Netzhautlöcher ohne Amotio

E.

Weber

Biel

Vor zwei Jahren habe ich über dieses Thema ausführlich berichtet (1). Es sei nochmals hervorgehoben, daß nach meinen Beobachtungen Lochbildungen speziell der untern Fundusperipherie häufiger sind, als gewöhnlich angenommen wird. Dabei handelt es sich um Zufallsbefunde, die nicht die geringsten Beschwerden verursachen und bei mindestens 2%o der Sprechstundenpatienten zu finden sind. Aussehen: rund, relativ klein, scharf begrenzt; ein schmaler grauer Wall wird selten vermißt. Aderhaut in den porösen Stellen intensiv rot. Beim Vorliegen multipler Löcher können Pigmentationen oder feine Abriegelungszonen gefunden werden; diese Veränderungen sind aber keineswegs obligat. Auch zystoide Degenerationen scheinen oft ganz zu fehlen. Löcher der beschriebenen Art – von Lappen- oder Hufeisenrissen ist hier nicht die Rede – sind nach meinen Beobachtungen wahrscheinlich weniger gefährlich, wenn sie in der untern Fundushälfte liegen: so zeigen denn auch die vor zwei Jahren demonstrierten Fälle (seit 3–4 Jahren in Beobachtung) keine Zeichen von Amotio.

Der Prozentsatz von 2%o bezieht sich auf das heterogene Patientenmaterial der Sprechstundenpraxis. Eine Auslese nach Myopen oder eine Klassierung nach Altersstufen wurde nicht getroffen. (Nebenbei sei erwähnt, daß die von mir beschriebene senile kalottenförmige Linsenblattablösung (2) ebenfalls eine Relation von 1000 : 2 aufweist!)

Vorstellung eines 23jährigen emmetropen Patienten, der mich wegen eines Hornhautfremdkörpers aufsuchte. Eine rasche orientierende Untersuchung des

264
Weber, Netzhautlöcher ohne Amotio

Au'genhintergrundes ergab als Zufallsbefund nicht weniger als 7 Löcher (rechts 4, links 3). Aussehen wie Abb. 2, Tafel II, Ophthalmologica, Bd. 114, oberer Teil der Abb. Lage: 6–7 Uhr, 2–5 PD von der Ora entfernt. In der Umgebung einzelner Foramina etwas Pigment; bei andern Löchern fehlt jede Andeutung einer Abriegelung.

Der Patient wird in Beobachtung bleiben. Eine prophylaktische Operation kommt schon deshalb nicht in Frage, weil die Veränderungen doppelseitig sind. Da es sich um «vmtere» Löcher handelt, so wäre auch bei Einseitigkeit Zuwarten am Platz.

Nachtrag. Herr Prof. Goldmann hat sich freundlicherweise bereit erklärt, den Patienten mittels seines neukonstruierten Funduskontrollglases – das eine verzerrungsfreie Beurteilung der Peripherie erlaubt – zu untersuchen. Dabei ließ sich einwandfrei die Lokalisation nachweisen (Aussehen nach Prof. Goldmann wie bei Maculaloch). – Gegen Schichelloch spricht m. E. auch die Tatsache, daß Löcher der beschriebenen Art gemeinsam mit einem größeren Foramen, das zu umschriebener Amotio führte, vorkommen können; ich verweise auf die schon erwähnte instruktive Abb. 2, Tafel II der Ophthalmologica, Bd. 114. Ein Unterschied im Verhalten des Loches /rundes besteht dabei nicht. Intensivlicht selbstverständlich, wie früher beschrieben (I.e.).

Diskussion:

Girardet (Lausanne): Dans l'étude des déchirures sans décollement, il faut préalablement être assuré que la déchirure existe réellement. En l'absence d'un soulèvement de la rétine, le diagnostic est généralement difficile. Il faut exiger des bords nets, une visibilité particulière du dessin de la choroïde. On peut avoir, dans des yeux normaux, des épaissements localisés, grisâtres, de la rétine, qui prennent ici et là une disposition circulaire. L'intérieur du cercle, d'aspect normalement rouge, donne alors par contraste l'illusion d'une déchirure. On a effectivement une différence de niveau comme dans les pseudo-trous maculaires, mais ce n'est pas suffisant. De là l'importance d'une ophtalmoscopie sous lumière intense (lampes spéciales), ce qui évite la plupart du temps une erreur.

Littérature.

1. Weber

E.: Ophth. Bd. 114

S. 304 (1947); dort auch weitere Literatur-hinweise. – 2. Weber

E.: Ophth. Bd. 107

S. 108 (1944). – 3. Fleischer

F.: Klin. Mbl. Augenhkde. Bd. 112

S. 20 (1947).