische Gesichtspunkte angeführt. Und doch glaube ich, daß hier die pathologische Anatomie in erster Linie Berücksichtigung finden müßte. Aus dem histologischen Bilde einer größeren Zahl pathologischer Tränensäcke können wir erst einen Rückschluß darauf ziehen, welchen Erfolg wir uns im jeweils vorliegenden Falle von einer konservativen Tränensacksondierung hätten versprechen können.

In diesem Sinne habe ich eine Reihe von 22 Tränensäcken histologisch untersucht und möchte die Befunde hier kurz mitteilen. Ehe ich auf die Beschreibung der histologischen Bilder zu sprechen komme, möchte ich die Technik der Operation und der histologischen Bearbeitung erwähnen.

Die jetzt an der Marburger Augenklinik angewandte Operations-technik hat Siargardt im Jahre 1906 bereits bekannt gegeben. Es wurde dabei ganz besonderer Wert darauf gelegt, den Tränennasenkanal möglichst ganz mil zu entfernen. Und das ist bei einiger Übung in der Siargardtschen Methode nicht sehr schwierig. So konnten wir in allen unseren Fällen immer den größten Teil des Tränennasenkanals zugleich im Zu-

1) Vortrag in der Vereinigung hessischer und hessen-nassauischer Augenärzte am 30. V. 1925.

Schall, Zur pathologischen Anatomie usw. 39

sammenhänge mit dem Sakkus exstirpieren; und das war für meine Untersuchungen insofern von besonderer Wichtigkeit, als wir so immer den Kanal unterhalb der Stenosen durchtrennten. Der Sakkus wurde sofort nach der Exstirpation in Birch-Hirschfeldsche Lösung eingelegt und später in Paraffin eingebettet. Jetzt wurden in horizontaler Richtung Serienschnitte von 5–7 μ angefertigt, und zwar beginnend an der untersten Spitze des Tränennasenganges. Hierbei fand sich, daß in 20 Fällen, also in über 90%, das Lumen unten völlig verlegt war. An Stelle desselben sah man entzündlich verändertes, meist derbes Bindegewebe, ohne daß sich auch nur noch eine Spur von einer Höhlen- oder gar Lumenbildung zeigte. Auf den bindegewebigen Verschuß folgte meist ein lockeres Granulationsgewebe, in dem keine Spur von Epithelien sichtbar war. Dann sah man in späteren Schnitten einzelne Epithelkonglomerate, bis sich endlich ein Lumen – oft erst nach mehreren hundert Schnitten – zeigte. Dieses war in den meisten Fällen zuerst schlitzartig eng, oft auch aus mehreren solchen schlitzförmigen Kanälen, die sich

vereinigten, zusammengesetzt. Hier sah man dann in den Epithelzellen die für die Dakryozystitis typischen Veränderungen, desgleichen in der Wandung, auf die ich hier nicht näher eingehen möchte. Das Wesentlichste war jedenfalls die vollkommene Atresie, die ich in den meisten meiner Fälle fand. Und das ist ja auch nicht erstaunlich, wenn man bedenkt, daß die meisten Dakryozystitiden ihren Ausgang von einer Erkrankung der Nasenschleimhaut nehmen. Ein Heraufwandern der Mikroorganismen wird im unteren Teil des Tränennasenkanals die ersten entzündlichen Erscheinungen machen und dort durch Verlegung des Lumens den Anlaß zu Tränenstauung und der sich nunmehr entwickelnden allgemeinen Tränensackentzündung geben.

Daß bisher dieser Verschuß histologisch so selten beobachtet wurde, liegt wohl daran, daß die meisten Tränensäcke an der Stelle des Überganges in den Tränennasenkanal bei der Operation durchschnitten werden und der tiefer gelegene Abschnitt, der eigentliche Tränennasenkanal, soweit er im knöchernen Kanal liegt, nicht zur mikroskopischen Untersuchung gelangt. Und in der Tat findet sich ein Verschuß des unteren Tränensackteiles auch in meinen Fällen selten, wenn ich auch dort schon oft eine sehr ausgesprochene Verengerung des Lumens beobachtete. Fragen wir uns nun: Was haben wir von einer Sondierung solcher Tränensäcke – und das sind die meisten der zur Behandlung kommenden – zu erwarten? Gelingen wir zunächst mit der Sonde in das stark verengerte und verzweigte Lumen, so müssen wir mit jeder Sonde, sei sie aus Metall oder Hartgummi, beim Durchzwängen die Lumenwandung, also das mehr oder weniger pathologisch veränderte Zylinderepithel lädieren. Wir setzen also Epitheldefekte, die wiederum die besten Eingangspforten für die im gestauten Sekret massenhaft vorhandenen Pneumokokken bilden. Eine Verstärkung der Entzündung wird die erste Folge sein. Das nächste ist ein Verkleben der epithelentblößten Stellen, und dadurch ist eine vollständige Ver-

40 Schall, Zur pathologischen Anatomie usw.

legung des Lumens endlich bedingt. Ein gewaltsames Durchstoßen des bindegewebigen Verschlusses wird andererseits nie einen offenen Durchgang zur Nase für die Dauer schaffen, da erstens die Epithelauskleidung des Lumens fehlt und zweitens das entzündliche Bindegewebe immer wieder von neuem das Lumen verschließen wird.

Der Erfolg einer Sondenkur wird nach dem Gesagten auf Grund meiner anatomischen Befunde ein vollkommen negativer sein. Und ich glaube, daß die meisten Patienten nach einer durchgemachten Sondenkur endlich über den Mißerfolg verärgert zu einem anderen Ophthalmologen gehen, der sie durch Exstirpation des Tränensackes oder durch die Totische oder Westsche Operation von ihrem Leiden befreit. Und gerade bei der handarbeitenden Bevölkerung müssen wir die so äußerst unsichere Sondentherapie ablehnen, da hier eine schnelle und vollkommene Heilung nützt, um bei den häufigen Verletzungen ein Ulcus serpens zu vermeiden.