Über richtig und fehlerhaft sitzende Kontaktschalen

O.

Knüsel

Aarau

Der Augenarzt, der über den Sitz der Kontaktschalen zu urteilen hat, soll in der Lage sein, anzugeben, welche Fehler eine vorliegende Kontaktschale aufweist.

Die Angelsachsen sind uns und speziell den Deutschen in der Verpassung von Schalen weit voraus. Der ideale Sitz einer Kontaktschale ist schwer zu erreichen.

Bedingung ist, daß bei keiner Stellung des Auges Hornhaut-oder Limbusberührung stattfindet. Es soll

der Limbus ringförmig überbrückt sein,

soll die Schale der Bindehaut gleichmäßig und locker aufliegen. Druckzonen, lose Zonen oder gar Luftblasen sind zu vermeiden.

Die ungleichmäßige Ausdehnung des Bindehautsackes macht nicht selten eine Dezentrierung der Schale notwendig. Die verpönte Botation erkennt man leicht, indem man mit einem Fettstift eine Linie von Canthus zu Canthus zieht, und die Schale bei Augenbewegungen beobachtet.

Ein zu flacher Hornhautteil der Schale oder ein zu kurzer Hornhautdurchmesser führen rasch zu Reizungen. Meistens liegen aber die Ursachen des fehlerhaften Sitzes im Lederhautteil der Schale; es sind die Druckzonen und die losen Zonen.

Bei einer seriösen Verpassung ist die Fluoreszinsprobe in Verbindung mit dem Kobaltlicht unerlässlich. Mit ihrer Hilfe erkennt man sofort Druckzonen auf der Hornhaut und am Limbus und lose Zonen über der Lederhaut. Druckzonen über der Lederhaut bedingen Kompression der Bindehautgefäße. Druckzonen und lose Zonen über der Lederhaut führen zu unruhigem Sitz und Limbusberührung. Die Schale bewegt sich bei Augenbewegungen nach den Druckzonen zu und von den losen Zonen weg. Die von mir schon früher empfohlene Probe mit Pyrotrop-blau nach Herausnahme der Schale läßt Druckzonen und Zonen, an denen durch die Unruhe der Schale Reibung stattfand, durch

168 Knüsel, Über richtig und fehlerhaft sitzende Kontaktschalen

schöne Zellfärbung erkennen. Das transitorische Hornhautödem ist eine Folge von Ernährungsstörungen der Hornhaut durch Druck auf die Sklera.

Eine Kontaktschale, die wohl vom Auge getragen wird, braucht nicht wirklich zu passen; sie kann im Laufe der Zeit zu Hornhautschädigungen führen. Ein Patient, der seine Schale seit 15 Jahren während der Arbeitszeit anstandslos trägt (Fluoreszinfärbung der Hornhaut nach Herausnahme der Schale), hat ausgedehnte, vascularisierte Hornhautnarben davongetragen. Nur in den seltensten Fällen gelingt es, aus einer noch so großen Sammlung eine wirklich passende Schale zu finden. Die Zukunft gehört der individuellen Anfertigung nach Messung und Abguß. Es ist bedauerlich, daß die Kontaktschaleninstitute in Zürich Leute mit Kontaktschalen heimschicken, die nicht passen und in mehreren Fällen, die ich sah, zu Hornhauterosionen Veranlassung gaben. Ein solcher Fall bedingte eine Arbeitsunfähigkeit von 10 Tagen. Eine durch eine Kontaktschale provozierte Hornhauterosion stellt übrigens eine fahrlässige

Körperverletzung dap, denn man hat es bei der Anpassung an der nötigen Sorgfalt fehlen lassen, und das Delikt wird auf Antrag verfolgt.

Diskussion.

Huber (Glarus): Solange keine Augenärzte die Kontaktschalen selber tra-gen, auch diejenigen nicht, welche speziell auf diesem Gebiete arbeiten, wie Kollege Knüsel, empfehle ich meinen Patienten die Kontaktschalen nicht.

(Aus der Universitäts-Augenklinik Basel [Vorsteher: Prof. Dr. F. Rintelen].)

Über das Vorkommen von Gefäßneubildungen auf der Iris.

(Untersuchungen an histologischem Material.)

Von RUDOLF ZOLLINGER.

Neugebildete Blutgefäße auf der Irisvorderfläche sind bezeich-nend für das maligne Glaukom nach Zentralvenenverschluß. Sie bilden eine eigentliche Membran welche die ganze Vorderfläche der Iris bis zum verwachsenen Kammerwinkel überzieht (Abb.). Durch fibröse Verdichtung und Schrumpfung dieser Gefäßplatte