

IV. Heilung einer Embolie der Arteria centralis retinae durch Reiben des Auges.

Von Dr. med. R. Fischer, Augenarzt in Leipzig.

Bei Embolie der Arteria centralis retinae hat man wiederholt Operationen wie Iridectomien u. s. w. vorgenommen in der Absicht, dadurch die Widerstände, welche der intraoculare Druck dem in's Auge eindringenden Blut entgegensetzen würde, zu verringern und so einen neuen Blutzufuss zur Netzhaut zu erleichtern. Diese Heilversuche waren jedoch nur ausnahmsweise und dann nur vorübergehend oder vielleicht nur scheinbar von Erfolg. Dagegen wurde in letzter Zeit auf anderem Wege mehrmals eine Heilung erzielt. So konnte Wood-White¹⁾ bei einem 31jährigen Manne, dessen rechtes Auge erst wenige Stunden vorher durch Embolie erblindet war, beobachten, wie sich nach zweimaligem Druck auf den Augapfel die leeren Netzhautgefäße wieder füllten, und zwar der obere Hauptast mit seinen Zweigen sogleich, der untere nach 2—3 Minuten. Auch das Sehvermögen stellte sich wieder her, allerdings nicht augenblicklich in voller Höhe, aber nach 2 Tagen erschien das Auge ganz normal.

Ferner wurden in 3 Fällen²⁾ von frischer Embolie eines Astes der Centralarterie (einmal eines Hauptastes, zweimal eines temporalen Zweiges) sämtliche Krankheitserscheinungen durch Reiben des Auges rasch beseitigt. Die Wiederkehr der Circulation ist zwar nur einmal mit dem Augenspiegel sofort festgestellt worden. Aber in allen 3 Fällen erfolgte gleich nach dem Reiben des Auges eine erhebliche Besserung des Sehvermögens und dann nach kurzer Zeit die völlige Wiederherstellung. Die Heilung der Embolie trat also in diesen Fällen mit der Massage und wahrscheinlich auch durch die Massage ein.

Ich habe nun selbst von einer ähnlichen Beobachtung zu berichten.

Am 18. Februar 1889 kam die 38jährige Frau B. zu mir, nachdem zwei Stunden vorher ihr rechtes Auge durch Embolie der Centralarterie erblindet war. Die Netzhaut hatte sich bereits grau getrübt, am dichtesten in der Gegend der Macula lutea, und in deren Mitte war, wie gewöhnlich, ein von der Trübung verschonter rother Fleck sichtbar. Die Gefäße erschienen stark verdünnt und spärlich verzweigt, in zwei Venen war die Blutsäule mehrfach unterbrochen. Zeichen eines noch bestehenden schwachen Kreislaufes fehlten durchweg, liessen sich auch nicht durch Druck auf das Auge hervorrufen. Dabei fiel mir aber auf, dass die kleinen rothen Blutcyliinder in den beiden Venen öfters ihren Ort ein wenig wechselten, wenn ich den Finger auf dem Augapfel mässig drückend hin und her bewegte. Diese Wahrnehmung veranlasste mich zu dem Versuch, durch Reiben des Auges auf den Pfropf, der in der Centralarterie gerade an deren Theilungsstelle sass und in die beiden Hauptäste hineinragte, einzuwirken, ihn zu lockern, zu verschieben und so vielleicht wieder eine Blutzufuhr zur Netzhaut zu ermöglichen. Ich setzte beide Zeigefinger auf das geschlossene Auge auf und führte den einen unter gleichmässigem Druck in allen Richtungen hin und her, während der andere ihm entgegenwirkte und den Bulbus fixirte. Von Zeit zu Zeit sah ich mit dem Augenspiegel nach, ob etwa die Gefäße eine Aenderung erfahren hätten. Als ich zu dem Zwecke einmal die Finger vom Auge wegnahm, rief die Kranke aus, nach unten hin sei es ganz hell geworden. Der Augenspiegel zeigte normale Gefässfüllung der oberen Netzhauthälfte und ebendort war überall Lichtempfindung nachzuweisen.

Ich hatte anfangs nicht auf Erfolg gerechnet; nunmehr durfte ich weiter hoffen. Um zu sehen, in welcher Weise sich die Umwandlung des Augenspiegelbildes vollzog, massirte ich von nun an den Bulbus nur mit einem Finger und betrachtete dabei andauernd den Augenhintergrund. Ich kam jedoch so nicht zum Ziel, da bei Anwendung eines stärkeren Druckes die Spiegeluntersuchung sehr erschwert, fast unmöglich wurde. Ich begann deshalb wieder in der Weise wie zuerst. Doch blieb lange Zeit alles beim alten. Endlich machte sich aber wieder ein bedeutender Fortschritt bemerklich. Von der sichtbaren Theilungsstelle der Centralarterie aus trat jetzt der untere Hauptast gleichfalls als normal breite rothe Blutsäule hervor. Letztere ging ohne Unterbrechung in den einen Zweig des Hauptastes, in die Art. nasal. inf. und deren Verästelungen über, und in dem ganzen Verbreitungsgebiet dieser Arterie war das Sehvermögen bereits wieder erwacht. Von der Art. temporal. inf. war aber nur ein kurzes Anfangsstück mit Blut angefüllt, darauf folgte ein Pfropf, ein grauweißer Strang von mehr als einem Papillendurchmesser Länge. Durch anhaltendes Reiben gelang es, denselben noch weiter zu treiben, bis er zuletzt gerade unterhalb des gelben Fleckes lag als langer dünner grauer Faden, durch die Netzhauttrübung stark verschleiert. Weiter nach ihrem Ursprung hin erschien die Arterie ganz normal, ebenso einige andere Arterien, die vorher aus der Temporalis durch Theilung hervorgegangen waren.

Als ich jetzt den Netzhautgefäßen von der Papille aus bis in ihre Verästelungen genau nachging, stiess ich auch in einem horizontalen Aste der Temporalis superior nahe oberhalb der Macula lutea auf einen Embolus; nur war derselbe viel kürzer. An den übrigen kleinen Arterien, insbesondere in der Netzhautperipherie, waren nirgends Zeichen einer Verstopfung zu entdecken.

¹⁾ The Ophth. Rev. I. 1882. Jan.

²⁾ 1. Mules, Ophthalm. Soc. of the United Kingdom. 6. Juli 1888; 2. Hirschberg, Centralbl. f. Augenheilk. XII, p. 297, 1888; 3. Hilbert, Betz Memorabilien 33. Jahrg. p. 457, 1889.

Die Kranke hatte nunmehr im grossten Theil des Gesichtsfeldes nicht bloss Lichtschein, sondern sie konnte auch schon die Gegenstände im Zimmer erkennen. Die Mitte des Gesichtsfeldes jedoch erschien ihr noch gleichmässig schwarz; es bestand ein kleines centrales Scotom, das vom Gesichtsfeld ungefähr soviel einnahm, als man bei ausgestrecktem Arm mit der Hand verdecken kann. Das Scotom blieb aber nicht unverändert. Sehr bald hellte sich die Mitte auf, und der Fixirpunkt erlangte allmählich sogar wieder volle Sehschärfe. Dann kehrte auch im übrigen Scotomgebiet das Sehvermögen zurück, freilich nur unvollkommen und ungleichmässig. Das Endergebniss war ein kleines relatives Ringscotom bei völliger Wiederherstellung des centralen und peripheren Sehens.

Auf die sonstigen sehr bemerkenswerthen Erscheinungen, die ich in meinem Fall beobachtet habe, gehe ich hier nicht näher ein. Eine ausführliche Darstellung und Besprechung habe ich von ihnen in meiner bei Veit & Comp. in Leipzig erschienenen Abhandlung über die „Embolie der Arteria centralis retinae“ gegeben.¹⁾ Nur möchte ich nochmals besonders auf den Vorgang der Heilung aufmerksam machen. Diese kam in den angeführten Fällen dadurch zustande, dass der Pfropf frühzeitig verkleinert wurde und in Trümmer zerfiel, die der Blutstrom wegspülte. Bei meiner Patientin konnte ich mit dem Augenspiegel zwei grössere Bruchstücke des Embolus nachweisen, und dieselben verriethen ihre Anwesenheit auch durch Gesichtsfeldstörungen, eben durch das Ringscotom. Ebenso beruhte das kleine Scotom, das in Mules' Fall in der Nähe des Fixirpunktes für die Dauer zurückblieb, vermuthlich auf Verstopfung eines macularen Arterienzweiges durch einen Ueberrest der weissen Pfropfmasse, welche anfangs den unteren Hauptast ausfüllte. In Hirschberg's Fall verschwand aber der rothe Pfropf, der ursprünglich sichtbar war, während der Massage vollständig, ohne eine Spur im Augenspiegelbild oder im Gesichtsfeld zu hinterlassen. — Auf gleiche Weise müssen wahrscheinlich die nicht seltenen Spontanheilungen der Centralarterienembolie in der Regel erklärt werden.

¹⁾ Die Embolusquelle suchte ich in Thrombose der Carot. int. d., zu der mir auch die vorhandene atypische Migräne in naher Beziehung zu stehen schien. Jetzt finde ich einen für diese Annahme wichtigen Bericht Oppenheim's über anatomisch nachgewiesene Carotisthrombose bei einer Migräne-Kranken (Charité-Annalen XV. S. 298. 1890). Oppenheim fasst freilich den Zusammenhang etwas anders auf als ich.