IX. II. Frühzeitiges Auftreten von Metastase und Ringabszeß der Hornhaut bei kryptogenetischer Sepsis

M.	Merz	Weigandt
----	------	----------

Augenarzt in Eger

Das Auftreten von Metastasen und Ringabszeß der Hornhaut zählt nicht gerade zu den Seltenheiten. Im vorliegenden Falle traten diese Erscheinungen jedoch so zeitig auf, daß wir die Diagnose auf Sepsis auf Grund ihres Auftretens stellen konnten, bevor dieselbe noch durch die Allgemeinsymptome sichergestellt werden konnte.

L. J., 57 Jahre, Geflügelhändler, wurde am 28. 9. 22 vormittags auf die interne Abteilung des allg. Krankenhauses aufgenommen. Die auf dieser Abteilung aufgenommene Krankengeschichte wurde mir vom Primarius dieser Abteilung, Herrn Dr. J. Walter, gütigst zur Verfügung gestellt. Anamnese: In der Kindheit einmal eine eitrige Handwunde, sonst keine Krankheiten. Später war er Bergarbeiter und einige Male verschüttet worden; später Typhus und Gelenkrheumatismus. Im Jahre 1921 nierenkrank mit starken Schwellungen. In letzter Zeit Kreuzschmerzen und Schmerzen beim Urinieren. Urin rot; in den letzten Tagen einige Male Fieber, seit dieser Zeit auch Schmerzen im rechten Auge und Lichtscheu. Status prae-sens: Über mittelgroß, kräftig gebaut. Ernährungszustand mäßig. Am rechten Auge starke Injektionen, Hypopion. Lungen: abnorm lauter, voller Perk.-Schall (Emphysem), beiderseits, besonders links, Griemen und Pfeifen, rechts spärlich feuchtes Rasseln. Herz-töne dumpf, aber rein. Puls von guter Füllung und Spannung. Frequenz 86. Temperatur normal. Beiderseits Leistenhernie. Patient wird wegen dieses eigentlich negativen Befundes auf die Augenabteilung transferiert. Bei der Nachmittagsvisite ergab sich nachstehender Befund: Geringe Lichtscheu, etwas Tränen. Äußerlich ohne Befund, Konjunktiva der Lider leicht gereizt. Die Conjunctiva bulbi zeigt leichte Chemose und dunkelrote Injektion. Kornea ohne Befund. In der Vorderkammer ein 4 bis 5 mm hohes Hypopion. Irisgewebe aufgelockert, Zeichnung verwaschen. Pupille mittelweit, rund (Atropin war gleich nach der Transferierung eingeträufelt worden), Temperatur 39,1. Patient etwas benommen, starke Kopfschmerzen. Das ganze Aussehen, namentlich das dünnflüssige, hellgelbe Hypopion, die schweren Allgemeinerscheinungen, erregten den Verdacht, daß es sich um eine metastatische Iritis handle. Es wurde daher die interne Abteilung um weitere Untersuchung des Falles gebeten.

Am 29. 9.: Urin: Reaktion sauer, Eiweiß -j-/-/. Blut 4-. Sediment: reichlich. Granulierte Zylinder, Blutelemente, einzelne Leukozytenzylinder.

Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. 50. Heft 5/6. 24

358 Weigandt, Frühzeitiges Auftreten von Metastase usw.

Sedimentausstrich (Löffler): reichlich Kokken vom Typus der Staphylokokken. Temperatur: Vormittags 36,6, um 4 Uhr 39,7. Puls 120. Von da an blieb die Temperatur dauernd hoch mit nur ganz geringen Remissionen. Zustand am rechten Auge unverändert. 30. 9.: Blutagarplatten nach 24 Stunden einzelne Kulturen mit hämolytischem Hof. Abstrich (Löffler): Staphylokokken.

Elektrokollargol intravenös.

Am 1. 10. konnte man auf der Kornea die ersten Anzeichen des beginnenden Ringabszesses in Form eines ganz schmalen Hinges konzentrisch zum Limbus, ca. 1x/2 mm vorL diesem entfernt, von grauer Farbe, wahrnehmen. Der Ring war noch nicht vollständig geschlossen.

Am 2. 10.: täglich vormittags Schüttelfrost, Patient somnolent, klagt über starke Schmerzen in der linken Wade. Muskulatur daselbst stark druckempfindlich (scheinbar septische Venenthrombose). Temperatur 39,9. Genauere Untersuchung läßt nirgends einen Anhaltspunkt für den Ausgangsherd des Prozesses erkennen. Binnengebilde ohne Befund; Kollargol intravenös. Ringabszeß hat sich etwas verbreitert, ca. 1 mm, ist vollständig geschlossen.

Am 3. 10. Patient benommen. Ringabszeß färbt sich gelb, Punktion der Vorderkammer zu diagnostischem Zwecke.

8. 10. Exitus.

Die Sektion konnte leider aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden. Der hinter der Linse gelegene Bulbusabschnitt zeigte sich am Querschnitt vollkommen intakt. Aus dem Inhalt der Vorderkammer konnten wir nichts züchten.

In unserem Falle war also bereits zu einer Zeit, in der Pat. noch nicht bettlägerig war, eine metastatische Iritis mit einem 4 bis 5 mm hohen Hypopion vorhanden. Nach weiteren vier Tagen trat der Ringabszeß in Erscheinung, während der hintere Bulbusabschnitt vollkommen intakt blieb.

Im August-Septemberheft der klin. Mbl. f. Augenh. 1922, Bd. 69, S. 241 ff. hat Flieringa ausführlich die Literatur über den Ringabszeß der Kornea angeführt, so daß es sich erübrigt, darüber weiter zu berichten. Er kommt zur Schlußfolgerung, daß der Ringabszeß wahrscheinlich verursacht wird durch das Eindringen von Mikroorganismen oder Toxinen in die Hornhaut. Diese nehmen hierbei ihren Weg von der vorderen Augenkammer oder Glaskörperhöhle aus längs der Spalten in der Nähe der Kammerbucht. In unserem Falle war der Glaskörper intakt, in der Vorderkammer konnten wir keine Bakterien nachweisen. Ich möchte diese Ansicht noch dahin erweitern, daß die in der Blutbahn des ganzen Körpers kreisenden Mikroorganismen und Toxine auch direkt durch die Gefäße der Sklera und Konjunktiva in die Kornea übergehen können.