

Aus der Praxis für die Praxis.

1. Zur Jodbehandlung der Cataract.

Von
W. GILBERT,
Hamburg.

Die vielfach und aus den verschiedenartigsten Erwägungen geübte Jodbehandlung der Cataract wurde von *Meyer-Steinegg-Jena*¹⁾ in modifizierter Form aufgegriffen. Er empfiehlt, die häufigste Form des Altersstares, den subkapsulären Rindenstar, bei einer Sehschärfe von mindestens $\frac{5}{30}$ in der Weise mit Jod zu behandeln, daß die innerliche Verabfolgung von Jod und die Einträufelung von Jodsatzlösungen der Vorbehandlungs- und der Nachbehandlungszeit vorbehalten bleibt, während die eigentliche Kur in der subkonjunktivalen Injektion von Jodsalzen besteht. Diese Kur ist unter Umständen nach längerem Zeitraum zu wiederholen. Das Ergebnis bei 876 länger beobachteten Augen ist folgendes: In 15% Verschlechterung, 28% Stationär-bleiben, 58% Verbesserung der Sehschärfe. Über die Art der Funktionsprüfung, über die Häufigkeit des Erfolges im ungünstigsten Fall (Besserung von $\frac{5}{30}$ auf $\frac{5}{20}$) sowie im günstigsten Fall (Besserung von $\frac{5}{20}$ auf $\frac{5}{5}$) sowie über die Höhe und Häufigkeit des durchschnittlichen Erfolges wird nichts mitgeteilt.

Deshalb ist es vielleicht von Interesse, die Ergebnisse einer Untersuchungsreihe mitzuteilen, die ich vor Jahren auf Wunsch eines der Kollegen anstellte, der von *Meyer-Steinegg* als Vorgänger auf dem Gebiete der Jodbehandlung der Cataract angeführt wurde, sein eigenes Material aber nicht für ausreichend zur Entscheidung der Frage hielt. Meine Versuche erstreckten sich auf 50 Fälle von doppelseitigem subkapsulären Rindenstar mit einer Mindestsehschärfe von 0,2. Außer der inneren Joddarreichung und der Jodsatzeinträufelung wurden stets am linken Auge subkonjunktivale Kochsalzinjektionen mit Dionin-

¹⁾ Deutsche med. Wochenschrift 1924, Nr. 4, S. 111.

zusatz vorgenommen, um festzustellen, ob diese Reiztherapie dem kreisenden Jod vielleicht eine bessere Angriffsmöglichkeit schaffe. Die Funktionsprüfung wurde stets zuerst nach einigem Verweilen im Prüfungsraum bei Tageslicht vorgenommen, sodann nach 10 Minuten langem Aufenthalt im Dunkelzimmer bei konstanter künstlicher Beleuchtung wiederholt. Die Beobachtung dauerte in jedem Falle mindestens 1 Jahr.

Über das Ergebnis gibt die folgende Tabelle Auskunft:

50 Kranke mit doppelseitigem Rindenstar,

rechtes Auge ohne Subkonjunktivalbehandlung.

Geringe Besserung der Sehschärfe bei	5	Augen	=	10	%
Stationärbleiben	20	„	=	40	%
Verschlechterung	25	„	=	50	%

Linkes Auge mit Subkonjunktivalbehandlung

Geringe Besserung der Sehschärfe bei	6	Augen	=	12	%
Stationärbleiben	21	„	=	42	%
Verschlechterung	23	„	=	40	%

Dies Ergebnis ermutigte mich nicht zu einer Fortsetzung der Versuche; ich brach sie vielmehr ab, nachdem ich die Überzeugung gewonnen hatte, daß der weitere Verlauf der Cataract in diesen Fällen sich in keiner Weise von unseren sonstigen Erfahrungen unterscheidet, und teile das Ergebnis jetzt mit, weil *Meyer-Steinegg* meint, diese Dinge pflegten nicht beachtet zu werden.

2. Zur operativen Behandlung der Optikusatrophie.

Veranlaßt durch den Vorschlag *Friedes*¹⁾, Optikusatrophie mit erhaltenen Resten der Funktion durch wiederholte Vorderkammerpunktionen zu behandeln, stelle ich hier die Ergebnisse meiner wiederholten Kammerpunktionen zusammen, die zum Zwecke der Untersuchung normalen menschlichen Kammerwassers unternommen worden waren. Obgleich ich keinen therapeutischen Erfolg erwartete, stellte ich in der Mehrzahl dieser Fälle sorgfältige Funktionsprüfungen an (nur bei zwei Paralytikern war dies unmöglich), weil wiederholt an mich die Aufforderung herangetreten war, mich über die Erfolge anderweitig vorgenommener operativer Eingriffe besonders an Kriegsblinden mit Optikusatrophie zu äußern und ich deshalb

¹⁾ Diese Zeitschrift 1924, Bd. 52, S. 99.

diese Gelegenheit, mir auf Grund eigener Erfahrungen ein Urteil zu bilden, benutzen wollte. Die Funktionsprüfung wurde in gleicher Weise wie unter 1. mitgeteilt, angestellt, hinzugefügt wurde noch die Prüfung nach Dunkeladaptation von 40 Minuten.

Das Ergebnis deckt sich hinsichtlich der Atrophie der Tabiker und Paralytiker mit dem *Friedes*, d. h. es wurde keinerlei Erfolg erzielt. Anders bei zwei Fällen von neuritischer Atrophie, von denen einer + WA. hatte. Beide gaben subjektive Besserung an, von der ich mich aber selbst bei Beobachtung des Verhaltens der Kranken nicht überzeugen konnte. Objektiv war in keiner Richtung eine Besserung der Funktionen zu verzeichnen, so daß ich dem Wunsche der Kranken nach Wiederholung des Eingriffs nachzugeben mich nicht für berechtigt hielt und die theoretischen Bedenken, die solche Erfolge als im hohen Maße fraglich erscheinen lassen, durch die praktischen Ergebnisse als nicht widerlegt ansehen konnte. Wenn der Eingriff auch harmlos ist und *Friede* zunächst nur minimale Erfolge in Aussicht stellt, scheint es doch geboten, solche negativen Ergebnisse bez. subj. Besserungen, die sich als rein suggestiv erwiesen und durch exakte Funktionsprüfung nicht bestätigt werden konnten, bekannt zu geben.

2. Die operative Behandlung des sekundären Auswärtsschielens¹⁾.

Von

Dr. A. OLLENDORFF,
Augenarzt, Darmstadt.

Arlt sagt einmal: „Das Umschlagen eines Strabismus convergens in Strab. divergens ist wohl das schlimmste Ereignis, das dem Operateur, der nicht etwa den Bulbus ansticht oder Anlaß zu ausgebreiteter Bindegewebsentzündung gibt, begegnen kann.“ Trotzdem gibt es wohl kaum einen Operateur, dem nicht bei großem Material von Tenotomieen trotz aller Vorsicht derartige Fälle vorgekommen wären. Schuld ist daran mit in erster Linie die Eitelkeit der Eltern der kleinen Patienten, welche unter allen Umständen einen möglichst vollkommenen kosmetischen Effekt unmittelbar nach der Opera-

¹⁾ Nach einem auf der Frühjahrstagung der „Vereinigung hess. u. hess.-nass. Augenärzte“ gehaltenen Vortrage.