

IV. Aus der Augenklinik von Professor Schöler in Berlin.

Bemerkungen über einige äussere Krankheiten des Auges.

Von Dr. Walter Albrand.

Bei weitem die grösste Anzahl aller Augenkrankheiten fällt bekanntermaassen unter die Kategorie der sogenannten äusseren Erkrankungen des Auges. Auch wenn man nicht immer strikte die krankhaften Affectionen des äusserlich sichtbaren Auges von denen im Innern des Bulbus (z. B. glaucomatöse Zustände mit degenerativen Cornealprocessen), der Orbita (Caries, Neubildungen mit Exophthalmus und dessen Folgezuständen), selbst nicht von Läsionen des nervösen Augenapparats (z. B. Ptoxis, Lagophthalmus paralyticus) trennen kann, ist man doch herkömmlicher Weise berechtigt, die grössere Gruppe der Augenerkrankungen als äussere zusammenzufassen, da im grossen und ganzen dieselbe sich ausschliesslich an den ohne weiteres sichtlichen Gebilden des Auges abspielt und seine tiefer gelegenen Theile im wesentlichen unberührt lässt. Beispielsweise beträgt die Anzahl der äusseren Augenkrankheiten nach statistischen Zusammenstellungen aus hiesiger Klinik einmal nur 53,1 %¹⁾ und das zweite mal 62,3 %²⁾. Aus dieser ihrer Häufigkeit bezüglich des Auftretens ergibt sich schon ärztlicherseits ein steigendes Interesse nach den einzelnen Ursachen der theilweise sehr heterogenen Krankheitsgruppen, damit zugleich auch dem praktischen Bedürfnisse entsprechend, den uns am häufigsten begegnenden Krankheitsformen in unserm Specialfach womöglich ursächlich, nicht bloss symptomatologisch abzuheilen. Am besten und schnellsten gelingt uns letzteres in der überwiegenden Mehrzahl der äusseren Augenfälle, die wir kurz als scrophulöse Erkrankungen des äusseren Auges zusammenfassen können und die hinwiederum der Zahl nach unter der Gesamtgruppe der äusseren Augenaffectionen am meisten prävaliren. So z. B. machen dieselben nach Uthoff, soweit wir sie als unzweifelhaft scrophulös ansehen, ihrer Herkunft nach (Phlyktaenen, Keratitis superficialis, Maculae corneae, Lidprocesse) fast die Hälfte aus, eine Zahl, die wir nach einer ungefähren Vergleichung des Materials der letzten Jahrgänge und mit Hinzurechnung der Conjunctivitis follicularis, sowie eines Theils der Blepharoconjunctivitis simplex um etwa 10 % erhöhen können. Wenn wir nun schon bezüglich der scrophulösen Augenerkrankungen des sicheren Beweises ermangeln, die localen Krankheitserreger derselben festzustellen, wenn wir in denselben vielleicht oft nur indirekte Aeusserungen einer zugrunde liegenden „Constitutionsanomalie“ erblicken, nebst sonstigen mehr direkten Zeichen (Lymphdrüenschwellungen etc.) oder sehr oft auch ohne die letzteren, erkennen wir doch übereinstimmend die scrophulöse Constitution als Ursache oder vielmehr doch als den geeigneten Grund und Boden an, auf dem diese Art der Augenkrankheiten hervorgerufen wird, sei es durch dieselbe Noxe, welche die allgemeine Anomalie verursacht, sei es durch gelegentliche Schädlichkeiten, auf welche das Auge meist so typisch (Phlyktaenen) reagirt, bei dem durch die erstere geschaffenen Allgemeinzustande.³⁾

Eine nicht derartig einheitliche, für die einzelnen Formen in Frage kommende Auffassung betreffend die ätiologischen Momente lässt sich für eine zweite Gruppe äusserer Augenerkrankungen aufstellen, die zwar an Häufigkeit des Vorkommens den scrophulösen sehr nachsteht, immerhin dem Augenarzte zum Theil aber doch noch relativ oft unter den übrigen Aussenerkrankungen des Auges zu Gesichte kommt. Wir wollen in dieser zweiten Gruppe anscheinend wenig zusammengehörende Krankheiten — die Keratitis parenchymatosa, die Iritis und (Epi-) Skleritis — zusammenfassen und,

dem Beispiele Anderer folgend, aus einem grösseren poliklinischen und klinischen Material Anhaltspunkte zu gewinnen suchen über die Häufigkeit derselben und vor allem über die Aetiologie. Ein gewisser Zusammenhang der besagten Augenaffectionen den scrophulösen gegenüber scheint uns aus verschiedenen Gründen zu bestehen. Einmal neigen sie — was bei der Iritis nach ihrem schon an sich tieferen Sitze allerdings viel leichter zugänglich ist — viel mehr dazu, auch die tieferen Theile des Auges (Chorioidea) in die Entzündung hineinzuziehen, zweitens scheinen ihnen, soweit wir annehmen zu können glauben, überwiegend dieselben Ursachen zugrunde zu liegen, die wir hauptsächlich in zwei chronischen (selten acuten) Infektionskrankheiten zu suchen haben, der Syphilis und dem Rheumatismus (musculorum und articulorum).¹⁾ Aber auch das muss zugestanden werden, dass wir gerade bei dieser Gruppe klinisch sehr oft nicht imstande sind, mit Sicherheit die eine oder andere Ursache bei auch fehlenden anderweitigen Ursachen nachzuweisen, während wir bei den scrophulösen Affectionen mit ihrem zum Theil noch äusserlicherem Sitze (Lider, Bindehaut) in gleichem Falle schon aus der Augenaffection allein eher auf die zugrunde liegende Constitutionsanomalie zurückzuschliessen uns berechtigt halten. Ferner ist ihnen das gemeinsam, dass man bei ihnen unter verschiedenen Ursachen meist nach dem klinischen Bilde nicht auf ein etwa bestehendes Grundleiden schliessen kann, wenn andere Anhaltspunkte fehlen oder, wie etwa bei der Iritis, typische Veränderungen (gummöse, tuberkulöse) sich nicht vorfinden. Auch darin zeigt sich nach unserer Auffassung eine gewisse Zusammengehörigkeit dieser drei Kategorieen, dass sich die seltenste Form unter ihnen, die Skleritis, sobald sie zu Recidiven neigt, sehr gern mit parenchymatösen Randinfiltraten der Cornea und Iritis (resp. Iridochorioiditis) combinirt. Dass alle drei selten zusammen auftreten, muss nicht Wunder nehmen, da ja eben die Skleritis im ganzen verhältnissmässig weniger häufig vorkommt.

Das der Durchsicht unterzogene Material beläuft sich auf 13 200 Augenkranke der Poliklinik des Herrn Professor Schöler. Unter dieser Anzahl von Patienten ward die Keratitis parenchymatosa 123 mal beobachtet (0,93 %).²⁾ Das Resultat der Zusammenstellung bezüglich der einschlägigen Fragen ergibt sich kurz aus der Tabelle S. 404, in die auch sämtliche Fälle aufgenommen sind, in denen die parenchymatöse Hornhauterkrankung in dem Krankheitsbilde dominirend neben anderen, zugleich bestehenden Begleiterkrankungen und Complicationen am Auge auftritt.

Entsprechend den Angaben von Saemisch³⁾ kommt auch danach die diffuse Form der parenchymatösen Keratitis meist im jugendlicheren Alter vor und meist doppelseitig, während das mehr circumscribte bleibende parenchymatöse Infiltrat vorherrschend bei älteren Personen einseitig auftritt. Die Anzahl der einseitigen diffusen parenchymatösen Entzündungen ist nach unserer Aufzählung noch eine verhältnissmässig hohe und insofern auch nicht einwandfrei, als mitunter bei dem im ganzen überaus langwierigen Charakter der Entzündung der Patient sich aus Mangel an Geduld dem zuerst behandelnden Arzte entzieht, bevor die Behandlung des ersterkrankten Auges abgeschlossen ist und wenn zufällig das Ergriffenwerden des zweiten Auges relativ spät eintritt. Denn wenn auch vornehmlich die Entzündung des zweiten Auges der des ersten in einigen Wochen zu folgen pflegt, so kann man doch auch an anderen Fällen, die in Jahre lang dauernder mehr oder weniger continuirlicher Behandlung bleiben, constatiren, dass das zweite Auge bisweilen sehr lange auf sich warten lässt (in drei Fällen lag zwischen der Entzündung des ersten und der des zweiten Auges ein Zeitraum von fast einem bis zu drei Jahren). Daraus erhellt, dass zuweilen der Arzt gar nicht dazu kommen kann, die Erkrankung des anderen Auges zu beobachten, weil der Patient eben aus irgend einem Grunde sein Heil bei anderen Aerzten versucht. In vereinzelt Fällen, die mindestens ein Jahr lang beobachtet sind, ist andererseits bis dahin die Affection einseitig geblieben — ob unter dem Einfluss der Behandlung, wage ich nicht zu behaupten. Recidive sind im ganzen selten (ein ein-, zweimaliges und öfteres Recidiviren wurde bei der diffusen Form achtmal, bei dem Infiltrat nicht beobachtet). Unter den Augencomplicationen stehen die des Uvealtractus obenan. Abgesehen von leichterer Iritis mit vereinzelt hinteren Synechieen, die man fast regelmässig sieht, wurde heftigere Iritis dabei mit massenhaften hinteren Synechieen, zum Theil auch mit Pupillarabschluss häufiger festgestellt (36 mal und darunter 9 mal Chorioiditis; letztere 7 mal

¹⁾ Ich glaube, wir sind berechtigt, von der rheumatischen „Constitution“ ebenso wie von der Lues als von einer chronischen Infektionskrankheit zu reden, wenn wir annehmen, dass selbst bei einmalig überstandenen Gelenk- oder Muskelrheumatismus früher oder später von einem irgendwo im Körper deponirten Bacillendepot aus irgend einem Grunde Keime ausgesät werden, ohne dass jedesmal eine Neuinfektion zu erfolgen braucht.

²⁾ Bei Uthoff finden sich 0,62 %.

³⁾ Handbuch der gesamten Augenheilkunde Bd. IV.

¹⁾ Nach Uthoff's Statistik über 10000 Augenkranke im Jahresbericht der Prof. Schoeler'schen Klinik von 1880, wenn man nur Conjunctiva, Cornea, Sclera, Iris, Thränenorgane und Lider berücksichtigt.

²⁾ Nach Schoeler im Jahresbericht von 1878, der sein Resultat mit dem von Cohn vergleicht (letzterer zählt 66,4 % unter den Krankheiten der Conjunctiva, Cornea, Sclera, Iris, Thränenorgane, Lider).

³⁾ Bis jetzt ist es nicht gelungen, in den localen Krankheitsheerden am Auge, soweit dieselben scrophulöser Natur sind, etwa Tuberkelbacillen nachzuweisen, und ist den in denselben gefundenen Coccen (Eitercoccen) nur die Stellung einer Gelegenheitsursache einzuräumen, die auf dem anderweitig abnormen Gewebe eben die typische Entzündung veranlasst. (Straub, Ueber die Aetiologie der sogen. scrophulösen Augenentzündungen. Arch. f. Augenheilk. Bd. 25.) Die eigentliche Ursache mag wohl bei der Scrophulose — der Tuberkulose des Kindesalters katexochen — stets auf der Anwesenheit irgendwo im Körper deponirter Tuberkelbacillen beruhen, deren Stoffwechselproducte die allgemeine Diathese hervorrufen. Dass wir sonst vielfach gar nichts von den Tuberkelbacillen bemerken, liegt wohl grösstentheils darin, dass im ganzen der kindliche Organismus befähigter ist, das aufgenommene tuberkulöse Virus eher unschädlich zu machen oder doch die locale, destruirende Wirkung leichter einzudämmen oder gar im Keime zu ersticken.

I. Keratitis parenchymatosa diffusa:

Lebensalter	männlich	weiblich	einseitig	beiderseitig	Aetio-logie:											Sonst. Augencomplic.					Sonst. Körperanom.								Iridektom.	Galvanocaut.	Central	Randständig
					Lues acqui-s.	Lues heredit.	Rheum. muscul.	Rheum. articul.	Sonstige ursächliche Momente:							Iritis	Choroiditis	Skleritis	Xerose	Schwellungs-katarrh	Glaucom	Hutchinson'sche Zähne	Schwerhörigkeit	Spec. Gelenkaff. (Knie)	Sattelnase	Spec. Hautaffect.	Cerebrum.	Echthis				
									Scrophu-lose	Tuber-culose	Malaria	Influenza	Diabetes	Trauma	Nihil																	
1 — 9 Jahre	13	16	13	16	.	18	.	1	9	5	.	.	.	6	2	.	.	5	2	12	.	4	.	.		
10—19 Jahre	8	18	9	17	.	14	2	1	.	.	.	.	.	.	9	7	3	.	.	3	2	.	.	2	3	.	7	.	.
20—29 Jahre	5	14	5	14	.	7	3	2	.	1	.	.	.	.	4	8	2	.	.	2	2	.	.	.	2	3	.	.	.
30—39 Jahre	2	6	3	5	2	1	2	3	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	1	.	.
40—49 Jahre	2	3	3	2	2	.	1	1	.	.	.	1	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.
50—59 Jahre	.	3	1	2	2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.
60 und mehr Jahre . . .	.	1	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.
Summa:	30	61	34	57	6	40	9	9	5					22	26	7	1	.	2	2	9	6	2	1	5	3	17	5	18	.	.	
	91																															

II. Parenchymatöses Infiltrat.

10—19 Jahre	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
20—29 Jahre	3	1	4	.	3	.	1	.	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1
30—39 Jahre	6	3	9	.	3	.	3	1	.	.	.	.	.	.	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	3
40—49 Jahre	10	5	15	.	4	.	4	2	.	2	.	1	1	1	.	2	1	.	1	2	4	9	6		
50—59 Jahre	2	1	3	.	2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	1
Summa:	22	10	32	.	12	.	9	3	7					1	10	2	.	1	1	.	4	4	20	12
	32																															

disseminirt über den ganzen Fundus, 2 mal peripher bleibend). Ein Fall mit parenchymatösem Infiltrat ist insoweit merkwürdig, als die Cornea vollständig insensibel und oberflächlich leicht xerotisch wurde. Ausserdem ist die erkrankte Cornea dadurch ausgezeichnet, dass sie einen zusammenhängenden und verhältnissmässig tieferen Zerfall an der Oberfläche darbot, als wir ihn sonst bei dieser Art von Keratitis gesehen haben.

Herr P., 41 Jahre alt, vor zwölf Jahren specifisch an der Oberlippe inficirt. Trotzdem hat die Frau nie abortirt und zwei bis dahin gesunde Kinder geboren. Patient sonst angeblich ebenfalls gesund. Im Juni 1893 erkrankte das rechte Auge an einem parenchymatösen centralen Hornhautinfiltrat, das sich nach aussen und hinten sehr nahe an den Limbus corneae heranschob und sehr bald ein stark gesättigtes, fast milchglasartiges Colorit annahm. Im Laufe der Behandlung (Inunctionen, Atropin) exulcerirte die Hornhautmitte in ca. einem Drittel der gesammten Cornealfäche zu einem rundlichen, flachen Ulcus mit zugleich zeitweilig auftretendem geringem Hypopyon; zugleich wurde die gesammte Cornea, sowie die Conjunctiva bulbi immer unempfindlicher. Nach Uebergang der eigentlichen Entzündung in beginnende Vernarbung ward das Auge nach oben-innen iridektomirt. Zur Zeit ist die Conjunctiva bulbi vollständig unempfindlich, die grösstentheils parenchymatös-narbige und abgeflachte Cornea nur eine Spur für Berührungen empfindlich, und zeigt die Cornea nebst angrenzender Bindehaut eine leicht xerotische Beschaffenheit.

Meines Erachtens ist der Hornhautzerfall sowohl wie die resultirende oberflächliche Xerose zu erklären aus einer peripheren Läsion der Hornhaut-Bindehaut-Trigeminusäste, die ihrerseits von der parenchymatösen Hornhautentzündung aus eingeleitet wurde (Neuritis trigemini corneae ascendens?). Daraus ergab sich die Complication einer Keratitis parenchymatosa mit einer sogenannten neuro-paralytica, als deren Ausdruck das Ulcus und die Xerose gelten. Tension des Auges dabei normal. Ueber einen ähnlichen Befund bei Keratitis parenchymatosa (seichte Geschwürsbildung mit Hypopyon) berichtet auch Bock¹⁾.

Unter den der Keratitis parenchymatosa zugrunde liegenden ursächlichen Momenten finden wir nach unseren Aufzeichnungen die Lues bei weitem am häufigsten vertreten (47,9 %), der von jeher seit Hutchinson nicht nur von ophthalmologischer Seite, sondern auch von den Syphilidologen eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Grosz, der ebenfalls in Uebereinstimmung mit der heute vorherrschenden Ansicht über die dominirende ätiologische Rolle der Lues letzterer ein grosses Gewicht beilegt, speciell der hereditären Form bezüglich der diffusen Keratitis, stellt das Resultat von 22 Autoren hinsichtlich dieser Frage zusammen.²⁾ Ueber die Lues hereditaria als Ursache schwanken zwar die einzelnen Angaben, die sich der Anzahl der Beobachtungen nach zum Theil auf ein sehr verschieden grosses Material stützen, zwischen 5,0 und 96,7 %, jedoch wird von über der Hälfte (zwölfmal) das Procentverhältniss zu 50 % und darüber angegeben. Bereits von anderer Seite ist des öfteren bei Gewinnung dieser zahlenmässigen Angaben der mannichfachen Schwierigkeiten gedacht,

die sich namentlich aus dem unsicheren Nachweise der hereditären Syphilis in einer Anzahl von Fällen ergeben, was sich zugleich auch in den zum Theil recht grossen Zahlendifferenzen der einzelnen Publicationen widerspiegelt. Denn meistens sind wir bei fehlenden sonstigen objectiven Symptomen auf anamnestiche Daten angewiesen, die vielfach mit Sicherheit gar nicht mehr einzuholen sind. In Rücksicht darauf sehen wir uns zu dem Geständniss genöthigt, dass unsere Zahl (47,9 %) vielleicht auch nicht ganz den thatsächlichen Verhältnissen entspricht, insofern sie eher noch zu Gunsten der Syphilis eine Steigerung zulassen dürfte. Wir geben eben nur Zahlen, in denen wir Syphilis nachweisen zu können vermeinten. Dieser Nachweis basirt zum Theil auf sicheren anamnesticchen Angaben, die zum Theil in dem objectiven Befunde eine weitere Stütze erfuhren; zum Theil konnten wir die Diagnose aus letzterem allein stellen. Von den für bestehende Lues congenita geltend gemachten anderweitigen körperlichen Anomalieen kommen nun ausser anderen zunächst die bekannten, in ihrer Wichtigkeit theilweise bestrittenen Hutchinson'schen Zähne in Betracht. Typische Hutchinson'sche Zähne fanden wir neunmal (7,3 %¹⁾, also verhältnissmässig selten, jedoch lag unter diesen neun Fällen fünfmal das sichere Zugeständniss der elterlichen Lues vor, zum Theil neben anderen Symptomen von Lues hereditaria. Ohne selbst ein Urtheil über den Werth dieses diagnostischen Zeichens abgeben zu wollen, scheint mir demselben von Seiten der Oculisten im ganzen doch nicht ein so grosses Gewicht beigelegt zu werden, wie es die Syphilidologen thun. Viel häufiger als diese im wesentlichen der zweiten Dentition angehörigen Zahnanomalieen findet man noch andere, und zwar erst recht in der ersten Zahnperiode: kleine und unregelmässig stehende Zähne (und zwar auch hauptsächlich an den oberen Schneidezähnen), Schmelzdefecte, Caries und infolge letzterer schliesslich Zahnlosigkeitsanomalieen, die selbstverständlich ausser in Rachitis noch in allen möglichen anderen allgemeinen Ernährungsstörungen ihre Ursache haben können. Schwerhörigkeit (in einem Falle völlige Taubheit) als drittes Glied der „Hutchinson'schen Trias“ war sechsmal vorhanden, ohne objectiv wahrnehmbare Veränderungen am Aussen- und Mittelohr.²⁾ Von sonstigen specifischen Symptomen, den Knochen- und Gelenkaffectionen, wurden verzeichnet: einmal Sattelnase und zweimal Kniegelenkerkrankungen, welch' letztere im Zusammenhang mit anderen specifischen Erscheinungen nicht an dem syphilitischen Ursprung zweifeln liessen.³⁾ Syphilitische Hautausschläge sahen wir fünfmal bei hereditärer Lues; Complicationen von seiten des Cerebrum (bei ebenfalls sicherer,

¹⁾ Der Vorsicht halber und wegen der nicht ganz sicheren Zahl aller etwaigen Luesfälle beziehen wir die Angaben der sonstigen Körperanomalieen in ihrem procentuarischen Verhältniss auf die Gesamtzahl (123) aller Fälle von Keratitis parenchymatosa, nicht auf die Zahl der Keratitis parenchymatosa specifischen Ursprungs.

²⁾ Dieselbe scheint nach jetzt herrschender allgemeiner Ansicht wohl stets auf einer Otitis interna mit schliesslicher Destruirung des häutigen Labyrinths zu beruhen.

³⁾ cf. auch Rabl, Lues congenita tarda. 1887.

¹⁾ Allgemeine Wiener med. Zeitung 1892, No. 21 und 22.

²⁾ Szemeszet 1889, No. 5.

hereditärer Lues dreimal) viermal, und zwar Epilepsie (zweimal, einmal zugleich moral insanity) und zweimal Hemiplegieen mit Contracturen im Arm (bei zwei hereditär syphilitischen Kindern von sechs und sieben Jahren). In den Fällen, wo der Keratitis parenchymatosa nicht hereditäre, sondern acquirirte Lues zugrunde lag (und hier überwiegt das Infiltrat um das doppelte entsprechend dem Alter), lag zwischen dem Ausbruch der Augenerkrankung und der anamnestisch eingeräumten Infection ein Zeitraum von 3 bis 15 Jahren.

Die Annahme jedoch, dass die Keratitis parenchymatosa stets Theilerscheinung der Syphilis sein müsse, auch wenn man letztere nicht nachweisen könne, theilen wir nebst anderen Beobachtern¹⁾ ebenfalls nicht. Mit dieser Annahme lassen sich auch Beobachtungen wie die folgende nicht gut vereinigen.

Ganz besonders kräftig entwickeltes Mädchen von zwölf Jahren mit Keratitis parenchymatosa diffusa beiderseits. Eltern angeblich stets gesund; ebenso die zum Theil viel älteren Geschwister. Mutter nie abortirt. Patientin selbst stets gesund; starker Knochenbau, gut entwickelte Zähne. Zwischen der Geburt dieses Kindes und des nächst ältern ein Zeitraum von drei Jahren. Etwaige Infection des Vaters in dieser Zwischenzeit bestimmt negirt, nach allem auch nicht anzunehmen.

Von anderen Ursachen (allgemeinen Ernährungsstörungen, Infectionskrankheiten, Kachexieen) fanden sich nun zunächst mehr oder weniger starke Zeichen von Rachitis 17mal (Zahn-, Schädel- und Gelenkanomalieen) nebst zum Theil scrophulösen Begleiterscheinungen, Diabetes (ohne sonst irgendwelche Complicationen, speciell ohne tuberculöse) einmal, Influenza einmal, Malaria²⁾ dreimal (mit heftigen Trigeminusneuralgieen); möglich auch, dass unter Umständen noch andere allgemeine Dyskrasieen, wie die Gicht, zu der Keratitis parenchymatosa in ursächlichem Zusammenhang stehen, sei es nun direkt oder indirekt durch Schaffung eines günstigen Bodens für die Invasion entzündungserregender Schädlichkeiten, die meist wohl entogen, mitunter denkbarer Weise auch wohl ektoen eindringen könnten. Im indirekten Zusammenhange würde die Gicht ebenso wie andere, aus irgend welchem Grunde kachektische Zustände aufzufassen sein als prädisponirende Ursache für das in Frage stehende Hornhautleiden, während ein direktes Abhängen desselben von derartigen Zuständen es mehr als degenerativen Process, nicht als eigentliche Entzündung erscheinen lässt. Eine Beobachtung aus einer späteren Zeit in hiesiger Klinik liess bei einer älteren Dame ausser ausgesprochenen gichtischen Erscheinungen an den Gelenken keinen weiteren Anhaltspunkt für die ausserordentlich torpid verlaufende einseitige Keratitis parenchymatosa auffinden.

Die Ansicht Arlt's, der die Keratitis parenchymatosa³⁾ als Scrophulosa bezeichnete, scheint im allgemeinen sehr an Boden zu verlieren und vielmehr in allerneuester Zeit derjenigen in vereinzelt Fällen Raum geben zu müssen, welche die Hornhautentzündung als tuberculöse auffasst. Denn selbst zugegeben, dass Scrophulose und Tuberkulose stets pathologisch identisch sind, wird man trotzdem vom klinischen Standpunkt aus beide trennen müssen, insofern das Auftreten an den einzelnen Körperstellen, Lebensalter, Verlauf, doch sehr verschiedenartig bleiben und die Scrophulose eher als modificirte Tuberkulose des Kindes mit einer im ganzen viel bessern Prognose in der weitaus grössten Mehrzahl aller scrophulösen Erkrankungen erscheint. Bezüglich der tuberculösen Aetiologie scheint der Befund v. Hippel's (jun.) von grosser Bedeutung, der specifisch tuberculöses Gewebe, allerdings ohne Tuberkelbacillen, in zwei an parenchymatöser Keratitis erkrankten Hornhäuten auffand.⁴⁾ Wir glauben uns in drei Fällen zu der Annahme einer tuberculösen Infection der Cornea berechtigt bei Fehlen aller sonstigen Daten: einmal bei zugleich bestehender Lungenspitzenaffection, zweimal bei starker hereditärer, tuberculöser Belastung. Der Verlauf war auch hier sehr hartnäckiger Natur, ohne besonders heftige Reizerscheinungen am Auge.

Traumen der Cornea waren dreimal voraufgegangen, und ohne ihnen eine besondere Bedeutung beilegen zu wollen — vielleicht sind sie höchstens als Gelegenheitsursachen bei in Wirklichkeit andersartigen ursächlichen Verhältnissen zu deuten, soweit sie nicht ganz zufälliger Natur sind — verweisen wir nur darauf, dass der-

selben auch von anderer Seite Erwähnung gethan ist.¹⁾ Die chemischen Anätzungen des Auges, speciell der Cornea, mit Säuren, besonders aber mit Kalk etc., welche neben Ulcerationen, ja Abscedirungen, tief gesättigte parenchymatöse Cornealveränderungen schaffen können von ebenfalls sehr chronischem und in schwereren Fällen meist ungünstigem Verlauf, haben wir hier ausser Acht gelassen, da diese Krankheitsbilder im wesentlichen doch nicht in die Kategorie der Keratitis parenchymatosa katexochen fallen, die wir hier im Auge haben. (Schluss folgt.)

¹⁾ Es fehlt und fehlte nicht an Stimmen, die das Leiden als ein stets specifisches kennzeichneten. So auch Bono (Italien. oculist. Congress 1888), dem aber sofort darin widersprochen wurde, dass die Syphilis die ausschliessliche Ursache sei, ebenso nimmt auch Merz (Americ. Journ. of Ophthalm. Nov. 1890) stets eine specifische Grundlage der Keratitis parenchymatosa an.

²⁾ Derselben wird auch von Toncet und Javal (Congr. d. Ophth. 1887) besonders gedacht.

³⁾ Krankheiten des Auges. I.

⁴⁾ Ophthalmolog. Gesellschaft zu Heidelberg 1893 und Verhandlungen des naturhist. Vereins ebenda.

¹⁾ Vossius (Deutsche med. Wochenschr. 1892, No. 47) fand unter 26 Fällen fünfmal Traumen, zehnmal Lues und elfmal keine besondere Ursache).