Die augenärztliche Tätigkeit im Kriege.

Von Hugo Feilchenfeld, Ordinier. Arzt einer Augenstation.

Das Spezialistentum, welches sich ohne staatlichen Zwang und ohne offizielle staatliche Anerkennung allein als Frucht des freien Wettbewerbs und den aus diesem sich ergebenden Notwendigkeiten entwickelt hat, konnte aus diesem Grunde nicht schon bei Kriegsbeginn als solches von der Militärbehörde berücksichtigt werden. In dem Maße, wie das Bedürfnis zutage trat, wurde es mehr und mehr herangezogen. War doch auch nur die Bedeutung der Chirurgie, viel weniger diejenige, die der Nerven-, Augen- und Ohrenheilkunde zukommen würde, im vollen Umfange vorzuzusehen. Als ihrer Erwartung groß hat sich die Nachfrage nach Augenärzten herausgestellt. Ein wesentlicher Teil ihrer Aufgabe ist nämlich die Funktionsprüfung. Diese nicht nur von Laien, sondern auch von Ärzten niedrig eingeschätzte „Brillenbestimmung“ setzt ein besonderes Maß von specialistischer Erfahrung voraus. Mit der Aushebung des oft der Augenfehler wegen militärfrei gewordenen ungedienten Landsturms hat sie einen erdrückenden Umfang angenommen, von dem sich Außenstehende keine Vorstellung machen. Ein ganzes Heer ist durch die Arbeit der Augenärzte felddienstfähig geworden. Im Frieden galten Myopen über 6,5 D und die meisten Astigmatiker als ungeeignet für den Dienst auch in der Ersatzreserve. Da eine offizielle Verordnung die starre Tauglichkeitsbegrenzung des Friedens aufgehoben hat, ist es den Ärzten überlassen, innerhalb ihres Wirkungskreises Verständnis für die Forderungen zu gewinnen, welche die verschiedenen Arten der kriegerischen Betätigung an das ihrer speziellen Prüfung anvertraute Organ stellen. Verständnis für die Erfordernisse der einzelnen Truppengattungen gewinnt man am besten durch direkte Anschauung, die man bei jeder sich bietenden Gelegenheit durch Besprechung mit den aus der Front Zurückkommenden kontrollieren soll. Auf Grund dieser Erfahrung kann man sagen, daß bei sonst gesunden Augen keine Refraktionsanomalie für den Felddienst untauglich macht, wenn nur die korrigierte Sehschärfe ausreicht. Diese muß auf dem besseren Auge mehr als $\frac{1}{3}$ betragen. Solche Erfahrungen berühren natürlich in keiner Weise den Wert der für den Frieden geltenden Dienstweisung. Erschwert wird nur die Begutachtung durch die im übrigen ja ausgezeichnet passende, für das Auge aber und besonders für die Frage der Sehlleistung ungeeignete Einteilung in Felddienstfähige, Garnisondienstfähige, Arbeitsverwendungsfähige und Dienstuntaugliche. Es gibt Dienstgattungen, die an die übrige körperliche Beschaffenheit große, an das Auge geringere Ansprüche stellen. Den höchsten Anforderungen werden die Augen der Seelente und Flieger genügen müssen. Für Infanterie und Kavallerie aller Arten kann man an der oben bezeichneten Grenze festhalten. Unberücksichtigt und bisher unbeachtet geblieben ist aber, daß bei der Artillerie, der Fußartillerie sowie der Feldartillerie, nur etwa die Hälfte der Mannschaften (Geschützführer, Richtkanonier, Beobachtungsposten, Fernsprecher) dieser Bedingung genügen muß. Die andere Hälfte braucht keine besonders gute Sehkraft zu besitzen. Hier genügt $S = \frac{1}{6}$ auf dem besseren Auge. Diese Grenze muß man als die

äußerste auch für Arbeitsverwendungsfähige überhaupt festhalten. Innerhalb der Grenze zwischen $S = \frac{1}{3}$ und $S = \frac{1}{6}$ liegen, von einem Einzelnen der Zahl nach nicht abzuschätzende, Tausende sonst Felddienstfähiger. Als der ungediente Landsturm in größerer Zahl zur Einziehung kam, hatte ich bis zu 70 Sehprüfungen täglich auszuführen; etwa ein Drittel lag innerhalb dieser Grenze, wobei natürlich zu berücksichtigen ist, daß die Truppenärzte in die Augenstation nur die Schwachsichtigen sendten. Zu einer Abschätzung des Prozentsatzes der Schwachsichtigen bei dem ungedienten Landsturm fehlt mir jeder Anhalt. Dieses offenbar riesengroße Kontingent könnte außer bei der Artillerie Verwendung finden bei den Munitionskolonnen und den Proviantkolonnen, die zu den Felddienstfähigen rechnen, nicht also ausschließlich bei der Armierung, den sogenannten „Schippern“. Auch diese bedürfen einer ebenso hohen Sehkraft wie die genannten Truppengattungen; sie arbeiten mit einem gefährlichen Instrumentarium, Spatel und Stacheldraht; und ich habe manche Verletzung gesehen, die sie dem Nebenmann beigebracht haben. Gerade hier werden aber, wie überhaupt die körperlich relativ Minderwertigsten, so auch die mit den schwächsten Augen Behafteten eingestellt. Zwischen Arbeitsverwendungsfähigen und Felddienstfähigen stehen die Garnisondienstfähigen, die zu den verschiedensten Zwecken benutzt werden, vielfach zum Infanteriedienst in den Garnisonen, weil sie nicht marschfähig sind. Es ist also nicht gleichzeitig eine Zwischenstufe, die der Augenarzt zwischen den Arbeitsverwendungsfähigen und den Felddienstfähigen gebrauchen kann.¹⁾ Manche Astigmatische und Ubersichtige können zum Felddienst geeigneter sein als zum Bureaudienst, der sich ebenfalls aus den Garnisondienstfähigen ergänzt. Darum sollte der Augenarzt die Geeignetheit möglichst spezialisieren. Die Herstellung der Brillen in solcher Zahl an Grenzorten, wo noch keine geeigneten Geschäfte bestehen, die persönliche Kontrolle der Lieferung, die Sorge, daß jede Brille an den richtigen Mann kommt, die schnelle Versorgung der von der Front Herüberkommenden, das alles wird sich ohne eine persönliche Initiative nicht organisieren lassen.

Die Funktionsprüfung hängt auf das engste mit einem zweiten Arbeitsgebiet des Augenarztes zusammen, der gutachtlichen Tätigkeit. Dienstunlustigen erscheint als das Nächstliegende und Glaubhafteste die Behauptung, daß sie nicht sehen. Hierüber beklagen sich besonders die Truppenärzte der kleinen Nachbargarnisonen, denen die Untersuchungsmittel für eine von den Angaben der Rekruten unabhängige Prüfung nicht zur Verfügung stehen. Hier wirkt die Simulation ansteckend und breitet sich aus, während eine gründliche, objektive Untersuchung das Vertrauen in eine strenge und gerechte Beurteilung stärkt. Die Zeit, die man zur Entlarvung eines Simulanten verwandt hat, hat immer einen über den Einzelfall hinausgehenden Wert. Dienstunlustige aus der Front kommen gern mit der fertigen Diagnose „ich bin nachtblind“. Sie wissen, daß dieser Ausdruck (Anl. I E 25 Anm.) völlige Dienstuntauglichkeit begründet. Wirkliche Nachtblindheit fand ich außer bei Bergarbeitern in der Regel nur, wenn auch der Hintergrund die Angabe bestätigte. Sehr häufig ist „Augenzittern“ (Dienstweisung Anl. I D), dessen künstliche Erzeugung durch gleichzeitige Innervation des Stirnmuskels und vermehrten Lidschlag erkannt wird. Wo es echt ist, schließt es Felddienstfähigkeit aus. Als an unserem Frontabschnitt Regimentar aus den rheinisch-westfälischen Grubenbezirken lagen, mehrten sich diese Fälle. Hier lehrt die Erfahrung an den aus der Front Herüberkommenden, daß auch geringe Grade des Bergarbeiternystagnus, die erst bei Blickhebung über die Horizontale beginnen und bei strengerer Fixation garnicht in Erscheinung treten, doch für den Schützengrabenkrieg untauglich machen.

Die Beurteilung kompliziert sich durch die Frage der Kriegsdienstbeschädigung. Natürlich mehren sich die Fälle, in denen angeborene Fehler oder früher erworbene Erkrankungen als im Kriege entstanden dargestellt werden, oder wo auch ohne solche Unterlagen die Behauptung etwa einer plötzlichen Erblindung aufgestellt wird. Bei Fällen der ersteren Art soll man nie den guten Glauben anzweifeln; oft wird eine zufällig entdeckte einseitige Schwachsichtigkeit, die bis dahin unbeachtet geblieben war, in einen irrtümlichen ursächlichen Zusammenhang gebracht. Bei den Fällen der zweiten Art erhebt sich vor uns mit ihrem ganzen Ernst und mit all ihren Schwierigkeiten die Frage, ob simuliert oder funktionell, ob die Erblindung erdichtet ist oder in der Vorstellung des Verletzten wirklich besteht. Wir müssen denen, die für das Vaterland gekämpft und wirklich gelitten haben, ohne Voreingenommenheit entgegenkommen und uns gegenwärtig halten, daß kein gelungener Simulationsversuch die Differentialdiagnose zwischen simuliert und funktionell ent-

¹⁾ Seit der zwei Monate zurückliegenden Abfassung der Arbeit ist eine kriegsministerielle Verordnung in ähnlichem Sinne erschienen, die hervorhebt, daß die Garnisondienstfähigen nicht als Zwischenstufe zwischen Arbeitsverwendungsfähigen und Arbeitsverwendungsfähigen zu betrachten sind, und eine nähere Spezialisierung der Art der Arbeitsverwendungsfähigkeit ermöglicht. (13. IX. 15.)

scheidet. Gerade auf unserem Gebiet gibt es aber doch ein differentialdiagnostisches Moment, nämlich den Heilerfolg unserer suggestiven Behandlung. Soweit es sich um das einzelne, isolierte Symptom, die einseitige Erblindung handelt, wird es gelingen, sei es stufenweise, sei es mit einem Schlage, durch geeignete Behandlungsmethoden die innere Hemmung zu durchbrechen und die Wahrnehmung zum Wiederaufleuchten zu bringen. Es ist damit nicht Heilung der Neurose gemeint, sondern Heilung dieses einen Symptoms. Freilich gelingt die Heilung nur, wenn das Symptom seinem Wesen nach richtig erkannt ist, und der Schaden, der durch Mißdeutung desselben entsteht, ist in späteren Stadien schwer auszugleichen, sowohl wenn der Irrtum nach der einen, als wenn er nach der anderen Richtung geht, wenn eine psychische Störung als simuliert angesehen wird und diese Auffassung in einem entsprechenden Verhalten des Arztes zutage tritt, oder wenn eine psychische Störung als organisch angesehen wird und eine Rentengewährung etwa für völligen Verlust eines Auges bereits eingeleitet ist. Auch in dieser letzteren Richtung sind Irrtümer zwar seltener, aber doch möglich; denn die psychischen und auch die simulierten Sehstörungen finden sich nicht bei ganz gesunden Augen, sondern solchen, die wirkliche, freilich geringfügige, die Sehstörung nicht voll erklärende Krankheitserscheinungen aufweisen. Es ist von erheblichem Interesse, daß die Kranken, solange der objektive Befund noch frisch ist und die subjektiven Vorstellungen sich noch nicht infolge einer nach der einen oder der anderen Richtung irrigen Beurteilung zu fest genistet haben, in spezialistisch erfahrene Hände kommen. Die auslösende Ursache kann sehr verschiedenen Grades sein, einmal bildete die mit einer kleinen Macula ausgeheilte Hornhautverletzung, einmal eine wirklich umfangreiche Glaskörperblutung die materielle Grundlage bei der Angabe erloschenen Lichtscheins. Immer ist es wichtig, die Differenz zwischen dem Objektiven und dem Subjektiven zu finden und aufzudecken.

Wie das objektive, auslösende Moment dem Grade nach sich abstuft von einer entfernten bis zu einer nahezu völligen Deckung des Subjektiven, so gibt es auch Abstufungen und Uebergänge von einfacher Simulation zu solchen, bei denen etwas Absicht mitspielt, aber gleichzeitig hemmende Vorstellungen, mehr oder weniger fest verankert, wirksam sind, teils auf dem Boden der Begehrung, häufiger auf dem Boden der Befürchtung erwachsen. Leute, die Verletzungen in der Nachbarschaft des Auges erlitten haben oder im Gehirn, herkommen Sehstörungen oder Flimmererscheinungen, bei Verlust eines Auges entstehen Störungen im anderen. Mein spezielles Beobachtungsgebiet begründet es, daß neben solchen, auf dem Wege der Auto-suggestion (Charcot) entstandenen Funktionsausfällen die eigentliche traumatische Neurose (Oppenheim) sich seltener findet; denn die molekulare Schädigung des Großhirns, welche die Grundlage der traumatischen Neurose bildet, wird sich in allgemeinen Störungen des Nervensystems offenbaren, die dem Nervenarzt zu Gesicht kommen; so gehört die einseitige Erblindung auch keineswegs zur Symptomatologie der traumatischen Neurose, und ich möchte die von mir beobachteten Fälle ihr auch nicht zurechnen.

Für alle nichtorganischen Sehstörungen kann ich charakteristische Beobachtungen anführen: Simuliert sind im allgemeinen die plötzlichen Erblindungen ohne objektiven Befund im Anschluß an angeblich dicht vor den Augen geplatze Granaten. Hier ist schon die Angabe der Aetiologie so unkontrollierbar und leicht erfindbar, daß sie, wenn durch nichts bestätigt, gewiß Mißtrauen verdient. Andersgeartet ist der Fall eines Unteroffiziers, dessen eines Auge ich enukleiert hatte und zu dem ich vier Wochen später gerufen wurde, da er plötzlich unter großen Schmerzen am anderen Auge erblindet sei. Er hatte mehrere Stunden so dagelegen, als ich kam, und schrie furchtbar. Kein Lichtschein. Das Augenspiegelgelaug unter Schwierigkeiten, sodaß ich schließlich die normale Papille sehen konnte. Da auch die Pupille prompt reagierte, war der funktionelle Charakter der Erblindung klar, für den das bisherige Verhalten des Patienten sonst keinen Anhalt bot. Er hatte von Kriegsbeginn an Schlachten im Westen und Osten mitgemacht, den Verlust des Auges mit Gleichmut hingenommen und den Wunsch, möglichst schnell wieder in das Feld zu kommen, immer wiederholt. Es gelang, die Schmerzen durch subkutane Wasserinjektion sofort zu beseitigen und die Sehkraft durch suggestive Methoden stufenweise innerhalb desselben Tages auf normale Höhe hinaufzutreiben. Da er die Wiederkehr der Erkrankung befürchtete, versuchte ich, dem sehr verständigen und dankbaren Patienten klar zu machen, daß das Leiden nur in der Vorstellung beruht habe, was er lächelnd zurückwies. Er wollte durchaus glauben, daß ich ihn von einer schweren Krankheit befreit habe. Ich habe auch bei späterer Beschäftigung mit dem Kranken keine sonstigen Anzeichen einer hysterischen Anlage gefunden; der Kriegsunfall kann also bei einem Normalen ein Symptom auslösen, das seinem Wesen nach nicht der traumatischen Neurose, sondern der Hysterie angehört. Einen anderen Fall von einseitiger Erblindung auf sicher funktioneller Basis sah ich bei einem Stirnhirnschuß, der sonst keine zerebralen Symptome verursacht hatte. Bei der schweren Schädigung,

die hier das Großhirn erfahren hat, könnte man eher geneigt sein, die Erblindung auf eine molekulare Schädigung desselben zurückzuführen, wenn es mir nicht an sich bedenklich erscheinen würde, gerade das Symptom der einseitigen Erblindung auf diese Weise zu erklären. Dagegen konnte ich bei einem von der Nervenstation überwiesenen Leutnant eine nach dieser Richtung gehende Beobachtung machen, die auf die nahe Verwandtschaft zwischen den molekularen und den bereits als organisch aufzufassenden Hirntraumen hinweist. Hier hatte sich im Anschluß an eine Granatexplosion, die keine äußere Verletzung hervorrief, das Bild der echten traumatischen Neurose entwickelt. Und bei diesem Patienten fand sich nicht die einseitige Erblindung, sondern in einer, vom Laien garnicht erfindbaren, typischen Form die doppelseitige Hemianopsie mit scharf abgeschnitten senkrechter Begrenzung, sehr flüchtig, rechts und links oszillierend, die nach einigen Tagen verschwand, während die übrigen neurotischen Allgemeinsymptome bestehen blieben. An Migräne hatte er früher nie gelitten. Die wirklichen Simulationsversuche, denen wir nach Lage der Dinge oft begegnen und, wie ich glaube, die Augenärzte am häufigsten, dürfen uns nicht zu verallgemeinernden Schlüssen verleiten. Noch weniger dürfen wir zur Verbreitung solcher, durch unberechtigte Verallgemeinerung gewonnenen Auffassung außerhalb unseres Kreises beitragen. Das Gesamtbild, welches sich jedem Kriegerarzte aufdrängt, ist das ungeschwächter Kampfesfreudigkeit und ernstesten Pflichtbewußtseins.

Weniger als die gutachtliche Tätigkeit bietet die Behandlung der Augenkrankheiten Gesichtspunkte, die eine spezielle Kriegserfahrung voraussetzen. Es kommen dieselben Krankheiten, die uns sonst begegnen, in etwa demselben Prozentsatz vor, ziemlich häufig die Iritis, mehrfach akute Netzhautentzündungen und Sehnerventzündungen ohne ursächlichen Allgemeinbefund, Netzhautabhebungen ohne Trauma oder Myopie. Eine, im Osten wenigstens, schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe stellt die Frage der Granulose, die nach der Dienstweisung für den gesamten Heeresdienst untauglich macht. Ein Recht, alle Granulösen auszuschließen, steht uns also jedenfalls zur Seite. Es handelt sich aber auch hier wiederum um der Zahl nach schwer abzuschätzende Tausende, die bei sonst reizlosen Augen nur einige die Diagnose sichernde Narben aufweisen und im übrigen vollwertig dem Kriegsdienst entzogen wurden. Man wird ja vielleicht die Ansteckungsfähigkeit solcher abgelaufenen Trachome nicht zu hoch einschätzen, muß aber doch bedenken, daß das Leben im Felde die Ansteckungsmöglichkeit erleichtert. Ich habe frisch trachomatös Infizierte nicht nur aus der Front in beträchtlicher Zahl gesehen, sondern auch einen unter der hiesigen Zivilbevölkerung, bei dem Mannschaften im Quartier gelegen hatten.

Die Krankenbehandlung nimmt gerade in einer der Front zunächst liegenden Augenstation einen solchen Raum ein, daß die Zahl der Verwundeten prozentual zurücktritt und vielleicht überhaupt geringer ist als an den großen Konzentrationspunkten. Dies gilt freilich nur für ruhige Zeiten, für die Monate der Defensive unserer hier liegenden Truppen, als in Galizien der Vormarsch stattfand. Vorher hatten auch wir viele Verwundete. Mit dem Wiederbeginn unserer Offensive setzte sofort die gesteigerte Tätigkeit ein. Schon der 14. Juli brachte uns viele Schwerverletzte. Dieses plötzliche Hochschwellen der Verwundetenzahl an bestimmten Orten und Tagen, dem die ärztliche Leistungsfähigkeit nicht voll zu folgen vermag, ist eine Schwierigkeit, die in der Natur der kriegsarztlichen Tätigkeit begründet ist und mit der man sich, so gut es geht, abfinden muß. Vielleicht waren anderswo die Zahlen größer. Ich hatte in dieser Zeit täglich zehn Schwerverletzte. Nun meint man vielfach, daß ein so zartes Organ wie das Auge, wenn es getroffen, doch verloren ist und unsere Leistung nicht viel über die traurige Arbeit der Enukleationen hinausgeht. Es ist dies wohl ein Grund, weshalb man den Bedarf an Augenärzten anfangs als gering vorausgesetzt hat. Hierzu ist zu bemerken, daß die Enukleationen fast immer schwierig sind. Die Bulbi sind meist kollabiert und arg verstümmelt, Fetzen sind mit der Bindehaut des Oberlides, andere des Unterlides verwachsen; und doch ist es von Bedeutung, die Bulbi gut herauszupräparieren und eine möglichst große Konjunktivhöhle für die Prothese zu erhalten. Ich habe viele gesehen, die ein künstliches Auge nicht werden tragen können; und da die Enukleationen fast nie so eilig sind, sollte man sie möglichst den besser ausgestatteten Augenstationen überlassen. Oft verbinden sich die Enukleationen mit Lidplastiken, die, wenn frühzeitig ausgeführt, eine dankbare Aufgabe stellen. In anderen Gegenden der Hautdecke mag man durch Abwarten bessere aseptische Heilungsbedingungen erreichen. Das Gewebe des Lides und der Bindehaut ist nach dieser Richtung wenig gefährlich; andererseits wirkt hier eine narbige Schrumpfung, die an anderen Gegenden gleichgültig ist, entstellend und verhindert das Tragen der Prothese. Jeder Millimeter Bindehaut ist als etwas Wertvolles anzusehen, jeder Millimeter Lidsaum als etwas Unersetzliches. Darum wird später, wenn der Heilprozeß abgelaufen ist, mit mühevollen Transplantationen an den definitiven Verhältnissen nur wenig geändert. Ueberraschend aber ist, was man bei frischen Fällen erreichen kann.

Hierbei wird die Heiltendenz des Jugendlichen, Kräftigen hilfreich mitwirken. Als merkwürdigsten Fall erwähne ich einen solchen, bei dem der intermarginale Saum des Oberlides fast in ganzer Ausdehnung abgerissen und an mehreren Stellen mit dem unteren, teilweise auch zerfetzten Lidrande verklebt war, an diesem hing. Dabei war der Wimpernboden oben und unten recht gut erhalten. Das Symblepharon bezog sich nur auf den konjunktivalen Teil des Lidsaums. Eine subtile Verwähung bewirkte Anheilung per primam in ganzer Ausdehnung. Auch gelang die vollkommene, dauernde Loslösung des Symblepharon, die allerdings durch das Fehlen des Auges erleichtert wurde. In einem anderen Falle war der Mittelteil des Oberlides in einer Breite von einem Zentimeter herausgerissen und mit seinem intermarginalen Saume an der zertrümmerten Hornhaut festgewachsen. Hätte man das Lidstückchen zugleich mit dem Augapfel entfernt, so würde das Oberlid unter bedeutender, entstellender Verkürzung verheilt sein. Häufig sind zipfelförmige Abreibungen von Lidteilen oder Teilen des Lidsaums. Diese Zipfel verkümmern oder verwachsen an falschen Stellen, wenn sie nicht rechtzeitig an den rechten Ort gebracht und genäht werden, und zwar der Lidsaum mit besonderer Sorgfalt.

Neben den völligen Verlusten des Auges sind allerdings die Verletzungen, bei denen der Operateur am Augapfel selbst konservativ vorgehen kann, seltener, relativ häufig Regenbogenvorfälle mit oder ohne Katarakt. Der Augapfel selbst ist nun das vielleicht infektiöseste Organ des menschlichen Körpers, und hier gilt die Mahnung aller in Kriegschirurgie erfahrenen Aerzte, die Wunden möglichst unberührt zu lassen. Die Vorfälle, wenn sie umfangreich sind, müssen abgetragen werden. Aber man soll nichts mit dem Spatel in die Kammer zuruckstreifen. Lochartige Defekte der Hornhaut, die häufig sind, machen eine konjunktivale Deckung notwendig. Das Fehlen von Sideroskop und Magneten wird derjenige gewiß schmerzlich empfinden, der bei viel unerfreulicher Arbeit den wenigen gerade, bei denen Heilung möglich ist, sie nicht bringen kann. Doch ist dieses Bedauern nur persönlich, nicht sachlich; denn die Fälle sind seltener, als man voraussetzt, und die beiden, die ich hatte, sind durch die Fahrt nach der Universitätsklinik nicht geschädigt worden.

Ziemlich groß ist die Zahl der Glaskörperblutungen ohne Verletzung der Augenhülle, die oft mit Verlust auch des Lichtscheins verknüpft sind und wenig Neigung zur Resorption zeigen. Das so allgemein geübte und von Augenärzten oft bedauerte Einträufeln von Atropin ist hier besonders schädlich; denn es preßt das Blut aus der fast immer hyperämischen Regenbogenhaut in den Ziliarkörper hinein und führt zu Nachblutungen aus diesem in den Glaskörper. Ich habe in einem Falle, in dem die Blutung bis dahin mehrere Tage konstant geblieben war, durch Eserin in großer Dosis an demselben Tage eine schnelle Aufklärung des Glaskörpers bei entsprechender Hebung des Sehvermögens beobachtet und glaube in diesem Falle an dem ätiologischen Zusammenhang mit meiner therapeutischen Maßnahme nicht zweifeln zu können. Auch wenn die Blutung mit einer Iritis verbunden ist, was man oft beobachtet, ist es zweckmäßig, mit dem Atropin zurückhaltend zu sein.

Dieser Ueberblick über die besonderen kriegsärztlichen Erfahrungen eines Augenarztes beweist gleichzeitig das Bedürfnis nach einer hinreichenden Heranziehung von Augenärzten, wie sie ja im Laufe des Krieges mehr und mehr eingetreten ist.