VII. Einige Bemerkungen zur Frage über die Skotombildung

A.J.

Samojloff

Aus der Universitäts-Augenklinik Moskau. Direktor Prof. V. Odinzow

Assistent der Klinik.

(Zu der Arbeit von W. Wegner:

Eann Skotombildung allein durch Erhöhung des intraokularen Druckes bedingt sein?)

In seiner interessanten Arbeit¹⁾ beschäftigt sich Wegner mit der experimentellen Nachforschung der möglichen Ursachen der Skotombildung. Die vom Verfasser durchgeführte Nachprüfung meiner Versuche über die Wirkung subkonjunktivaler hypertotonischer Kochsalzinjektionen auf die Skotombildung an den normalen Augen bestätigt die von mir gefundene Vergrößerung des blinden Flecks in der vertikalen Richtung, die zugleich mit der nach Kochsalzinjektion auftretenden Drucksteigerung hervortritt. Bei Kompression des Bulbus mittels der Kapsel von Bliedung fand aber der Verfasser gar keine Vergrößerung des blinden Flecks. Diese Versuche stehen nach Verfassers Meinung im Widerspruche mit meinem Beweis über die innigen Beziehungen zwischen den Skotomen, die nach subkonjunktivalen Kochsalzinjektionen auftraten, und dem Augendruck.

Nun stellte Verfasser bei seinen Untersuchungen mit der Bliedungschen Kapsel das untersuchte Auge in so unnatürliche Verhältnisse, daß in diesen Fällen keine Skotombildung auch von meinem Standpunkte aus zu erwarten war.

Das Auftreten von Skotomen nach der Wirkung von subkonjunktivalen Kochsalzinjektionen, ebenso wie in den Frühstadien des Glaukoms, ist meiner Meinung nach auf dem Wege eines eigentümlichen Netzhautödems . . . “2) erklärlich. Dieses sonderbare, ophthalmoskopisch unnachweisbare Odem steht „ . . . wohl im Zusammenhang mit der Drucksteigerung und Flüssigkeitsstauung in den perivaskulären Räumen der Haupt-venen der Netzhaut . . . ”2).

J) Z. f. A. Bd. 56, 1925, S. 48.

2) Kl. Mbl. f. Augh. Bd. 70, 1923, S. 657.

Samojloff, Einige Bemerkungen über die Skotombildung. 215

Bei der Bildung von Skotomen nach subkonjunktivaler Kochsalzinjektion spielen die beiden oben erwähnten Momente eine wichtige Rolle. Aber bei Anwendung der Bliedungschen Kapsel, wie der Verfasser selbst nachweist, tritt gar keine Flüssigkeitsstauung im Auge hervor. Die starke Kompression des Auges bedingt sogar einen Austritt der Flüssigkeit aus dem Auge. So kann, solange die Kapsel auf den Augapfel drückt, keine Skotombildung stattfinden. Würden aber skotometrische Untersuchungen nach Wegnahme der Kapsel gemacht, so könnte Verfasser vielleicht doch eine Vergrößerung des blinden Flecks finden, die sich gleichzeitig mit dem Auftreten der reaktiven Hypertonie des Auges äußert.

Wenn ich aber den Zusammenhang zwischen der Vergrößerung des blinden Flecks nach Kochsalzinjektion oder in den Frühstadien des Glaukoms und den gleichzeitigen Schwankungen des Augendrucks nachweise, übersehe ich keineswegs die Wirkung von einer ganzen Reihe von

Nebenbedingungen, die das Vorkommen oder Verschwinden des Skotoms beeinflussen. In einigen von meinen Pilocarpin-Versuchen, namentlich in denen, wo kein Druckabfall nach Pilocarpin eingetreten war, kann man das Verschwinden des glaukomatösen Skotoms nur der Wirkung solcher Nebenvorgänge zuschreiben¹⁾. Noch mehr demonstrativ erscheinen meine Adrenalinversuche, in denen, trotz des bedeutenden Druckabfalls, keine Veränderung des Skotoms gefunden wurde²⁾.

Das Drucködem spielt also zweifellos eine wichtige Rolle in der Bildung von Skotomen' bei der Augendrucksteigerung (Scotome de l'oeil hypertendu³⁾), aber, wie meine Adrenalinversuche ganz bestimmt zeigen, kann die Zunahme des Augen-druckes keineswegs als einzige Ursache der Skotombildung betrachtet werden.

!) Kl. Mbl. f. Augh. Bd. 69, 1922, S. 65.

2) Kl. Mbl. f. Augh. Bd. 72

1925

S. 669.

3) Ann. d'Ocul. V. 161

1924

S. 523.