

Ueber den heutigen Stand der Altersstarextraction.

Von

Dr. August Fabritius.

Sehr geehrte Herren Collegen!

„Es ist eine Lust zu leben!“ hatte Ulrich v. Hutten frohlockend ausgerufen, als die finstern Schatten des Mittelalters sich zu lichten begannen und — nicht am wenigsten durch sein Bemühen herbeigeführt — das Morgenrot der geistigen Erlösung und Befreiung eben glänzend aufging.

Von ähnlichen gehobenen Gefühlen, verehrte Herren Berufsgenossen, wird wohl jeder von uns erfüllt werden, wenn er einen Blick zurückwirft auf die Entwicklung, die unsere Kunst — die in humanem Sinn zu üben, wir die schöne Aufgabe haben — im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte genommen hat, und so mancher von uns wird nach diesem erhebenden Rückblick mit einer Variation des Hutten'schen Ausrufes freudigen Herzens in die Worte ausbrechen: „Es ist eine Lust Arzt zu sein!“ — Denn wie ganz anders, wie vor zwanzig Jahren steht die Heilkunde heute da.

Da ist es vor allem die Chirurgie, die seit des grossen Lister's segensreicher That einen ungeahnten Aufschwung genommen hat.

Operationen, vor deren Vornahme vor wenigen Jahrzehnten selbst die kühnsten Chirurgen zurückschreckten, weil sie sie für unausführbar, für unmöglich hielten, werden heute nicht nur von den hervorragenden Klinikern geübt, sondern sind, man könnte fast sagen, ein Gemeingut der Aerzte geworden.

Galt doch das *Peritoneum* noch bis in die neuere Zeit als ein *noli me tangere*.

Die heilige Scheu vor ihm ist geschwunden.

Gerade in dieser Richtung feiert die moderne Chirurgie und die operative Gynäkologie ihre glänzendsten Triumphe.

Und was das *Peritoneum* früher war, das galt bis vor wenigen Jahren von der *dura mater* des Gehirns, bis Horsley

und von Bergmann kamen und zeigten, dass auch eine Hirnchirurgie nicht nur berechtigt, sondern sogar geboten sei.

Doch nicht die Kühnheit des operativen Eingriffes allein ist es, der die moderne Chirurgie ihre heutige geachtete Stellung verdankt.

Es ist vielmehr die mit der Operation verbundene Sicherheit des Erfolges.

Früher war der unbekannte und unfassbare *Genius epidemicus* an der schlechten Heilung schuld. Heute kennen wir diesen bösen Feind und haben durch Lister gelernt, ihn zu verhüten.

Damit ist aber freilich die Verantwortung des operierenden Arztes auch eine ungleich grössere geworden wie früher. Denn nach jeder chirurgischen „Entgleisung“ muss der gewissenhafte, aufrichtige Chirurg der Fehlerquelle sorgfältigst nachforschen, um sie ein nächstesmal zum Heile seiner Kranken zu vermeiden.

Doch auch die innere Medizin, deren Können zu ihrem Kennen so oft im grellsten Widerspruch steht, hat sich ihrem Ziele, dem leidenden Kranken Hilfe und Genesung oder doch wenigstens Linderung zu bringen, wesentlich genähert; ja seit dem November vorigen Jahres stand gerade sie im Vordergrund des allgemeinen Interesses und zwar in einem Grade, wie dies wohl selten in der Geschichte der Medizin vorgekommen sein mag.

Robert Koch hatte durch seine beispiellos zu nennende Autorität am Schlusse des vorigen Jahres — obwohl der kühle, gewissenhafte, ruhige Forscher gleich anfangs vor übertriebenen, überschwänglichen Hoffnungen warnte — die Aerzte und die Laienwelt in einen Rausch der Begeisterung und Hoffnungseligkeit versetzt.

Eine Ernüchterung, der Katzenjammer, war unvermeidlich.

Doch obwohl es wahrscheinlich noch jahrelanger vorurteilsfreier Arbeit bedarf, bevor diese so überaus wichtige Frage als abgeschlossen wird betrachtet werden können, so kann wohl schon heute so viel als sicher ausgesprochen werden, dass Koch zur Bekämpfung der Tuberkulose und vielleicht auch der übrigen Infektionskrankheiten, einen bisher unbekanntem, verheissungsvollen neuen Weg beschritten hat, der vielleicht doch zum so heiss ersehnten Ziele führt.

Während, wie wir eben kurz anzudeuten suchten, die Chirurgie und die innere Medizin im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte

die tiefstgehenden Umwälzungen erfahren haben, oder ihnen entgegengehen, so vollzog sich während dieser Zeit auf einem schon früher selbständig gewordenen Tochtergebiet der Chirurgie, der Augenheilkunde, die Entwicklung ruhiger, glatter; wohl hauptsächlich aus dem Grunde, weil die Okulistik ihre Sturm- und Drangperiode schon früher durchzumachen hatte.

Durch das harmonische, sich glücklich ergänzende Zusammenwirken von Männern der Theorie, wie Helmholtz, des Erfinders des Augenspiegels, und Donders, des Begründers der Refractions- und Accomodationsanomalien des Auges, mit Männern der Praxis — ich nenne nur den genialen, himmelstürmenden Albrecht v. Gräfe und den im besten Sinne des Wortes conservativen Arlt — hatte die Augenheilkunde schon früher eine Höhe erreicht, die einer Steigerung nicht mehr fähig zu sein schien.

Doch auch in der Ophthalmologie gab es glücklicherweise keinen Stillstand, sondern ein stetiges, wenn auch langsames Fortschreiten.

Auch in ihr gährt und brodelt es unablässig, und so manche Frage, die bereits als gelöst angesehen wurde, taucht von neuem auf, nach anderer Gestaltung ringend.

So steht es auch mit der Frage der operativen Entfernung der Altersstare.

Nachdem Albrecht v. Gräfe's modifizierte lineare Star-extraction durch zwei Jahrzehnte die operative Okulistik fast ausschliesslich beherrscht hatte, giebt sich seit wenigen Jahren eine rückläufige Bewegung in dieser Richtung kund, und wenn ich es heute versuche diese Bestrebungen vor Ihnen, meine verehrten Herren Berufsgenossen, kurz zu besprechen, so thue ich dies im Gefühle der Unzulänglichkeit meiner Kräfte und wende mich daher mit der Bitte um gütige Nachsicht an Sie.

Ich weiss, dass ich Ihnen, verehrte Kollegen, nichts neues und nichts abgeschlossenes bieten kann; doch dürften meine Auseinandersetzungen vielleicht eines gewissen persönlichen Reizes nicht entbehren, da ich in der glücklichen Lage bin, in der Frage der Altersstaroperationen auf eigene Erfahrungen mich stützen zu können.

Es ist bekannt, dass die Frage der Altersstaroperation sehr alt ist.

Von den frühesten Zeiten bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts gab es von Ort zu Ort wandernde „Starstecher“, Aerzte oder auch Laien, die den Star, die getrübtte Linse, aus dem Pupillarbereich zu entfernen suchten, indem sie ihn mit einer Nadel oder einem feinen Dorn durch Depression oder durch Reclination in den Glaskörper versenkten.

Dabei ereignete es sich gelegentlich, dass Teile des Stares, oder auch die ganze getrübtte Linse, in die vordere Kammer vorfielen und von hier aus durch Eröffnung der vorderen Kammer entfernt wurden, wie dies namentlich Petit des öftern gethan.

Da war es nun die grosse That des Franzosen Daviel, dass er im Jahre 1745 den gelegentlichen Zwang zu einer freigewählten Methode ausbildete, dass er mit voller Ueberlegung die Hornhaut eröffnete, um die *Cataract* an Ort und Stelle aufzusuchen und sie in die vordere Kammer und von da aus dem Auge treten zu lassen*).

Daviel ist also der Begründer der eigentlichen Star-extraction.

Da er zur Eröffnung der Hornhaut drei Instrumente brauchte, so erfuhr sein Verfahren bald eine wesentliche Verbesserung, die darin bestand, dass der lappenförmige Hornhautschnitt, den man nach abwärts anlegte, mit einem Instrument, dem bekannten Beer'schen Messer, ausgeführt wurde.

Die Regenbogenhaut blieb für gewöhnlich unversehrt; nur gelegentlich, wenn sie vorgefallen war und sich nicht zurückschieben liess, wurde ein Teil von ihr entfernt.

So stand die Frage bis zu Albrecht v. Gräfe, diesem glänzenden Gestirn am augenärztlichen Himmel.

Da nach dem Daviel'schen Verfahren in einer nicht geringen Zahl von Fällen das operierte Auge durch Lappen- oder gänzliche Eiterung zu Grunde ging, trachtete Gräfe die Daviel'sche Methode — die Lappenextraction — zu verbessern.

Er ging — im Geiste seiner Zeit — von der Ansicht aus, dass aus dem Grunde bei dem Daviel'schen Verfahren so häufig eine Eiterung auftrete, weil die gefässlose *Cornea* und die in ihr gesetzte Lappenwunde hiezu besonders neige.

*) Becker, die Universitätsaugenklinik in Heidelberg.

Zur Vermeidung dieser Uebelstände verlegte Gräfe nach vielfachen Versuchen den Schnitt mehr peripher in die gefässreiche *Sclera* und gab der früheren Lappenwunde eine mehr lineare Gestalt.

Da infolge der peripheren Schnittführung, die Gräfe nach aufwärts anlegte und die notwendigerweise zur Bildung eines Bindehautlappens Veranlassung gab, die Regenbogenhaut fast stets vorfiel und regelmässig abgetragen werden musste, machte Gräfe aus der Not eine Tugend und erhob die Staroperation mit *Iridectomie* zur Methode.

Diese modifizierte, d. h. mit *Iridectomie* verbundene periphere Gräfe'sche Linearextraction wurde nun — weil sie thatsächlich günstigere Erfolge ergab, als das Daviel'sche Verfahren — von den Augenärzten fast zwanzig Jahre lang ausschliesslich geübt.

Nur in gewissen Fällen, die eine besondere Sorgfalt erheischten, zerlegte man nach dem Vorschlag von Mooren in Düsseldorf, der grösseren Sicherheit wegen, die Operation in zwei Zeiten. Man führte zuerst die vorbereitende, die präparatorische *Iridectomie* aus, die man bei nicht völlig reifen Cataracten mit der künstlichen Maturation des Stares nach Förster — die bekanntlich in der Massage der getrüben Linse besteht — verbinden kann, um erst nach sechs bis acht Wochen die eigentliche Staroperation nachfolgen zu lassen.

Doch auch das Gräfe'sche Verfahren sollte nicht ewig währen.

Es kam mit Lister zu Beginn der siebziger Jahre die segensreiche Zeit der *Antisepsis*, die jetzt immer mehr und mehr in die der *Asepsis* übergeht, nach dem Grundsatz: man inficiere nicht, dann braucht man auch nicht zu desinficieren.

Es vollzog sich durch Listers grosse That ein mächtiger Umschwung in den bisher herrschenden Anschauungen über Wundheilung.

Man lernte erkennen, dass jede reine Wunde *per primam* heilen müsse, und dass die früher hierbei so häufig auftretende Eiterung auf einer Infection beruhe, die man nicht nur ausschliessen könne, sondern die zu vermeiden die heilige Pflicht jedes Chirurgen sei.

Diesen neuen Anschauungen konnte und durfte auch die Augenheilkunde sich nicht verschliessen, und sie betrat ebenfalls, wenn auch etwas spät und zögernd, den Weg der *Asepsis*.

Auf ihr fussend wurden sich die Augenärzte dessen bewusst, dass die Eiterung nach Staroperationen nicht davon abhängt — wie selbst Gräfe noch angenommen — ob der Schnitt in die *Cornea* oder in die *Sclera* zu liegen komme, und ob er mehr lappenförmig oder mehr linear sei; sondern davon, ob völlig keimfrei operiert wurde, oder ob eine Infection der Wunde stattgefunden habe.

Mit dieser neuen Erkenntniss wurde die rückläufige Bewegung in der Frage der Staroperation eingeleitet.

Man verlegte den Schnitt aus der *Sclera* wieder entweder in den *Limbus corneae* oder in die *Cornea* selbst, und mit dieser mehr centralen Schnittführung hing es unmittelbar zusammen, dass man sich bestrebte, ähnlich wie beim alten Daviel'schen Verfahren, die Regenbogenhaut unversehrt zu lassen, d. h. ohne *Iridectomie* zu operieren.

Die Frage nun, ob man die Altersstaroperation mit oder ohne *Iridectomie* ausführen solle, bewegt die okulistische Welt in hohem Grade, und es ist nicht zu leugnen, dass das Bestreben, dem Staroperierten die völlig runde, vollkommen bewegliche Pupille zu erhalten, sehr vieles für sich hat, dass es als das Ideal der Staroperation anzusehen sei, dem man nachzustreben habe.

Doch will mir dünken, dass diese Angelegenheit für uns Privatärzte, die wir nicht, wie die Kliniker, die Aufgabe haben, neue Operationsmethoden an den sich uns anvertrauenden Kranken zu erproben, sondern nur bereits bewährte Verfahren in Anwendung zu ziehen, noch nicht genügend geklärt sei.

Gerade die Frage, ob die Altersstarextraction mit oder ohne *Iridectomie* auszuführen sei, führte mich im Herbste vorigen Jahres an die Augenkliniken in Klausenburg, Budapest und Wien, wo ich von den Meisterhänden der Herren Professoren Schulek und Fuchs das neue Verfahren vielfach ausüben sah und auch Gelegenheit hatte, den Verlauf der operierten Fälle zu verfolgen.

Da muss ich nun gestehen, dass die ohne *Iridectomie* operierten Starfälle allerdings ein ideales Resultat geben, wenn sie gelingen.

Doch in einer nicht geringen Zahl von Fällen sah ich nachträglich, entweder gleich am Tage nach der Operation oder später, einmal sogar nach einer Woche, einen Irisvorfall auftreten, der dann bei einem gereizten, schmerzhaften Auge entfernt werden musste.

Solche Fälle haben mich — getreu dem eben entwickelten Grundsatz, der mir für den Arzt in unsern Verhältnissen der richtige zu sein scheint, — bewogen, das neue Verfahren nicht zu üben, sondern einstweilen noch bis zur weitem Klärung dieser Frage, bei der Extraction mit *Iridectomie* zu bleiben.

Bevor ich Ihnen nun, meine verehrten Herren Berufsgenossen, in aller Kürze die Gesichtspunkte mitteile, die mich bei der Vornahme der Altersstaroperation leiten, und bevor ich Sie mit meiner Statistik bekannt mache, drängt es mich zweier Söhne unseres Völkchens pietätvoll zu gedenken, die beide — obwohl nicht ausschliesslich Augenärzte — auf dem Gebiete der operativen Augenheilkunde Hervorragendes geleistet haben.

Der eine von ihnen fand die Stätte für seine segensreiche Wirksamkeit in unserem Nachbarlande Rumänien. Es war Dr. Josef Fabritius. Mehr wie tausend Starblinde, die seiner feinfühligem, sichern Hand die Wiedererlangung ihres Augenlichtes verdanken, beklagen tiefbetrübt das zu rasche Hinscheiden ihres Wohlthäters, der im kräftigsten Mannesalter am 18. August 1888 abberufen wurde, und ich verehere in ihm dankerfüllten Herzens meinen Freund und Lehrer, unter dessen Leitung ich in Craiova im Jahre 1885 meine ersten Staroperationen ausführen durfte.

Dem zweiten Manne, dessen ich gedenken möchte, war es vergönnt, in seinem Vaterlande seine beglückende Kunst ausüben zu können. Es war Dr. Carl Krasser in Mühlbach, dessen Name in unserm Land hauptsächlich als Augenarzt einen ganz besonders guten Klang hatte, und dessen segenspendende Hände seit dem 11. Januar dieses Jahres nun auch zur ewigen Ruhe verurteilt sind.

Ehre dem Andenken dieser beiden, leider zu früh dahingeschiedenen Landsleute und Collegen!

Was nun die von mir geübte Operationsmethode betrifft, so will ich vorausschicken, dass ich den reifen Altersstar gewöhnlich in einer Zeit operiere.

Bloss bei sehr alten Leuten, die das 70. Jahr bereits überschritten haben, und bei denen nach der *Iridectomie* sehr häufig eine stärkere Blutung auftritt, welche die Entfernung der getrübbten Linse sehr erschwert oder selbst unmöglich macht, schicke ich die vorbereitende *Iridectomie* der eigentlichen Staroperation voraus. Dasselbe thue ich, wenn ein Patient bloss auf ein Auge ange-

wiesen ist, endlich wenn der Star noch nicht völlig reif ist, in welchem Falle ich mit der präparatorischen *Iridectomy* die künstliche Reifung des Stares nach Förster verbinde.

Besteht auf beiden Augen der graue Altersstar, so operiere ich mit Vorliebe in der Weise, dass ich das eine Auge in einer Zeit vom Star befreie und dann am zehnten Tag nach der Operation auf dem zweiten Auge die vorbereitende *Iridectomy* ausführe, um nach Verlauf von Wochen oder Monaten auf diesem zweiten Auge den Star mit noch grösserer Aussicht auf völligen Erfolg entfernen zu können.

Ist der graue Altersstar reif und unkompliziert, d. h. ist Lichtempfindung und Projektion normal, und besteht kein Bindehautleiden, Catarrh oder Trachom, und ist keine Thränensackblennorrhoe vorhanden, auf deren Bestehen sehr sorgfältig geachtet werden muss, so gehe ich in unserm Kronstädter k. ung. Landes-Augenspital bei der Operation folgendermassen vor.

Der Starkranke liegt in einem Bett, das auf Rollen leicht beweglich ist. Ich lege grosses Gewicht darauf, dass der Operierte gleich ruhig liegen bleibe und nicht nach der Operation noch aufstehen oder sogar, wie dies vorkommt, ein Stockwerk steigen müsse, um in das für ihn bestimmte Bett zu gelangen.

Ich stehe oder sitze zur Rechten des Patienten und operiere dessen linkes Auge mit der rechten, sein rechtes Auge mit der linken Hand.

Die Instrumente werden in kochendem, destilliertem Wasser keimfrei gemacht und dann in 2% Carbollösung gelegt.

Die Stirn, Nase, Wangen und Augenlider des Kranken werden mit Wattebäuschchen, die mit Sublimatlösung (1—5000) getränkt sind, sorgfältig abgewaschen. In derselben Weise wird der Conjunctivalsack gereinigt, der überdies mit einem flachen, gebogenen Ansatz eines Irrigators ausgespült wird, den ich an der Klinik des Herrn Professors Fuchs in Wien kennen lernte, wo ich stets das freundlichste und fördernde Entgegenkommen fand, für das ich auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank ausspreche.

Nach der Reinigung des Auges und seiner Umgebung wird das Auge unempfindlich gemacht durch wiederholte Einträufelung einer 2% Cocaïnlösung, die wir seit dem Jahre 1884 einem jungen Wiener Arzte, Dr. Carl Koller, zu verdanken haben.

Was die Narkose bei den chirurgischen Eingriffen, das ist das *Cocain* bei den Augenoperationen geworden.

Es ist eine ausserordentliche Wohlthat für den Patienten, weil sich durch dasselbe die Starentfernung nahezu völlig schmerzlos gestaltet; blos das Fassen und Abschneiden der Regenbogenhaut ist etwas schmerzhaft.

Doch auch für den Arzt ist das *Cocain* eine bis vor kurzem nicht für möglich gehaltene Erleichterung, da er in Folge der grössern Ruhe des Patienten selbst viel ruhiger, sicherer und leichter operieren kann, als dies früher möglich war.

Ist die *Cornea* anästhetisch, so wird der Lidhalter eingelegt und die Operation begonnen.

Nachdem ich die Bindehaut des *Bulbus* dicht am untern Rand der Hornhaut mit einer mit einem Schloss versehenen Pincette gefasst, führe ich mit dem Graefe'schen Messer einen grossen Lappenschnitt im *Limbus corneae* oder in der *cornea* selbst aus, indem ich, das Messer horizontal haltend, etwas über dem Aequator der *Cornea* eingehe, das Messer in horizontaler Richtung durch die vordere Kammer durchführe und in gleicher Höhe mit dem Einstich den Ausstich anlege.

In sägenden Zügen vollende ich den Lappenschnitt nach aufwärts, einen Conjunctivallappen, auf den früher so grosses Gewicht gelegt wurde, fast stets vermeidend.

Nun gehe ich, während unsere Wärterin, eine überaus zuverlässige, geschulte Frau, die Fixationspincette übernimmt, mit der Irispincette in die vordere Kammer ein, bis dicht zum *sphincter pupillae*, ziehe die Regenbogenhaut ganz wenig hervor und schneide dann, dem Vorgange des Herrn Professors Fuchs folgend, gerade nur die Spitze des Iriszipfels von vorne her ab, die Scheerenpincette, die Wecker'sche Pincet-ciseaux, senkrecht auf die Richtung der Wunde haltend, wodurch die Bildung eines möglichst kleinen, spitzbogenförmigen *Coloboms* ermöglicht wird.

Nachdem ich die Fixationspincette hierauf wieder selbst übernommen, erfolgt die Eröffnung der Kapsel mit einem gebogenen spitzen Häckchen oder in letzter Zeit, ebenfalls nach dem Beispiel des Herrn Professors Fuchs, mit der Kapselpincette.

Das Heraustreten der getrübten Linse bewirke ich durch Druck mit dem Daviel'schen Löffel auf den untern Teil der Hornhaut, oder ich entferne bei ängstlichen Patienten schon früher

den Augenlidhalter und fördere die cataractöse Linse dadurch zu Tage, dass ich mit dem obern Augenlid sachte auf die obere Wundlippe und mit dem untern auf den untern Teil der Cornea drücke.

Sind Starreste zurückgeblieben, so suche ich sie durch sorgfältiges Drücken mit dem untern Augenlid auf den untern Teil der Cornea herauszustreifen.

Das Verfahren, diese Starreste durch Ausspülung der vordern Kammer herauszuschwemmen, habe ich nie geübt.

Die Irissenkel werden endlich durch sanftes Reiben mit dem obern Augenlid reponiert, oder, wenn dies nicht gelingt, mit dem Spatel an den richtigen Ort zurückgebracht.

Ist in der vordern Kammer kein Blut und war es möglich, die Linsenreste — so weit sichtbar — aus dem Auge zu entfernen, so halte ich den frisch operierten Patienten die Finger der Hand vor das Auge, um sie von dem glücklichen Gelingen der Operation zu überzeugen.

Dann werden die Lider leicht geschlossen und es wird ein, beide Augen bedeckender Verband, ein *Binoculus*, angelegt, der in Jodoformgaze, Watte und einer Calicotbinde besteht.

Für ausserordentlich wichtig bei der Starextraction halte ich das Anlegen eines grossen Bogenschnittes im *Limbus corneae* oder in der *Cornea* selbst, da durch ihn das Heraustreten des Stars wesentlich erleichtert wird.

Ein Vernähen des *Corneal*-Schnittes am Schlusse der Operation, wie es in neuester Zeit hier und da — allerdings nur bei der Extraction ohne *Iridectomie* — geübt wird, ist — meiner Ansicht nach — zum mindesten überflüssig.

Nach der Operation ist eine völlige Verdunkelung des Krankenzimmers nicht nötig; es wird blos all zu grelles Licht abgehalten.

Die Nachbehandlung gestaltet sich sehr einfach.

Der Verbandwechsel erfolgt täglich oder jeden zweiten Tag, wobei ich mich auf eine Reinigung der Lidränder mit Sublimatbäuschchen beschränke.

Das Einträufeln mit *Eserin* oder *Atropin* ins operierte Auge habe ich in der letzten Zeit gänzlich vermieden.

Vier Tage lang bleiben beide Augen geschlossen, dann wird durch weitere drei Tage blos das operierte Auge verbunden.

Nach Verlauf einer Woche erhält der Patient, der schon früher im Bette aufsitzen durfte, die Erlaubnis aufzustehen.

Das operierte Auge bleibt nun frei und wird bloß durch eine graue Brille vor dem ungewohnten Licht geschützt.

Bei völlig glattem Wundverlauf am 14. Tage die Entlassung aus dem Spital; zuvor aber setze ich dem Operierten probeweise ein Starglas vor, dessen freudiges Erstaunen über die ihm wieder erschlossene Aussenwelt sich gewöhnlich in der lebhaftesten Weise äussert.

Das fortwährende Tragen der Starbrille wird jedoch erst nach Ablauf von 2—3 Monaten gestattet.

Wenn ich nun zum Schlusse daran gehe, Sie, meine verehrten Herren Collegen, mit meiner Statistik bekannt zu machen, so bin ich mir des Misslichen eines solchen Vorgehens wohl bewusst.

Eine richtige Statistik von Staroperationen kann eigentlich erst nach Verlauf eines Jahres aufgestellt werden; denn in einer Zahl von Fällen ist der unmittelbare Erfolg der Operation zufriedenstellend, trübt sich aber im Laufe der Zeit, und umgekehrt bleiben oft beträchtliche Starreste zurück, die sich später wider Erwarten gut aufsaugen.

Ich habe mich zwar nach dem fernern Schicksal der von mir Operierten — so weit es möglich war — erkundigt; doch ist es klar, dass dem aufgestellten Grundsatz aus äussern Gründen nicht genügt werden konnte.

Genauere Sehproben, wie sie von einer wissenschaftlichen statistischen Zusammenstellung gefordert werden, konnte ich in den meisten Fällen aus dem einfachen Grunde nicht vornehmen, weil die grösste Zahl der von mir Operierten des Lesens unkundig war und selbst die Prüfung des Sehens mit den sogenannten Hacken bei der durchschnittlich geringen Intelligenz meiner Starkranken zuverlässige Resultate nicht ergeben hätte.

Ich muss mich daher bei den von mir wegen Altersstar Operierten, deren Zahl sich auf 177 beläuft, — wobei 11 komplizierte Stare und die Discissionen bei weichen Staren jugendlicher Individuen nicht mit eingerechnet sind, — auf folgende Abstufungen beschränken.

Verluste infolge Corneal-Eiterung oder von *Panophthalmitis* hatte ich sieben zu beklagen, zirka 4%.

Eine blosser Besserung des Sehvermögens infolge von sehr reichem Nachstar oder von nachträglich auftretender Entzündung des Auges erzielte ich fünfmal, während die übrigen 165 Starblinden

durch die Operation ein derartig gutes Sehen erlangten, dass sie einer Führung nicht bedurften und ihrer gewohnten Beschäftigung als Landleute, Tagelöhner u. s. w. nachgehen konnten.

Glaskörpervorfall nach der Entwicklung der Linse trat zwölfmal auf, ohne von bösen Folgen begleitet zu sein, und nur einmal erfolgte *prolapsus corporis vitrei* vor der Linsenentbindung. Doch trotz dieses unerwünschten Zufalles konnte die Linse nach Entfernung des Lidhalters durch Druck mit den Lidern auf den *Bulbus* leicht entfernt werden. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall; der Erfolg war gut.

Die Weber'sche Schlinge habe ich zur Entfernung der cataractös getrübbten Linse aus dem Auge niemals verwenden müssen.

Einige der staroperierten Fälle verdienen wohl eine besondere Erwähnung.

Bei einem siebenzigjährigen rumänischen Geistlichen, der das eine Auge schon früher verloren hatte, bildete sich auf dem zweiten Auge grauer Star, der von mir im Jahre 1886 in einer Zeit mit *Iridectomie* operiert wurde. (Ich übte damals die Zerlegung des Eingriffes in zwei Zeiten bei Patienten, die blos auf ein Auge angewiesen sind, noch nicht.) Dabei trat bei der Kapselspaltung der fatale Unfall ein, dass nach dem Herausfließen von reichlichen, milchig getrübbten Corticalmassen es mir nicht gelang, den kleinen harten Kern aus dem Innern des Auges herauszubefördern, dieser bei dem Extractionsversuch sich vielmehr nach oben und aussen luxierte. Verlauf und unmittelbarer Erfolg der Operation waren gut, doch trat später Entzündung des Auges infolge des im Glaskörper zurückgebliebenen Starkernes auf, welche die ursprünglich sehr gute Sehschärfe wesentlich herabsetzte. Der Alte lebt jedoch noch und kann sich allein vertreten.

Ein Fall, der mir den Nutzen der präparatorischen *Iridectomie* bei alten Leuten besonders deutlich zeigte, war folgender. Bei einer achtzigjährigen Frau, in deren Urin sich weder Eiweiss noch Zucker nachweisen liess, trat nach dem vorläufigen Regenbogenhautausschnitt eine derartig starke Blutung auf, dass zu ihrer Aufsaugung mehr wie drei Wochen erforderlich waren. Nach Verlauf von mehreren Monaten führte ich die Starextraction ohne jeden Zwischenfall mit gutem Erfolge durch.

Was ein staroperiertes Auge unter Umständen auszuhalten vermag, darüber belehrte mich folgendes Vorkommnis.

Am 13. November 1889 nahm ich bei einer achtundsechzigjährigen Frau, nach vorausgeschickter Iridectomy, die Kataract-Extraction vor. Nachdem die ersten zwei Tage gut verstrichen waren, bekam die Patientin, die an einer *Umbilicalhernie* litt, am Abend des 16. November heftige Unterleibsbeschwerden mit häufigem Brechen. Die Frau hatte derartige Schmerzen, dass sie trotz Abmahnens der Wärterin aus dem Bett aufsprang und im Zimmer ruhelos auf und ab ging, bis endlich nach Verabreichung von Opiumtinktur Erleichterung und Beruhigung auftrat. Trotz dieses, mich sehr beängstigenden Zwischenfalles erfolgte glatte Heilung der Wunde mit guter Sehschärfe.

Die besonders von Pagenstecher geübte Extraction des Stares in der geschlossenen Kapsel machte ich — ohne sie zu beabsichtigen — zweimal.

Das einmal handelte es sich um einen sehr unvernünftigen Patienten, der nach dem Cornealschnitt und der Iridectomy so stark presste, dass die Linse samt der Kapsel aus dem Auge heraustrat.

Beim zweiten Fall handelte es sich um einen überreifen Cataract mit verdickter Kapsel. Bei dem Versuch, die Kapsel mit der Kapselpincette zu zerreißen, gelang mir dies Vorhaben nicht, es folgte vielmehr die Linse samt der Kapsel dem Zuge der Pincette.

Da in beiden Fällen nur mässige Mengen von Glaskörper zu Tag traten, war der Erfolg beim ersten Patienten zufriedenstellend, beim zweiten sogar gut.

Auffallend war mir, dass in vier Fällen bei der Extraction kein eigentlich fester Kern sich fand, obwohl die Patienten sämtlich das dreissigste Lebensjahr bereits überschritten hatten.

Wundsprenkung im Verlauf der Nachbehandlung trat dreimal auf. Sie bewirkte bloss eine Verzögerung, jedoch keine Störung der Heilung.

Nach der Staroperation hatte ich einmal Gelegenheit eine bald vorübergehende psychische Störung und einmal auch die noch nicht genügend erklärte, wahrscheinlich auf Blendung beruhende Erscheinung des Rotsehens, der *Erytropsie*, zu beobachten.

Nachstaroperationen führte ich bloss fünfmal aus, und zwar viermal durch *Discissio per scleram* und einmal durch *Iridotomie*.

Was das Alter der Cataracte betrifft, so gelangten zwei Stare zur Operation, die seit 10 Jahren bestanden; in zwei andern Fällen soll die Trübung der Linse sogar vor 20 Jahren aufgetreten sein.

Erkundigen wir uns nach dem Alter der operierten Patienten, so standen 8 zwischen dem 24—30sten Lebensjahr, 19 zwischen 30—40sten, 39 zwischen dem 40—50sten, 31 zwischen dem 50 bis 60sten, 54 zwischen dem 60—70sten, 22 zwischen dem 70—80sten, und weitere 4 hatten auch dies hohe Alter überschritten.

Sehr verehrte Herren Kollegen! Zu Beginn meiner Mitteilungen hatte ich die Ansicht ausgesprochen, dass die Oculistik im Laufe der letzten zwanzig Jahre nicht so tiefgreifende Veränderungen erfahren habe, wie andere Disziplinen der Heilkunst, wohl aus dem Grunde, weil sie ihren Höhepunkt schon früher erreicht hatte.

Doch die neueste Zeit ist, wie wir gesehen haben, auch an der Augenheilkunde nicht spurlos vorübergegangen. Sie brachte ihr das aseptische Verfahren, das die operativen Eingriffe am Auge, speziell die Staroperationen, ungefährlich, nahezu absolut sicher macht, und sie beschenkte Arzt und Patienten mit der Wohlthat des schmerzverhütenden Cocaïns.

Dankbaren Herzens erkennt jeder Augenarzt diese schönen Errungenschaften der neuesten Zeit in seinem Fache an, vor allen aber der Provinzarzt, da er sich sagen muss, dass hiedurch das Operieren auf oculistischem Gebiet — im Verhältnis zu früher — nicht nur sicherer, sondern auch leichter geworden ist, und dass die Asepsis und das Cocaïn es ihm eigentlich möglich gemacht haben, das Starmesser und die Lanze zu führen, zum Wohle der sich ihm anvertrauenden blinden Menschheit und zu seiner eigenen, inneren Befriedigung.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Verhandlungen und Mitteilungen des Siebenbürgischen Vereins für Naturwissenschaften zu Hermannstadt. Fortgesetzt: Mitt.der ArbGem. für Naturwissenschaften Sibiu-Hermannstadt.](#)

Jahr/Year: 1890

Band/Volume: [41](#)

Autor(en)/Author(s): Fabritius August

Artikel/Article: [Ueber den heutigen Stand der Altersstarextraction. 42-55](#)