Uveitis chronica bei Bronchiektasien

R.

Witmer

Aus der Universitäts-Augenklinik Bern [Direktor: Prof. Dr. H. Goldmann]

Die verfeinerte Diagnosestellung in Fällen chronischer Uveitis, namentlich mit Berücksichtigung der Tuberkulinreaktion, der Hämagglutination nach Middlebrook-Dubos und der genauen Durchuntersuchung hat uns ermöglicht, eine bestimmte Form der chronischen Uveitis zu unterscheiden, die sich bei Bronchiektasien einstellen kann. Dies ist wichtig zu wissen, da diese Uveitiden auf spezifische, gegen die chronische Bronchitis gerichtete Behandlung sehr gut ansprechen, während alle anderen therapeutischen Maßnahmen nicht zum Ziele führen.

Ich will Ihnen kurz die Krankengeschichte des einen Falles vortragen:

Frau A. R., 67jährig, wird uns wegen subakuter Iritis des linken Auges mit Iris bombata, allerdings ohne Drucksteigerung, überwiesen. Früher war sie in Behandlung wegen chronischer Iritis des rechten Auges und weist dort auch eine Iridektomie und eine Cataracta complicata auf. Visus rechts Fingerzählen in 2m, links 0,15. Die Pat. hustet schon seit Jahren. Die Durchuntersuchung ergab folgendes: Tuberkulinreaktion negativ bis zu einer Verdünnung von 1 : 100 000, Seroreaktion auf Tuberkulose mit 1 : 20 schwach positiv. WaR negativ. Das Blutbild zeigt eine mäßige Eosinophilie bei sonst normaler Verteilung. Die Senkung ist leicht erhöht. Der ORL-Befund ist o. B. Die Zähne zeigen eine starke Caries und Parodontose, so daß eine vollständige Sanierung durchgeführt wird, die aber den uveitischen Prozeß nicht beeinflußt. Der inter-nistische Befund ergibt wenig feuchte Rasselgeräusche über der Basis der Lungen, die Durchleuchtung zeigt einen struppigen Hilus, aber keine Parenchymprozesse. Dagegen bringt die Bronchographie deutliche zylindrische Bronchiektasien zutage.

Da die bis jetzt durchgeführte Therapie mit Atophanyl und Irgapyrin ohne jeglichen Einfluß blieb, gingen wir nun zu einer gezielten Behandlung über und ließen die Pat. täglich Penicillin-Streptomycin inhalieren. Lokal erhielt sie außerdem Cortison zunächst als Tropfen, später als Salbe. Die Reizung ging langsam zurück, so daß wir die Pat. für einige Tage nach Hause entlassen konnten. Sie kam aber recht bald wieder mit einem leichten Rückfall. Da wir unserer Diagnose und Therapie sicher sein wollten, behandelten wir diesmal nur mit Inhalationen und ließen das Cortison weg. Die Uveitis kam nun end-gültig zur Abheilung, und die Pat. ist seither nicht mehr erschienen.

W i t m e r , Uveitis chronica bei Bronchiektasien

353

Einen ganz ähnlichen Verlauf nahmen die 3 anderen Fälle.

Das Bild dieser Uveitis ist ein ausgesprochen chronisches mit schubweisem Verlauf, das demjenigen einer Tuberkulose sehr ähnlich sieht. Typisch scheinen große, oft konfluierende, speckige Präzipitate zu sein sowie eine starke Neigung zu Synechienbildung. Die Iris ist diffus, aber auch knötchenförmig verdickt. In 2 Fällen entwickelte sich ein Sekundärglaukom, im oben beschriebenen eine Iris bombata. In allen 4 Fällen kam es zu einer Cataracta complicata. Immer war die Tuberkulinreaktion in hohen Verdünnungen negativ, zudem war die Seroreaktion in 3

Fallen so schwach positiv (1 :20), daß die Diagnose nicht auf Tuberkulose gestellt werden durfte. In keinem Falle wurde durch den Röntgenologen die Diagnose auf Bronchiektasien auf Grund des Durchleuchtungsbefundes oder Röntgenbildes gestellt, sondern immer erst nach der auf unseren speziellen Wunsch hin ausgeführten Bronchographie. Es ist also Sache des Augenarztes, dem Röntgenspezialisten einen entsprechenden Wink zu geben. In allen 4 Fällen kam die Uveitis mit Streptomycin-Penicillin-Inhalationen zur Abheilung, doch bedarf es dafür mehrerer Wochen. Im einen Falle konnte so die langersehnte Kataraktoperation durchgeführt werden.

Diskussion.

Λ/. Gruber (Zürich): Darf ich Herrn Witmer fragen, wie alt die Patienten waren und ob die Toxoplasma-Tests ausgeführt wurden?

Witmer: Es handelte sich um Patienten zwischen 50 und 70 Jahren.

(Aus der Universitäts-Augenklinik Bern [Direktor: Prof. Dr. H. Goldmann].)

Eine spezielle Form rezidivierender Chorioiditis.

Von R. WITMER. (Hierzu Tafel I.)