



EIN FALL VON IRITIS CROUPOSA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM MONTAG, DEN 2. AUGUST 1880,

MITTAGS 12 UHR.

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

WILHELM BLIESKE

AUS POMMERN.

OPONENTEN:

M. GROSSMANN, DRD. MED.

W. ECKHARDT, DRD. MED.

A. HEEP, CAND. MED..



GREIFSWALD.

DRUCK VON CARL SELL.

1880.



SEINEN

THEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Unter den Entzündungen, die am menschlichen und thierischen Auge beobachtet werden, gehören die Regenbogenhautentzündungen sowohl durch die Mannigfaltigkeit ihres Auftretens, als durch den schnelleren oder langsameren Verlauf zu den interessantesten und praktisch wichtigsten. Erinnerung sei nur an die Folgen, die eintreten können, falls eine Iritis übersehen, und der zweckmässige therapeutische Eingriff unterlassen wird. Kein Wunder also, wenn diese Krankheit die Aufmerksamkeit des ärztlichen Publikums von Anfang an in Anspruch nahm.

Aber umso mehr muss man sich wundern, wenn man noch bis in die Neuzeit in den Handbüchern der Augenheilkunde die Beschreibung einer Form von Regenbogenhautentzündung vermisst, ich meine die Iritis plastica, oder wie ich sie sogleich bezeichnen möchte, die Iritis crouposa.

Da in der Litteratur nur erst auf einige Fälle mit eigenthümlicher Exsudation in die vordere

Augenkammer Rücksicht genommen, so dürfte es nicht unnöthig sein, hier einen solchen Fall näher zu beschreiben. Auch gewährt der nachfolgende Fall von Iritis plastica neben dem Interesse, dass er die Zahl dieser Iritiden um einen sehr prägnanten Fall vermehrt, in seiner Aetiologie und in der Art und Weise seiner Entwicklung und Rückbildung soviel interessante Seiten, dass seine Darstellung wohl als gerechtfertigt erscheinen dürfte.

Unsere Bekanntschaft mit dieser Krankheitsform ist ebenso neu, wie ihr Vorkommen selten.

Wenngleich Trübungen in der vorderen Augenkammer, Hypopyon, Pupillarmembranen, hinreichend bekannt waren, so kommen doch, wenn auch selten, eigenthümliche Exsudatbildungen zur Beobachtung, die dem weniger Geübten leicht zu falschen Diagnosen Veranlassung geben können.

Prof. Schmidt ¹⁾ in Marburg war es vorbehalten, auf diese neue Form der Iritis zuerst aufmerksam gemacht zu haben. Seitdem haben sich die Beobachtungen vermehrt; so theilt Dr. Gunning ²⁾ drei Fälle, Dr. Gruening ³⁾ in New-York, Dr. Kipp ⁴⁾ in Newark je einen Fall mit. Diesen Beobachtungen

¹⁾ Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. Jahrgang IX. 1871. pag. 94.

²⁾ Kl. Monatsblätter für Augenheilkunde. Jahrgang X. 1872. pag. 7.

³⁾ Archiv für Augen- u. Ohrenheilk. Bd. III., pag. 166.

⁴⁾ Archiv für Augen- u. Ohrenheilk. Bd. III., pag. 190.

schliessen sich einige Fälle von Knapp¹⁾ an, je ein Fall von Keyser,²⁾ Klotz,³⁾ Schmalenbach,³⁾ Laqueur.²⁾

Auf eine genauere Beschreibung der einzelnen bisher beobachteten Fälle glaube ich verzichten zu können, da ich ja nur wiederholen könnte, was in den Originalarbeiten zu finden ist. Vielmehr geht meine Aufgabe dahin, die bisher mitgetheilten Fälle einer kurzen Betrachtung hinsichtlich der Aetiologie, Symptomatologie, Dauer und Ausgang des Leidens, sowie der eingeschlagenen Therapie zu unterwerfen, sodann den in hiesiger Augenklinik beobachteten Fall mitzutheilen, sein Eigenartiges und was ihm mit andern gemein hervorzuheben.

In Bezug auf die Aetiologie der Ausscheidung plastischer Exudate in die vordere Augenkammer müssen wir, abgesehen von einem von Gunning mitgetheilten Fall, wo Cyklitis vorlag, auf Iritis zurückgehen.

Freilich auffallend ist es, dass in einer Anzahl der Fälle eine Iritis gummosa den Ausgangspunkt für die plastischen Exsudationen bildet.

In zwei von Gunning beschriebenen Fällen bestand entschieden Syphilis, während in dem dritten der Verdacht darauf nahe lag. Während in dem ersten Fall, der einen 45 Jahre alten Herrn betraf,

1) Archiv für Augen- u. Ohrenheilk. Bd. VI, pag. 397.

2) Nagel: Jahresbericht d. Ophthalmologie. 1874, pag. 328.

3) Inauguraldissertation. Schmalenbach. Greifsw. 1874.

der wiederholt luetische Erscheinungen dargeboten, dem Autor das ausgesprochene Bild der plastischen Iritis zu Gesichte kam, konnte er in dem andern Fall eine syphilitische Iritis mit mässigen Reizerscheinungen constataren.

Auch in dem von Gruening citirten Fall bildete die Iritis gummosa den Ausgangspunkt. Patient hatte vor zwei Jahren constitutionelle Syphilis acquirirt und litt damals gleichzeitig an Iritis. Wieder genesen, erkrankte Patient nach zwei Jahren an einer Iritis des andern Auges, die nunmehr den Anlass zu den weiteren Veränderungen gab. Gruening constatirte am inneren und äusseren Pupillarrand breite hintere Synechicen; gerade über der äusseren Verlöthung sass ein hirsekorngrosser Gummiknoten.

Auch Kipp konnte in seinem Falle in der luetischen Iritis die Quelle des Exsudates nachweisen.

Interessant war es zu sehen, wie an dem Gummiknoten, der seinen Sitz am oberen Segment der Iris nahe dem Pupillarrande hatte, die ersten Trübungen auftauchten und sich von dort nach allen Richtungen hin ausbreiteten.

Es läge hiernach überaus nahe, die Frage aufzuwerfen, ob die Iritis plastica mit der Syphilis in näherem Zusammenhang stehe. Freilich bleibt es dann immer sonderbar, dass bei einem solchen Allgemeinleiden immer nur das eine Auge ergriffen wird.

Ich wage nicht, diese Frage endgültig zu entscheiden, überlasse es vielmehr noch zu machenden Erfahrungen, in wie weit die Iritis gummosa auf die eigenthümliche Exsudatbildung Einfluss haben könnte.

Andererseits liegen zahlreiche Beobachtungen vor, wo bei einfacher idiopathischer Iritis galatinöse Ausscheidungen in die vordere Augenkammer vorkamen, so von Keyser, Schmalenbach, Klotz, Laqueur. Auch in dem unten näher mitzutheilenden Fall fehlte jedes Zeichen einer syphilitischen Infection.

Knapp spricht sich in seinem Bericht über Iritis mit schwammigem Exsudat in die vordere Augenkammer dahin aus, dass diese Ausscheidungen sowohl spontan bei syphilitischer wie nicht syphilitischer Iritis vorkommen.

Gleichzeitig macht Knapp darauf aufmerksam, dass ähnliche Ausscheidungen nach operativen Eingriffen am Bulbus, sei es einer Staar- oder Glaukoperation bisweilen vorzukommen pflegen. In letzteren Fällen ist Knapp der Ansicht, dass der Erguss vielleicht von der angelegten Wunde ausgehe. Wie weit dies richtig sei, darüber liesse sich streiten, stützt doch Knapp selbst seine Behauptung nur darauf, dass er in diesen Fällen die Iris im Wesentlichen normal und die Pupille mittelmässig erweitert gefunden habe.

Schon hieraus dürfte der Schluss zu ziehen sein,

dass auch in diesen Fällen iritische Reizungen nicht gefehlt haben werden.

Alt glaubt, dass das Exsudat mit Haemorrhagien in Beziehung zu bringen sei; er stellt sich die Sache so vor: „Beim Auftreten parenchymatöser Blutungen filtrire das Blutplasma durch das Irigewebe in die vordere Kammer. Durch Gerinnung des Fibrins komme es zu spongiösen, durch Auflösung vor der Resorption zum gelatinösen Exsudat.“

Diese Erklärung passt wohl für die Fälle, die nach Operationen auftreten, nicht aber für diejenigen, wo weder ein Traume, noch das Instrument des Operateurs eingewirkt hat, denn spontan treten Haemorrhagien bei Iritis nur sehr selten auf.

So bleibt schliesslich wohl das Wahrscheinlichste, dass, wie eingangs schon erwähnt, Iritis oder Cyklitis der Ausgangspunkt für plastische Exsudate in die vordere Augenkammer sind, mögen dieselben idiopatisch oder spezifisch oder traumatisch sein.

Nachdem wir uns über die Aetiologie dieser Erkrankung klar geworden sind, wollen wir ein Bild seiner Erscheinungen, soweit dies aus den mitgetheilten Fällen erhellt, zu entwerfen suchen. Sie scheiden sich in subjective und objective Erscheinungen.

Hinsichtlich der Functionsstörungen im dioptrischen Apparat müssen wir von vornherein unterscheiden, ob das Exsudat die vordere Augenkammer

entweder ganz oder nur theilweise einnimmt. In den schwereren Fällen besitzt der Bulbus nur die Fähigkeit hell und dunkel zu unterscheiden. Ist hingegen ein Theil der Pupille frei, so wird nicht nur Lichtsinn, sondern auch Formsinn vorhanden sein. Dies liegt überaus nahe.

Die Schwere der übrigen Erscheinungen richtet sich nach den jedesmaligen Complicationen, als da sind: venöse Irishyperaemie, Ciliarneurose, Cyklitis, Choroiditis, diffuse Glaskörpertrübungen und Hypopyon.

Freilich verlangt Knapp für die reinen Formen der Iritis plastica das Fehlen von Synechieen und Hypopyon. Wohl kennt Knapp diese Complicationen, doch hält er, sobald sie vorhanden sind, diese Formen für ein Mittelglied der Iritis plastica und Iritis suppurativa. Ob dieser Unterschied durchzuführen, weiss ich nicht; andere Forscher machen ihn nicht, da sie stets nach Ablauf der Krankheit hintere Synechieen vorfanden. Was liegt in der That näher, als dass bei einer floriden Iritis, falls nicht sogleich im Entstehen die therapeutischen Hebel in Bewegung gesetzt werden, die günstigsten Bedingungen zur Bildung hinterer Synechieen gegeben sind.

Was speciell die Ciliarneurose anlangt, so vermisste ich dieselbe nur in dem Klotz'schen Falle. Es erkrankte Patient am rechten Auge unter den Erscheinungen einer einfachen Irishyperaemie; an

dem linken an einer Iritis, die schnell zur Ausscheidung eines gelblichen Exsudats führte. Schmerzen verneinte Patient.

Hinsichtlich der objectiven Symptome sind am ausgesprochensten die Veränderungen der vorderen Augenkammer. Hier lokalisiert sich so zu sagen die Krankheit.

Hinsichtlich der Art und Weise, wie und wo zuerst das Exsudat entsteht, verdienen die Worte Knapp's Beachtung.

„Das Exsudat beginnt gewöhnlich im untern Abschnitt der Iris und hat zuweilen, wenn die Pupille durch Atropin erweitert ist, schon von Anfang an ein charakteristisches Gepräge. Der Boden der vorderen Kammer ist rauchig-grau, zuweilen mit einem Stich ins Gelbliche, und im untern Abschnitt der Pupille liegt ein wirres Netzwerk größerer Fäden, welche man bei schiefer Beleuchtung mit Hilfe einer grossen Loupe sehr deutlich durch das diffuse, durchscheinende, noch nicht contrahierte Exsudat in der vorderen Kammer hindurchsieht. Die Trübung wird jeden Tag dichter und kann in zwei oder drei Tagen die ganze vordere Kammer ausfüllen.“

Die Fälle, wo das Exsudat nur theilweise die vordere Augenkammer einnimmt, sind die zahlreichsten.

In der mir zugängigen Litteratur war es mir nur möglich, zwei Fälle aufzufinden, die dem unsrigen

in Bezug auf Grösse des Exsudates zu vergleichen wären, nämlich der von Emil Gruening in New-York, und ein Fall von H. Knapp¹⁾; beide Autoren heben ausdrücklich hervor, dass die ganze vordere Augenkammer mit schwammigem Exsudat vollständig ausgefüllt war, so dass Regenbogenhaut und Pupillarraum wie durch einen gewebten Schleier erschienen.

In dem citirten Fall von Schmidt, in dem von Gunning, Keyser und der übrigen Autoren, wird erwähnt, dass nur ein Theil des Pupillarraumes verschlossen gewesen ist.

Es könnte Jemand die Frage aufwerfen, ob nicht den letztgenannten Beobachtern erst das Krankheitsbild zu Gesichte gekommen sei, als bereits im plastischen Exsudat regressive Prozesse eingeleitet waren. Entnehmen wir doch aus sämtlichen Mittheilungen, wie schnell das Exsudat Veränderungen einzugehen im Stande ist. Hiernach könnte man wohl versucht sein, dies anzunehmen.

Andererseits aber liegt kein Grund vor, dass bei Entstehung jeder plastischen Iritis das Exsudat im Anfang den ganzen Raum der vorderen Kammer einnehmen müsse. Wie dem auch sein möge, nach der Sachlage der hier einschlagenden Mittheilungen müssen wir annehmen, dass es Fälle giebt — und dies wäre die Mehrzahl — in welchen das Exsudat

¹⁾ Archiv für Augen- u. Ohrenheilkunde. Bd. VII, pag. 266.



im ganzen Verlauf der Krankheit die vordere Augenkammer nur theilweise einnimmt.

Was die Gestalt und Aussehen dieser eigenartigen Formationen anlangt, so werden diese von den einzelnen Beobachtern verschieden beschrieben.

Schmidt schildert in einem seiner Fälle kleine durchsichtige Bläschen, die hanfkorn- bis erbsengross sich auf der Iris entwickelten. Er vergleicht ihr Aussehen mit Cysticercusbläschen. Am Anfang der Krankheit lag einfache Iritis vor. Nach 10 Tagen entwickelte sich eine eigenthümlich gelblich-graue durchscheinende Exsudatmasse, die die innere Hälfte der vorderen Kammer einnahm und der Cornea so dicht anlag, dass es schwer ersichtlich war, ob nicht die tiefsten Cornealschichten mit afficirt waren. Schon nach zwei Tagen erkannte man eine ziemlich gespannte Blase, die den ganzen inneren Quadranten der Iris überdeckte.

In seinem zweiten Fall characterisirt Schmidt das Exsudat als eine graue opake Masse, die die Gestalt, Grösse und Dicke einer luxirten Linse hat.

Gunning fügt zu den beiden vorstehenden noch als drittes Epitheton gallertig hinzu, um gleich die Consistenz des Ganzen anzugeben. Auch er giebt in einem seiner Fälle an, dass die ausgeschiedene Masse das täuschende Bild einer dislocirten Linse bot.

Ebenso Kipp. Er sagt: Das Exsudat war graulich gefärbt, halb durchscheinend und so fest, dass kein Theil davon, selbst während die Resorption

vor sich ging, in den untern Theil der Augenkammer herabsank. Der Form nach glich es dem Stück einer Linse mit einem scharf begrenzten Rand, dass es hätte leicht mit einer in die vordere Augenkammer dislocirten Linse verwechselt werden können.

Aehnlich sind die Fälle, welche Keyser, Klotz, Laqueur mittheilen.

Schmalenbach vergleicht in seiner Dissertation das geformte Exsudat mit einer pilzartigen Masse, die mit der Convexität in die vordere Augenkammer hineinragte und mit dem Stiel am Centrum der Linsenkapsel festsass.

Gruening nennt die Ausscheidung eine schwammige. Er meint, dass es nach seiner Beobachtung kaum einem Zweifel unterliege, dass die gallertige Ausscheidung eine Uebergangsform der schwammigen sei. Am ersten Tage sei ihm das Exsudat vollständig schwammig erschienen, erst am folgenden Tage, als es bereits Veränderungen eingegangen sei, bläulich weiss, gallertig, linsenähnlich.

Ueber eine eigentliche Exsudationsmembran berichtet ausser Schmidt keiner der Autoren.

Fragen wir nun, woraus besteht das Exsudat, so können wir, gestützt auf die mikroskopischen Untersuchungen von Knapp und Alt sagen, es ist Fibrin.

Beide Forscher hatten Gelegenheit das plastische Exsudat mikroskopisch zu untersuchen. Ersterer hatte bei einer Frau eine Glaukomoperation aus-

geführt. Am folgenden Tage war der grössere Theil der vorderen Kammer mit einer grauweissen cohaerenten Substanz mit scharfen Rändern ausgefüllt, die sich durch die Operationswunde nach Aussen drängte. Knapp fasste den vorstehenden Theil mit der Irispincette und extrahirte so einen Theil der in der vorderen Kammer befindlichen Massen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab ein dichtes Netzwerk von sehr zarten Fibrillen, welches weisse und rothe Blutkörperchen einschloss.

Dieselben Resultate lieferte die Alt'sche Untersuchung.

Alt prüfte das Exsudat, welches er in der vorderen Augenkammer eines von Prof. Knapp frisch enucleirten Bulbus vorfand. Das Auge des Patienten war in der Gegend des Corpus ciliare verletzt worden. Die drohende sympathische Entzündung des anderen Auges drängte zur Enucleation. Tags zuvor war es zu einem spongiösen Exsudat in die vordere Augenkammer gekommen, das die gewöhnliche linsenähnliche Gestalt darbot. Ich lasse die Worte des Autors folgen: „Die Gefässe der Iris sind prall gefüllt, sehr gewunden und drängen, wo sie der vorderen Irisoberfläche nahe liegen, die sie von der vorderen Kammer trennenden Gewebe weit in diese hinein. Es besteht ein bedeutender Grad von Auswanderung weisser Blutkörper, und es ist das ganze Parenchym der Iris mit derselben angefüllt.

Ausserdem finden sich den Gefässen entlang, ohne dass Rupturen in ihnen zu entdecken wären, kleinere und grössere Blutungen. Das Exsudat in dem untern Theil der vorderen Kammer zerfällt in zwei deutlich getrennte Schichten. Die eine, homogen, wie die gelatinösen Exsudate immer, liegt näher der Cornea und im Iriswinkel. Die andere, von linsenähnlicher Form, besteht aus einem mikroskopischen Netzwerk feinsten Fibrinfädchen. Die Maschen desselben scheinen mit Flüssigkeit erfüllt gewesen zu sein. Hier und da liegt eine vereinzelt granulirte Rundzelle in ihnen. Das Fibrinnetz ist nach aussen und unten scharf gegen die es umgebende gelatinöse Schicht abgegrenzt. Seine Fasern setzen sich nach hinten zu, jedoch zwischen das vordere Epithel der Iris hinein fort und stellen eine einigermassen feste Verbindung zwischen Exsudat und Irisgewebe in der Gegend der massenhafteren Haemorrhagien, dem Circulus Iridis major, her.“

Schliesslich zieht Alt aus seinen Untersuchungen folgendes Renommé: Diese beiden Schichten entsprechen dem klinisch geschilderten Bilde des spongiösen und des gelatinösen Exsudats.

Es dürfte auch dieser Befund der Annahme Gruening's nicht entgegen sein, dass die gallertige Ausscheidung eine Uebergangsform der schwammigen ist. —

Auf diese durch die mikroskopische Untersuchung gewonnenen Resultate hin, dürfte es nicht

allzu gewagt erscheinen, wenn ich nach dem Vorschlage von Herrn Prof. Schirmer diese Form der Iritis mit Ausscheidung eines galatinösen, fibrinösen Exsudats als Iritis crouposa bezeichne.

Die Aehnlichkeit zwischen dieser fibrinösen Auskleidung der vorderen Augenkammer und den Croupmembranen, wie sie am häufigsten an den Tonsillen, Gaumen, und Luftwegen beobachtet werden, dürfte die Bezeichnung Iritis crouposa gestatten. Wie an den genannten Schleimbäuten die fibrinösen Auflagerungen oft röhrenartige, cylindrische Abgüsse derselben darstellen, so erhalten wir auch in den ausgebildeten Fällen der Iritis crouposa einen vollständigen Abguss der vorderen Augenkammer. Einen weiteren Vergleichspunkt bietet die Art und Weise der Rückbildung. Die Membran verliert ihren Zusammenhang mit ihrer Unterlage, hier also den Kammerwandungen, und diese kehrt nach dem Rückgang der Entzündung zur völligen Norm zurück.

Die fibrinöse Natur des Exsudats erklärt auch das klinische Bild. Knapp macht darauf aufmerksam, dass das verschiedenartige Aussehen, welches das Exsudat jedesmal darbiete, einen Rückschluss auf seine Zusammensetzung zulasse. Wenn es gleichmässig durchscheinend sei (hyalin, gelatinös, wie eine luxirte Linse), so bestehe es wahrscheinlich ausschliesslich oder fast ausschliesslich aus geronnenem Faserstoff. Wenn es grau oder grau-weiss sei, so müsse man annehmen, dass dem Fibrin eine gewisse

Menge weisser Blutkörperchen beigemengt sei. Die Beimengung eines gelblichen oder gelb-grünlichen Farbentones zeuge von der Anwesenheit rother Blutkörperchen.

Was die Prognose dieser Iritisform betrifft, so ist dieselbe, abgesehen von etwaigen Complicationen, als günstig zu bezeichnen. Mir ist bei Durchmusterung aller veröffentlichten Fälle keiner aufgestossen, bei dem eine Resorption der fibrinösen Massen oder der Croupmembran nicht erfolgt wäre; freilich wurde in dem einen Fall ein günstigeres, in dem andern ein weniger günstiges Resultat erzielt.

Recidive werden von verschiedenen Seiten erwähnt, aber gleichfalls mit günstigem Ausgang. Knapp hebt sogar in einem Fall hervor, dass es, während noch der erste fibrinöse Erguss in Resolution begriffen war, zu einem zweiten kam. Drei Tage hatte sich bereits die schwammige Masse contrahirt und nur noch einen Theil des Pupillarraumes inne, als es abermals zur völligen Auskleidung der vorderen Augenkammer kam.

Auch die Dauer der Krankheit ist sehr verschieden. Während in dem einen Fall in 8—10 Tagen *restitutio ad integrum* erfolgte, liess dieselbe in anderen Fällen 6—7 Wochen auf sich warten.

Die jedesmalige Therapie richtet sich nach den Reizerscheinungen und auftretenden Complicationen. Die Regenbogenhautentzündung erfordert häufige Atropininstillationen. Zur Schmerzlinderung werden

künstliche Blutegel angewandt. Um eine schnellere Resorption herbeizuführen leitete der eine die acute Inunctionscur ein, der andere suchte dasselbe zu erreichen durch Cataplasmen und starkes Schwitzen.

Gehen wir nun zur Erörterung unseres speciellen Falles über.

Vorerst sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Schirmer, für die Bereitwilligkeit, mit welcher er mir gestattete, den Fall zu beobachten, den täglichen Befund aufzunehmen und zu veröffentlichen, sowie für seine freundliche Unterstützung, meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Am 5. Mai dieses Jahres stellte sich ein ziemlich kräftiger junger Mann, Namens Hillebrand im Ambulatorium hiesiger Augenklinik vor, dessen rechtes Auge seit zwei Tagen in Folge eines Traumas erkrankt war. Patient, früher nie krank an den Augen, hatte das Unglück gehabt sich mit einer scharfen Diestel in's Auge zu stossen. Da Patient sehr bedeutende Schmerzen hatte, so suchte er am 5. Mai ärztliche Hülfe auf, wozu er einen mehrere Meilen weiten Weg zu Fuss zurücklegte. Seine Reception erfolgte am 6. 5. 80.

Status praesens vom 6. Mai 1880.

Patient hatte heute, da er Tags zuvor bereits mehrere Atropininstillationen erhalten hatte, nur noch über geringe Schmerzen zu klagen. Die Con-

conjunctiva bulbi stark geröthet, im ganzen Limbus tiefe pericorneale Gefässinjection. Selbst die Lider nehmen durch Röthung und Schwellung an den Reizerscheinungen Theil. Im oberen inneren Viertel der Cornea befindet sich eine 4 mm lange zackige Wunde, die in vertikaler Richtung durch die Cornea geht. Der übrige Theil der Hornhaut ist intakt, ihre Oberfläche glatt und glänzend.

Am Grunde der ziemlich tiefen vorderen Augenkammer befindet sich ein 2 mm hohes Hypopyon. Von dem betreffenden Practicanten lautete die Diagnose auf Hypopyon-Keratitis. Aber Herr Professor Schirmer machte sogleich darauf aufmerksam, dass sich noch etwas anderes in der vorderen Augenkammer befinde. Bei genauer Besichtigung erschien die hintere Fläche der Cornea wie bestäubt, und in der vorderen Augenkammer zeigte sich ein gelblicher Hauch, der von einem plastischen Exsudat herrührte, das Iris, Pupille wie hintere Cornealfläche bedeckte.

Herr Prof. Schirmer stellte die Diagnose auf Iritis plastica, wie sie zuerst von Schmidt beschrieben.

An der Perforationsstelle ist das Exsudat von der hinteren Cornealfläche nach der Iris hin gleichsam wie eine Düte ausgezogen.

Im Bereich der Pupille ist die Iris unten wie aussen und innen mit der vorderen Linsenkapsel verlöthet. Ausserdem macht es den Eindruck, als

ob an der innern Seite der periphere Theil der Iris abgelöst ist, so dass an dieser Stelle ein kleiner Schlitz zu bestehen scheint, der gleichfalls durch plastisches Exsudat verschleiert ist. Man muss sich die Sache so vorstellen. Der Dorn hat die Iris in schräger Richtung perforirt und die Iris nahe ihrer Ciliarinsertion getrennt; der auf Reize prompt reagirende sphincter pupillae contrahirte sich sogleich und zog den gelösten Ciliartheil der Iris nach dem Pupillargebiet hin. Freilich wird die Diagnose der Iridodialysis mit einiger Reserve gestellt.

Ueber eine etwa stattgehabte Verletzung der Linse lässt sich wegen der Exsudatmasse nichts näheres bestimmen. Linsefflocken sind augenblicklich nicht zu bemerken.

Tonus nicht vermehrt. Bulbus auf Druck schmerzhaft.

$$S = \frac{1}{\infty}.$$

Therapie: Atropin und Schwitzkur durch folia Jaborandi.

Status praesens vom 7. Mai 1880.

Das Exsudat ist undurchsichtiger geworden und hat eine gelbliche Farbe angenommen; es füllt die ganze vordere Augenkammer wie einen Abguss derselben aus.

Patient schwitzt heute zum ersten Mal und setzt jeden dritten Tag die Cur fort.

Status praesens vom 11. Mai 1880.

Das plastische Exsudat hält noch die ganze vordere Augenkammer ausgefüllt, und hat deren Form vollständig angenommen, gleichsam wie eine gespannte Blase, deren Inneres ein flüssiges Medium einnimmt.

Das Exsudat, von grau-gelber Farbe, bildet in Bezug auf Farbe einen starken Contrast zur noch bestehenden Hypopyonmasse. Von der Iris ist nichts zu sehen.

Patient ist frei von Schmerzen; er unterscheidet hell und dunkel.

Status praesens vom 12. Mai 1880.

Der Schrumpfungs- und Ablösungsprocess der Exsudatmasse hat seinen Anfang genommen, denn temporalwärts ist bereits ein von Exsudat freier Irissaum mit stark dilatirten Gefäßen und ins gelbröthlich spielender Verfärbung wahrnehmbar. Das sichtbare Irisstück hat die Form einer $1\frac{1}{2}$ mm. breiten schmalen Mondsichel mit seiner Convexität nach dem Corneal- mit der Concavität nach dem Pupillarrande gerichtet.

Farbe des Exsudats wie der Hypopyonmasse unverändert.

Patient unterscheidet hell und dunkel, Fingerbewegung erkennt er in nächster Nähe.

Nachmittags ist bereits die Grenzlinie der Pupille temporalwärts sichtbar.

Status praesens vom 13. Mai 1880.

Das Exsudat ist heute an der temporalen Seite noch mehr zurückgegangen, so dass etwa eine Sichel von 3 mm. Breite sichtbar ist, die die ganze Iris und einen circa $\frac{1}{2}$ mm. breiten Streif von der Pupille erkennen lässt.

Soweit der Iris sichtbar, überall stark dilatirte Gefäße; ihr Aussehen ein verwaschenes.

Das Exsudat, welches in der Ablösung von den Kammerwandungen und in der Schrumpfung begriffen ist, sieht deutlich wie eine linsenförmige Hülse aus, deren temporale Begrenzung und nur eine kleine Strecke der oberen Begrenzung sichtbar sind. Die Begrenzungslinie ist stark gelb tingirt, intensiver als die centrale Partie, vergleichbar mit dem Rande eines Schichtstaars.

Heute hat sich die temporale Seite stärker abgelöst von der Irisfläche als die nach oben gelegene Partie, wodurch die sich bis dahin als Kreislinie dargestellte Begrenzungslinie aufgehoben ist und sich als eine schwach gebogene Linie präsentirt.

An der Perforationsstelle sieht man deutlich, wie eine zipfelförmige Exsudatmembran in die hintere Partie der Cornealwunde eindringt und dadurch die Blase wie gestielt erscheinen lässt.

Ueber Schmerzen hat H. nicht zu klagen. Auf Druck ist der Bulbus empfindlich.

Status praesens vom 14. Mai 1880

Der Schrumpfungs- und Ablösungsprocess ist

weiter vor sich gegangen, nur dass letzterer sowohl oben wie unten eine Einschränkung erfahren. Während an den vorhergehenden Tagen der temporale Rand der Exsudatmasse noch eine schwach gebogene Linie darbot, stellt er heute eine gerade senkrechte Linie dar, da das Exsudat oben und unten noch an der Iris festhaftet, und so der Schrumpfungsprocess nur in den mittleren Partien weiter fortschreiten konnte.

Das Hypopyon, mehr nasalwärts verschoben, liegt in der Exsudatkapsel wie in einem Sack. Auch das Hypopyon scheint in Abnahme begriffen zu sein.

Das ungefähr 1 mm. breite temporalwärts gelegene freie Stück der Pupille lässt bei seitlicher Beleuchtung einen grauen gelblichen Schein aus der Tiefe vernehmen, der sehr dem einer bestehenden Cataract ähnelt; doch lässt sich darüber sicheres zur Zeit noch nicht aussagen.

Die Cornealwunde von derselben Beschaffenheit wie ehemals. Iris stark hyperaemisch. Conjunctivitis und Episcleritis bestehen fort.

Status praesens vom 15. Mai 1880.

Was die Gestalt der Exsudatblase betrifft, so ist dieselbe die nämliche wie am gestrigen Tage; hingegen ist eine entschiedene Farbenveränderung eingetreten. Das Exsudat ist heller geworden und lässt den Schluss zu, dass durch Resorption des Sackinhaltes die vordere und hintere Wand des Sackes näher aneinandergerückt sind. Auch macht

es sichtlich den Eindruck, als ob sich zwischen hinterer Cornealwand und der vorderen Membran des Sackes sich ein flüssiges Medium befindet.

Das Hypopyon ist mehr nasalwärts verschoben und ist kleiner geworden.

Das Sehvermögen des Patienten nur noch dasselbe wie an früheren Tagen. Die vor seinem Auge bewegte Hand vermag er als ein Auf- und Absteigen zu erkennen. Das Befinden ist im Uebrigen ein relativ gutes zu nennen.

Status praesens vom 16. Mai 1880.

Die Veränderungen von heute auf gestern sind bedeutend. Während noch gestern die obere Anhaftungsstelle des Sackes auf der Iris lag und den Eindruck machte, als ob sie dem Schrumpfungprocess nicht folgen wollte, finden wir sie heute frei im Bereich der Pupille, spitzwinklig als scharfe Zacke hervorspringend. Was den unteren Anhaftesaum anlangt, so liegt er zwar noch auf der Iris, aber hat auch dessen Loslösung nennenswerthe Fortschritte gemacht; denn der temporalwärtsgelegene, früher senkrechte Rand der Exsudatmasse verläuft nunmehr von oben temporalwärts nach unten nasalwärts.

Die Pupille bis zur Hälfte frei geworden, lässt noch immer den grau-gelben Reflex aus der Tiefe erkennen, der nun als von der Linse ausgehend anzusehen ist, so dass Cataracta traumatica nicht mehr in Abrede gestellt werden darf, doch ohne, dass man

eine Kapselwunde nachweisen kann. Von dem Hypopyon sind nur noch die letzten Spuren nachweisbar. An der Perforationsstelle nichts besonderes zu bemerken.

Status praesens vom 17. Mai 1880.

Im Vergleich zu gestern sind die Veränderungen nicht erheblich. Die Ablösung ist ein wenig weiter fortgeschritten am unteren Rande. Die Resorption des Hypopyon ist völlig erfolgt.

Status praesens vom 18. Mai 1880.

Die Form des Exsudats ist oben und unten eine andere wie ehedem. Der obere nasalwärts gelegene Irissaum ist weiter frei geworden, ebenso der untere, so dass auf letzterem nur noch ein kleines Stückchen gleichsam als Appendix des ganzen Sackes aufliegt. Am nasalen Rande keine Veränderungen zu constatiren. Die Farbe des Exsudats ist heller geworden.

Die vordere Augenkammer lässt hinsichtlich ihrer Tiefe nichts zu wünschen übrig.

Auf Palpation ist der Bulbus schmerzhaft; seine Consistenz ist normal.

Das Zunehmen des Sehvermögens hält mit der Ablösung und Schrumpfung nicht gleichen Schritt. Während nunmehr der grösste Theil der Pupille frei ist, vermag Patient nicht mehr zu unterscheiden als hell und dunkel. Bedient man sich eines weissen Porzellantellerchens als Reflector, so erkennt H. den

von demselben ausgehenden Schein und vermag die Ortsveränderungen desselben anzugeben.

Hierdurch werden wir zu der Annahme hingedrängt, dass sich noch weitere Veränderungen im Bulbus vorfinden müssen, und sind dieselben wohl hinter der Linse in den vorderen Partien des Glaskörpers zu suchen. Eine Durchleuchtung des Auges ist nicht möglich. Die Iris mit stark dilatirten Gefäßen versehen, reagirt leidlich auf Atropin.

Stellenweise declariren sich frühere Haftstellen des Sackes als kleine schwarze Pünktchen, wie Kohlenstäubchen aussehend.

Status praesens vom 19. Mai 1880.

Heute ist besonders nasal ein Rückgang sichtbar, wo bereits ein 2 mm. breiter Irissaum zu sehen ist. Die dütenartige Ausziehung des Exsudationssackes nach der Perforationsstelle hin ist deutlich zu erkennen.

Status praesens vom 20. Mai 1880.

Da H. Tags zuvor geschwitzt hat, finden sich einige Veränderungen in der Exsudatmasse nasalwärts. Hier hat der Ablösungsprocess im Fontanaschen Raum am untern Drittel begonnen. Da der Exsudatsack unten nur noch an einem Punkte auf dem Irsgewebe haftet, so resultirt hier die Figur eines ganz spitzwinkligen Dreiecks. Temporalwärts dasselbe Bild wie Tags zuvor, nur dass von oben nach unten ein schwarzer Pigmentsaum zu erkennen.

Die Helligkeit und Durchsichtigkeit des zusammengefallenen Sackes nimmt von Tag zu Tag zu.

Status praesens vom 21. Mai 1880.

Nasalwärts ist der Sack gelöst im Fontanaschen Raum bis zur Perforationsstelle hin, wo die Membran an der Cornea haftet. Dass an dieser Stelle die Regenbogenhaut mit verletzt ist, ergibt nunmehr die seitliche Beleuchtung. Die Iris, stark vascularisirt, zeigt unter der Perforationswunde reichliche Anhäufung von Blutfarbstoff, der beste Beweis für die stattgehabte Laesion des Irigewebes. Die mit einigem Rückhalt auf Iridodialysis gestellte Diagnose kann noch nicht gesichert werden. Der Bulbus auf Druck empfindlich.

$$S = \frac{1}{\infty}$$

Status praesens vom 30. Mai 1880.

Das Exsudat ist völlig durchsichtig geworden, doch sind seine Grenzlinien als feine schwarze Streifen über der Pupille einerseits und auf der Iris andererseits sichtbar. Die Spitze des membranösen Sackes haftet noch am unteren Cornealrande.

$$S = \frac{1}{\infty}$$

Allmälige Einleitung der Phthisis bulbi.

Status praesens vom 2. Juni 1880.

Ein kleines bläschenartiges Gebilde ist nasal unter der Perforationswunde noch immer vorhanden. Die Iris ist an der Stelle, wo sie laedirt ist, stark

vascularisirt, hingegen hat an den übrigen Partien die Entzündung ihren Rückgang genommen.

Der aus dem Augenhintergrunde hervortretende gelbliche Reflex liegt in den vorderen Partien des Glaskörpers und lässt sich wohl nach dem bisherigen Erfolg der therapeutischen Massnahmen bemessen, dass das Auge für den Sehsact verloren ist.

$$S = \frac{1}{\infty}.$$

Status praesens vom 7. Juni 1880.

Das croupöse Exsudat ist nun völlig geschwunden, und lassen sich die Verhältnisse klar erkennen.

Eine Iridodialysis ist nicht vorhanden, hingegen Cataracta traumatica und Trübungen in den vorderen Partien des Glaskörpers. Nach Aussen und Innen finden sich hintere Synechien vor.

Die Stichnarbe ist in der Hornhaut als weisser vascularisirter Streifen sichtbar, woraus eine geringe Trübung der Hornhaut resultirt. Die übrige Hornhautoberfläche ist glatt und glänzend.

Die pericorneale Gefässinjection ist noch ziemlich stark.

Schmerzen werden selbst bei Druck auf den Bulbus nicht mehr angegeben.

Status praesens vom 16. Juni 1880.

Patient wird heut mit Sehschärfe $S = \frac{1}{\infty}$ entlassen. Für die noch bestehende Conjunctivitis erhält er eine Zinksolution mit.

Werfen wir nun auf den eben mitgetheilten Fall einen kurzen Rückblick, so beansprucht derselbe bezüglich des Vorgangs der Rückbildung eine gewisse Würdigung.

Bezeichnen wir den Vorgang kurz, so ist er ein Contractions- oder Schrumpfungsprozess mit gleichzeitiger Resorption der fibrinösen Elemente, d. h. die croupöse Metamorphose, die Umwandlung des Inhalts geht Hand in Hand mit einer Schrumpfung.

Während ihrer Contraction nimmt die croupöse Auskleidung verschiedene Gestaltveränderungen an, die bedingt sind durch das jedesmalige mehr oder weniger Festhaften der Membran an den Kammerwandungen. Durch die Contraction werden die Ränder der Exsudatmasse scharf; nach und nach wird immer ein grösserer Abschnitt der Pupille frei, bis nach einiger Zeit die ganze Masse resorbirt ist.

Hat dieser Fall mit den früher mitgetheilten das gemeinsam, dass es sich um einen fibrinösen Erguss in die vordere Augenkammer handelt, so hat er auch wieder sein Eigenartiges und deckt sich in mancher Beziehung mit dem ersten von Schmidt mitgetheilten Fall, da es sich auch hier um eine das Ganze einhüllende Membran handelte, was so schön bei der Rückbildung zu Tage trat.

Lebenslauf.

Carl Wilhelm Blieske, Sohn des Ackerbürgers Wilhelm Blieske und dessen Ehefrau Bertha, geb. Dieckow, evangl. Confession, geboren 1855 zu Dramburg in Pommern. Seinen ersten Schulunterricht erhielt er auf der Bürgerschule seiner Vaterstadt, darauf besuchte er das Gymnasium daselbst. Nach bestandnem Abiturientenexamen bezog er Michaelis 1876 die Universität zu Greifswald, um sich dem Studium der Medicin zu widmen, und wurde vom derzeitigen Rector Herrn Prof. Dr. Mosler immatrikulirt und von dem damaligen Dekan Herrn Prof. Dr. Landois in das Album der medicinischen Fakultät eingetragen.

Am 20. Juli 1878 bestand er das Tentamen physicum, am 16. Juli 1880 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen resp. Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

Prof. Dr. Arndt: Encyclopädie und Methodologie der Medicin.

Allgemeine und specielle Psychiatrie mit Demonstrationen.

Prof. Dr. Baumstark: Chemie des Stoffwechsels.

Dr. Beumer: Ausgewählte Kapitel der öffentlichen Gesundheitspflege und Staatsarzneikunde.

- Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Budge: Descriptive Anatomie I. und II. Theil. Ausgewählte Kapitel aus der vergleichenden Anatomie. Anatomie der Sinnesorgane. Präparirübungen.
- Dr. A. Budge: Knochen- und Bänderlehre. Mikroskopische Anatomie. Mikroskopischer Cursus.
- Prof. Dr. Eulenburg: Arzneimittellehre. Arzneiverordnungslehre. Electrotherapie.
- Prof. Dr. Frhr. v. Feilitzsch: Experimentalphysik I. und II. Theil. Wärmelehre. Meteorologie.
- Prof. Dr. Gerstaecker: Allgemeine und vergleichende Morphologie des Thierreiches. Ueber die Parasiten des menschlichen Körpers.
- Prof. Dr. Grobé: Allgemeine pathologische Anatomie. Geschwülste. Specielle pathologische Anatomie. Praktischer Cursus.
- Prof. Dr. Haeckermann: Oeffentliche Gesundheitspflege und Medicinal-Polizei. Gerichtliche Medicin.
- Prof. Dr. Hueter: Allgemeine Chirurgie. Chirurgische Operationslehre. Operationscursus. Ueber Operationen an Knochen und Gelenken. Ueber Operationen am Kopfe. Chirurgische Klinik und Poliklinik.
- Prof. Dr. Krabler: Kinder-Poliklinik.
- Prof. Dr. Landois: Experimentalphysiologie I. und II. Theil. Entwicklungsgeschichte. Physiologischer Cursus.
- Prof. Dr. Limpricht: Chemie I. u. II. Theil. Chemisches Practicum.
- Prof. Dr. Mosler: Auscultation und Percussion. Specielle Pathologie und Therapie I. und II. Theil. Nierenkrankheiten. Kehlkopfkrankheiten. Medicinische Klinik und Poliklinik.
- Prof. Dr. Münter: Allgemeine und systematische Botanik. Botanische Exkursionen.

Geh. Medic.-Rath Prof. Dr. Pernice: Theorie der Geburtshülfe. Frauenkrankheiten. Krankheiten der Neugeborenen. Geburtshülffliche Operationen. Geburtshülffliche Klinik und Poliklinik.

Dr. v. Preuschen: Pathologie des Wochenbetts. Geburtshülffliche Operationen.

Prof. Dr. Schirmer: Augenheilkunde. Die optischen Fehler des Auges. Augenoperationscursus. Ophthalmoscopische Uebungen. Augenklinik und Ambulatorium.

Dr. Schüller: Chirurgische Anatomie. Verband- und Instrumentenlehre.

Prof. Dr. Sommer: Histologie. Lage der Eingeweide.

Prof. Dr. Vogt: Chirurgie I. u. II. Theil. Zahn- und Ohrenheilkunde. Chirurgische Kinderpoliklinik.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern sagt Verfasser seinen herzlichsten Dank.

THESEN.

I.

Durch septisch inficirte Theile zu amputiren ist unter Umständen gestattet.

II.

Bei engem Becken ist es vorzuziehen nach ausgeführter Wendung sogleich die Extraction nachfolgen zu lassen, als abzuwarten, bis die Naturkräfte die Frucht austossen.

III.

Das Eserin ist zur Sprengung hinterer Synechien, sobald das Entzündungsstadium nicht völlig vorüber ist, contraindicirt.





15361