Ultra-Kurzwellen-Therapie in der postoperativen (extrakapsulären) Cataract-Behandlung

V.	Viktor	Much
----	--------	------

Tel Aviv

Wenn auch die Technik der intrakapsulären Staroperation in den letzten Jahren zu einer Höhe und Sicherheit entwickelt wurde, die sie – mindestens im Rahmen einer Klinik – zur Methode der Wahl gemacht hat und sogar in der Neuauflage eines der bekanntesten Operations-Lehrbücher die Frage erörtert werden konnte, ob es überhaupt noch zweckmäßig sei, die jungen Augenärzte auch mit der extrakapsulären Cataract-Operation vertraut zu machen, so ergibt sich doch noch – und nicht nur bei den Eingriffen gegen juvenile Cataractformen – oft genug die Notwendigkeit, sich der extrakapsulären Methode zu bedienen.

So wünschenswert es dann aber auch ist, nicht allzuviel Corticalis zurücklassen zu müssen, um möglichst schnell und einfach die nun meist nötig werdende Discission des Nachstars ausführen zu können, so hängt dies doch nicht allein – nicht bei der Cataracta senilis und noch weniger bei juveniler Cataract – nur von der Geschicklichkeit des Operateurs ab.

Es mag also für die in der Praxis stehenden Operateure wertvoll sein, auf ein Hilfsmittel hingewiesen zu werden, das geeignet ist, die bei der extrakapsulären Extraktionsmethode notwendigerweise zurückbleibenden Corticalismassen zu schneller Resorption zu bringen. Es ist dies die Ultra-Kurzwellen-Therapie, auf die ich, in der hier erörterten Hinsicht, zum ersten Male aufmerksam wurde, als sich bei einem Fall von Linearextraktion (35jährige Frau) am Tage nach dem Eingriff ein Furunkel der Brauengegend auf der Operationsseite entwickelte. Um eine in der ersten Woche nach der Bulbuseröffnung sicherlich sehr unerwünschte Incision oder Spontanperforation des Furunkels zu vermeiden, wurde ein Versuch mit Ultra-Kurzwellen gemacht. Schon nach wenigen Applikationen zeigte sich, als überraschende Nebenwirkung, eine so unerwartet schnelle Resorption der Corticalismassen, daß die Behandlung auch nach Wegfall der ursprüng-

42

Ulrich, Ultra-Kurzwellen-Therapie

lichen Indikation mit dem Ergebnis fortgesetzt wurde, daß ohne Vornahme von Discissionen ein Visus von 5/6 erreicht wurde. Erst nach 3 Jahren mußte die inzwischen etwas getrübte hintere Kapsel einmal discidiert werden.

Da weitere Versuche in Fällen mit schwer resorbierbaren Nachstarmassen ähnlich befriedigende Ergebnisse brachten und überdies (was ja bekannt ist) auch postoperative Reizungen, vielleicht gerade wegen der beschleunigten Resorption der Corticalismassen, sehr wohltätig beeinflußt wurden, ist mir die Ultra-Kurzwellen-Therapie in der postoperativen Behandlung, besonders natürlich juveniler Cataractformen – bei Cataracta senilis freilich nur, wenn nicht zu hoher Blutdruck oder allzu hohes Alter der Patienten eine Kontraindikation darstellen – zu einem nicht mehr gerne gemißten Hilfsmittel geworden, zumal es sich auch besonders bei den zäh-

elastischen Nachstarformen, die nach operativen Komplikationen auftreten können, bewährt hat. Wenn nämlich in solchen Fällen die noch während der Vornahme einer Discission anscheinend ausreichende Lücke in den folgenden Tagen sich zu verkleinern beginnt, kann sofortige Anwendung der Ultra-Kurzwellen den Schrumpfungsprozeß nicht nur aufhalten, sondern sogar, von der geschaffenen Discissionslücke aus, weitere Resorptionsvorgänge auslösen. Bezüglich Apparatur und Technik der Ultra-Kurzwellen-Durchflutung sei auf die erschöpfende Publikation von Bürki (Ophthalmologica, Bd. 100) hingewiesen, welcher nur die eben empfohlene Indikation hinzuzufügen wäre. Ergänzend möchte ich sonst lediglich bezüglich des Einsetzens der Ultra-Kurzwellen-Therapie noch bemerken, daß man bei juvenilen Cataractformen schon in den ersten Tagen beginnen kann, während man nach der Operation einer Cataracta senilis zweckmäßiger, und um jeder evtl. Blutungsgefahr vorzubeugen, erst in der 3. Woche anfängt, zu welchem Zeitpunkt man ja die bessere oder schlechtere Tendenz zur Spontanresorption der zurückgebliebenen Corticalis-reste übersieht. Bezüglich der Anzahl der Sitzungen muß individualisiert werden; meist wird man mit mehrwöchiger, anfangs allerdings täglicher, Behandlung zum Ziele kommen, doch ließ ich in einem Falle schwerer Komplikationen (Glaskörperverlust, langanhaltende postoperative Reizung, dichte zäh-elastische Nachstarmembran) selbstverständlich neben der Lokalbehandlung und den jetzt üblichen allg.-therapeutischen Maßnahmen (Penicillin in der postoperativen (extrakapsulären) Cataract-Behandlung usw.) von der 5. Woche an und nochmals nach einem Discissions-versuch insgesamt über 60 U.-K.-Applikationen verabfolgen, die ohne irgendeinen Zwischenfall vertragen wurden und ohne daß eine zweite Discission nötig geworden wäre, eine schöne zentrale Lücke mit brauchbarem Visus herbeiführten.

Zitronensaftbehandlung bei Tintenstiftverätzungen.

Von VIKTOR MUCH (Tel Aviv).

Jeder Arzt wird wohl im Laufe seiner praktischen Tätigkeit gelegentlich zu Improvisationen gezwungen sein. Es ist erfreulich wenn man damit Erfolg hat doppelt erfreulich

wenn sich daraus ein dauernder therapeutischer Gewinn ergibt. – Während eines Urlaubs in abgelegener Gegend wurde mir eine frische Tintenstiftverätzung eines Auges zugeführt. Meine Taschenapotheke enthielt zwar Pantocain

jedoch sonst nichts (geeignetes zur Behandlung des Unfalls. So verfiel ich auf die Idee schon zur mechanischen Reinigung des Bindehautsackes

nach 3 Tropfen Pantocain verdünnten Zitronensaft (als leicht saures Reagens) zu verwenden. Der Erfolg bezüglich der Entfärbung war fast augenblicklich merkbar und wurde noch besser als ich angesichts der ersichtlich guten Verträglichkeit des verdünnten «Medikaments» die verfärbten Partien mit dem unverdünnten Zitronensaft betupfte. – Nach weniger als 48 Stunden war das Auge

ohne anderweitige Nachbehandlung als etwas Noviformsalbe nahezu reizlos. Dieses ungewohnt schnelle Abklingen der Reizung veranlaßte mich diese «Zitronensaft-Therapie» bei allen späteren Fällen von Tintenstift-Verätzungen meiner Praxis (insgesamt noch 5) anzuwenden. Der Erfolg war ausnahmslos ebenso gut wie beim erstenmal

wobei allerdings erwähnt werden muß

daß alle Patienten die augenärztliche Hilfe innerhalb der ersten 2 Stunden aufgesucht hatten. Es scheint auch wichtig zu sein die Spülungen bzw. das Belupfen der verfärbten Partien nicht allzu früh zu beenden sondern im Laufe von 2–3 Stunden mehrmals zu wie-derholen da innier wieder etwas Farbstoff in Lösung geht und weggespült werden muß. Salbenverband war in keinem dieser Fälle länger als 24–48 Stunden notwendig.