©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

Ueber Pneumonie nach Staarextractionen.

Von

Dr. Theodor Sachs,

Assistent a. d. Universitäts-Augenklinik in Innsbruck.

Obwohl Pneumonien in der Nachbehandlungsperiode bei staaroperirten Greisen längst bekannt und als unangenehme Complication gefürchtet sind, sucht man in der Literatur doch vergebens nach Angaben über Häufigkeit, Verlauf und Ausgang dieser „Extractionspneumonien". So schweigt O. Becker in dem diesbezüglichen Abschnitte des Handbuches von Graefe-Saemisch vollständig darüber, während Arlt[1]) einfach erwähnt, er habe am 2. bis 4. Tage nach Extractionen mehrfach Pneumonien auftreten gesehen.

Gewissermassen traditionell hat sich die Meinung erhalten, dass die Lungenentzündungen staaroperirter Greise in die Klasse der hypostatischen einzureihen seien — eine Ansicht, für welche man die klinische Begründung durchaus nicht allgemeingiltig erbracht hat, welche jedoch mit Rücksicht auf Alter und Körperlage der Erkrankten a priori einleuchtend zu sein scheint. Unter der relativ grossen Anzahl von Pneumonien, welche ich an den Staaroperirten der letzten vier Jahre in unserer Klinik beobachten konnte, war kein einziger Fall, dem die Charactere der Hypostase unzweifelhaft zugekommen wären, nicht ein Fall, in welchem gleichzeitige

---

[1]) Die Krankheiten des Auges. Prag 1853. II. Bd. pag. 320.

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

Erkrankung beider Lungen vorhanden gewesen wäre, wie es ja hätte sein müssen, wenn passive Hyperaemie in den unteren Lungenabschnitten, erzeugt durch andauernde Rückenlage nnd Herzschwäche, zu secundären entzündlichen Veränderungen in den Alveolarräumen geführt hätte. Somit fehlte den beobachteten Pneumonien ein sehr wichtiges Kennzeichen der Hypostase, gegen welche übrigens auch die Zeit des Auftretens, das Verhalten des Pulses und noch manches Andere sprach.

Dieser Umstand, sowie die nicht unbeträchtliche Zahl von Lungenentzündungen, welche an unserer Klinik nach Extraction von Altersstaaren zur Beobachtung kamen, veranlasste mich, das Leiden, sowie die bei seiner Entstehung mitspielenden Verhältnisse einer näheren Analyse zu unterziehen.

Unter 127 Extrahirten (69 Männer, 58 Weiber) der letzten 4 Jahre erkrankten 11 an Pneumonie, wovon 3 Fälle auf das männliche, 8 auf das weibliche Geschlecht kamen. Der Procentsatz der überhaupt Erkrankten beträgt *somit* 8·72, er beträgt für das männliche Geschlecht 4·34, für das weibliche 13·79. Das Missverhältniss zwischen der Zahl der Erkrankungen bei männlichen und bei weiblichen Individuen ist ein so auffallendes, dass es bei Besprechung der ursächlichen Momente wohl unsere Berücksichtigung verdienen wird.

Mit Bezug auf das Lebensalter vertheilten sich die Pneumonien in folgender Weise:

V. Decennium: Extractionen 10 (4 M., 6 W.), Pneumonien 1 (W.).

VI. Decennium: Extractionen 39 (22 M., 17 W.), Pneumonien 2 (1 M., 1 W.).

VII. Decennium: Extractionen 42 (17 M., 25 W.), Pneumonien 2 (W.).

VIII. Decennium: Extractionen 34 (25 M., 9 W.), Pneumonien 6 (2 M., 4 W.).

IX. Decennium: Extractionen 2 (1 M., 1 W.), Pneumonien keine.

Mithin war die Zahl der Pneumonien bei den Extra-

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

hirten zwischen dem 70. und 80. Lebensjahre absolut und relativ am grössten, sie betrug mehr als den sechsten Theil der Gesammtzahl jener Individuen, welche im achten Decennium ihres Lebens extrahirt wurden.

Unter den Jahresmonaten weist der October die grösste Zahl von Erkrankungen, nämlich 3 auf, dann folgen Junius und November mit je 2, März, April und December mit je 1 Fall, Juli, August und September brachten keinen Fall von Pneumonie. Hiebei darf nicht unerwähnt bleiben, dass die grösste Zahl der ausgeführten Extractionen sich auf die Monate Mai-Junius und October-November zusammendrängt.

In 5 Fällen war die rechte, in 6 die linke Lunge von der Erkrankung betroffen.

Die Mehrzahl der nach der Extraction an Pneumonie erkrankten Individuen litt vor der Operation an fieberlosem Katarrh der gröberen Bronchien, einem Zustande, dessen Besserung vor Ausführung der Operation aus leicht begreiflichen Gründen stets angestrebt, aber nicht immer vollständig erreicht wurde.

Die Erkrankung stellte sich gewöhnlich frühzeitig nach der Operation: ein Mal schon am Tage des Eingriffs, am häufigsten in den ersten 3—4 Tagen, seltener zu Beginn der zweiten Woche und nur ausnahmsweise zu Ende der zweiten Woche ein. Erkrankungen, die erst in späterer Zeit, nachdem die Operirten schon mehr oder weniger gewöhnlichen Verhältnissen übergeben waren, auftraten, fanden hier keine Berücksichtigung. Auch jene Operirten, bei denen Pneumonie erst in der zweiten Woche auftrat, waren meist aus irgendwelchen Gründen (Wundheilung) im Bette behalten worden.

Gewöhnlich wurde die Erkrankung nur von sehr geringen subjectiven Erscheinungen eingeleitet, ja die Beschwerden der Befallenen waren mitunter so wenig auffallend, dass man sie leicht hätte ganz übersehen können. Ich bilde mir deshalb auch nicht ein, sämmtliche Pneumonien in unserem Krankenmaterial erkannt zu haben, und bin überzeugt, dass erst eine ganz genaue Kenntniss dieser vielfach

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

merkwürdigen Zustände dazu führen wird, ihr Vorhandensein in keinem Einzelfalle zu übersehen. Die Kranken hatten etwas trockenere Lippen oder eine ebensolche Zunge, sie assen mit geringerer Lust, klagten über Schwäche, leichtes Unbehagen, waren Nachts etwas unruhiger als sonst, ohne jedoch zu deliriren — aber nur die allerwenigsten lenkten durch directe Klagen die Aufmerksamkeit des Arztes auf die Respirationsorgane, nur die wenigsten klagten über Dyspnoe und Schmerzen bei den Athembewegungen, husteten stark oder expectorirten nennenswerthe Secretmengen. Veranlassten die früher genannten leichten Störungen des Allgemeinbefindens zu genauerer Untersuchung, so fand man Fieber, mit dessen Constatirung der Hinweis auf Untersuchung der Respirationsorgane stets gegeben war.

Meist blieb auch im weiteren Verlaufe das Missverhältniss zwischen den objectiv nachweisbaren pathologischen Zuständen und den subjectiven Beschwerden bestehen, ja manche Kranke wollten überhaupt nicht daran glauben, dass sie schwer erkrankt seien, sie wunderten sich, dass man sie, die doch nur augenkrank wären, so oft an der Brust untersuchte, sie belächelten die Besorgniss ihrer Angehörigen, die an das Krankenlager gerufen worden waren.

Noch auffälliger als die Geringfügigkeit der subjectiven Beschwerden war bei unseren Erkrankten der günstige Ausgang des Uebels, auffällig mit Rücksicht auf das hohe Alter der Befallenen, welches ja gemeinhin — und mit Recht — als bei Pneumonie höchst gefährdendes Moment angenommen wird. Von unseren Kranken starb nur eine einzige, im 72. Lebensjahre befindliche Frau, welche leider aus äusseren Gründen nicht obducirt werden konnte. Durch die so günstige Prognose weicht demnach die „Extractionspneumonie“ in ebenso erfreulicher als bemerkenswerther Weise von den sonstigen Lungenentzündungen bei Individuen höheren Lebensalters ab, obwohl sie in den Symptomen mit den sogenannten Greisenpneumonien mehrfach übereinstimmte; die Erkrankung setzte nie mit Schüttelfrost ein, die höchste im Initialstadium

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

eines Falles beobachtete Temperatur war 39·7, während sich gewöhnlich in den ersten Tagen die Temperatur zwischen 38·0 und 39·0 bewegte, ja nicht selten sogar nur zwischen 37·0 und 38·0 stand. Es kamen vielfach auffällig niedrige Temperaturen von nur wenigen Zehnteln über 37·0 vor, bezüglich welcher freilich zu berücksichtigen ist, dass die Achselhöhlentemperatur bei Greisen nicht wahre Blutwärme ergibt; die hiezu nöthige Messung der Temperatur im Rectum war bei unseren Kranken aus mehrfachen Gründen nicht ausführbar. In den leichteren Fällen kehrte die Temperatur gewöhnlich schon in der ersten Woche zur Norm zurück, allmählig sinkend, nicht in raschem „kritischem" Abfall; in einem schwereren Falle, welcher in der letzten Zeit zur Beobachtung kam, dauerten Fiebertemperaturen bis zum Ende der zweiten Krankheitswoche an. Die Curven auf der nebenstehenden Tafel geben den Temperatursverlauf in einem leichten und einem schweren, gleichwohl mit Genesung endenden Falle; beidemale wurden keine antipyretischen Medicamente gereicht[1]).

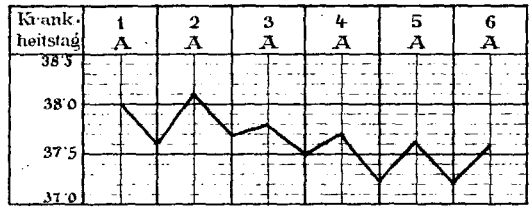
Der Puls zeigte vermehrte Frequenz selbst in jenen Fällen, in welchen die Achselhöhlentemperatur die als untere Fiebergrenze gewöhnlich angenommene Zahl von 37·5 nicht überschritt. Als höchste Pulszahl wurde in einem, und zwar in dem tödtlich verlaufenden Falle, 116 angemerkt. Nicht selten trat Intermission des Pulses auf, wobei merkwürdigerweise die Pause häufig nach jedem vierten Pulsschlage erfolgte, es sich also um Pulsus quadrigeminus handelte. Die Intermission des Pulses spielte in der Diagnostik der Erkrankung insoferne eine gewisse Rolle, als sie es mitunter war, die zuerst die Aufmerksamkeit auf das Bestehen einer schweren fieberhaften Erkrankung lenkte. Trotz der Intermission waren die einzelnen Pulsschläge kräftig, wie denn überhaupt zumeist die Höhe der Pulswellen eine solche war, dass man an nennenswerthe Schwächung des Herzmuskels kaum glauben konnte. Nur sehr selten gab sich die mangelhafte Energie der Herz-

---

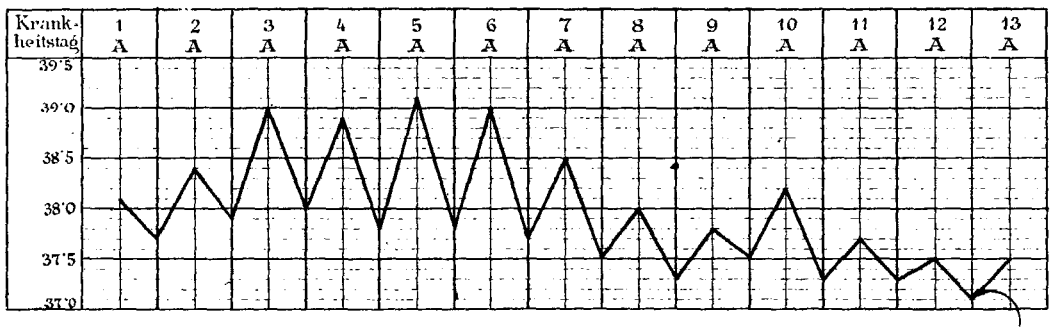
[1]) Siehe die nebenanstehende lithographirte Tafel.

zu Seite 48

I. (leichter Fall)



II. (schwerer Fall)



©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

arbeit durch das Bestehen von Pulsus irregularis zu erkennen, und dass selbst diese nicht immer pessimi ominis war, beweist die Heilung auch solcher Fälle.

Zählungen der Respirationsfrequenz ergaben ausnahmslos Steigerung derselben, doch nie in so hohem Grade, dass ohne eigens darauf gerichtete Zählung besondere Hast im Athmungsgeschäfte aufgefallen wäre. Im Einklang hiemit fehlte auch fast immer das subjective Gefühl der Athemnoth.

Percussion des Thorax ergab Dämpfung des Schalles häufig von nur geringer Ausdehnung und geringer Intensität, selten einen ganzen Lungenlappen umfassend, und zwar erwiesen sich stets die untersten Lungenabschnitte resp. der untere Lungenlappen als diejenigen, deren Luftgehalt vermindert oder aufgehoben war. Leichte Dämpfungen konnten nur durch sorgfältigen Vergleich der Percussionsergebnisse beider Seiten eruirt werden, oft hatte der leicht verkürzte Schall ein tympanitisches Timbre. War nur an kleiner Stelle der Schall gedämpft, so hatte jene immer ihren Sitz im untersten Abschnitte der Lunge, in der Nähe der Wirbelsäule. Manchmal fanden sich auch mehrere kleine Stellen mit Schalldämpfung durch lufthaltiges oder wenigstens relativ freies Lungengewebe von einander getrennt.

Bei der Auscultation traten gewöhnlich kleinblasige Rasselgeräusche so sehr in den Vordergrund, dass das Athmungsgeräusch von ihnen gedeckt wurde; war jenes doch hörbar, so hatte es unbestimmten oder bronchialen, nie vesiculären Character. Oft gingen kleinblasige Rasselgeräusche dem Auftreten der Dämpfung zeitlich voraus, so dass sie in die feinsten Bronchien und nicht in die Alveolarräume selbst verlegt werden mussten.

Expectoration fehlte manchmal ganz; das Sputum war, wenn vorhanden, sehr zähe, an den Wänden des Speiglases haftend, schleimig-eiterig. Nie hatte es die Charactere des Sputum croceum und nur ein Mal enthielt es Blut in mit freiem Auge sichtbarer Menge beigemischt.

Die Rückbildung der Veränderungen erfolgte meist

©Naturwiss. med. Ver.-Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

nur sehr langsam und lange nachdem die Temperatur zur Norm zurückgekehrt oder, wie das im Genesungsstadium öfter vorkam, unter die Norm gesunken war, konnte man durch Untersuchung des Thorax noch Spuren nicht vollständig abgelaufener Erkrankung nachweisen.

Das in groben Umrissen und mit den mannigfachen Fehlern eines nicht specialistischen Beobachters geschilderte Symptomenbild scheint mir die Annahme zu gestatten, dass die Pneumonien unserer Extrahirten unter die „Katarrhalpneumonien" zu rechnen seien. Für unsere Ansicht sprechen der gewöhnlich complicirende Bronchialkatarrh, die meist geringe Intensität und Ausdehnung der Dämpfung, das Vorherrschen der kleinblasigen Rhonchi unter den auskultatorischen Phaenomenen, sowie der Umstand, dass jene oft das erste Symptom der herannahenden Pneumonie waren. Das Fehlen des typischen Temperaturverlaufs, die Beschaffenheit des Sputum, die Geringfügigkeit der subjectiven Symptome wollen wir zur weiteren Begründung unserer Ansicht deshalb nicht herbeiziehen, weil es ja bekannt ist, dass diese Dinge sich auch bei fibrinöser Pneumonie hochbetagter Individuen ganz anders gestalten als in dem Schulbilde der croupösen Lungenentzündung, zu welchem Individuen im Blüthealter des Lebens das Muster abzugeben pflegen.

Höhere Lebensalter sind erfahrungsgemäss bei vorhandener Bronchitis ganz besonders der Entstehung bronchopneumonischer Herde ausgesetzt und andererseits sind es gerade diese Altersklassen, in welchen Bronchialkatarrhe mit und ohne emphysematöse Zustände so ungemein häufig vorkommen. Hiemit im Einklange steht es, dass der grösste Theil unserer Erkrankten das 70. Lebensjahr schon überschritten hatte.

Der Erfahrung, dass neben dem Alter auch die Constitution der Individuen bei Entstehung katarrhalischer Pneumonie eine Rolle spielt, entspricht die grössere Zahl von Erkrankungen bei weiblichen Individuen; nach unseren hiesigen Erfahrungen sind nämlich diese durchschnittlich in weit höherem Grade marastisch, als gleichalterige Männer.

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

Ohne in Bezug auf die noch strittige Pathogenese der Katarrhalpneumonie irgend etwas zu präjudiciren, können wir doch als entscheidendes Moment das Uebergreifen eines Bronchialkatarrhs auf die feinsten Bronchien, die Ausbildung der Bronchitis capillaris ansehen. Das Vorhandensein von Bronchitis capillaris aber konnte in unseren Fällen nahezu ausnahmslos, und zwar oft als Vorläufer der durch die Dämpfung angezeigten Infiltration der Alveolarräume constatirt werden. Wir haben auch Fälle beobachtet, in denen es trotz vorhandener capillarer Bronchitis nicht zu Pneumonie kam; das Ausbleiben der letzteren wurde nicht sowohl aus dem Fehlen gedämpften Percussionsschalles — da ja bekanntermassen kleine pneumonische Herde ohne Einfluss auf die Percussion bleiben können — als vielmehr aus der raschen Rückbildung sämmtlicher Erscheinungen, des Fiebers, der kleinblasigen Rhonchi erschlossen. Ist also das Vorhandensein des Bronchialkatarrhs die Grundbedingung für das Entstehen einer Katarrhalpneumonie, so muss die capillare Bronchitis als Bindeglied zwischen beiden angesehen werden, und alle jene Momente, welche ein Uebergreifen des Katarrhs auf die feinsten Bronchien begünstigen, können die Ausbildung von Katarrhalpneumonie fördern. Unter diese fördernden Momente zählen wir nun die Staarextraction oder vielmehr die mit ihrer Nachbehandlung verknüpften Umstände

Durch die andauernde Rückenlage wird Senkung des Bronchialsecretes nach den hinteren unteren Lungenabschnitten gefördert oder wenigstens bewirkt, dass der schon unter normalen Verhältnissen schwierigsten Secretentleerung aus den peripheren Zweigen des Bronchienbaumes noch neue Schwierigkeiten erwachsen; das stauende Secret nun verbreitet sich entweder nach lediglich mechanischen Verhältnissen über die Bronchioli oder es wirkt als chemischer Reiz und veranlasst so das Weiterkriechen der Entzündung auf die capillaren Abschnitte der Bronchialverzweigung, d. h. es veranlasst Bronchiolitis. Ist diese gegeben, so ist naturgemäss die Gefahr der Katarrhalpneumonie unter den individuell so sehr zu

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

Pneumonie disponirenden Verhältnissen nahegerückt und weit öfter dürfte dann Exsudation in die Alveolarräume als einfache Rückbildung der capillaren Bronchitis erfolgen. Es dürfte nun gegen unsere Ansicht eingewendet werden, dass, obwohl beide Lungen bezüglich der Secretstauung denselben physikalischen Bedingungen unterliegen, die Erkrankung unserer Extrahirten stets nur eine einseitige war. Dagegen ist jedoch zu bemerken, dass Bronchialkatarrhe durchaus nicht gleichmässig über beide Lungen ausgebreitet zu sein pflegen, resp. dass Schleimhautentzündungen im Gebiete des Bronchus dexter und Bronchus sinister durchaus nicht gleich weit nach der Peripherie fortgeschritten sein müssen; nur jene Lungenabschnitte sind vorzugsweise gefährdet, in deren Bronchialästen der Katarrh schon vor der Extraction die grössten Fortschritte in der Richtung nach der Peripherie gemacht hat. Sind solche Lungenabschnitte in der oberen Hälfte gelegen, so fällt wegen Erleichterung des Secretabflusses für sie jene Gefahr weg, der die unteren Lungenpartien eben durch Schwierigkeit der Expectoration ausgesetzt sind.

Ein anderes der Expectoration hinderliches und dadurch der Ausbildung capillarer Bronchitis förderliches Moment liegt darin, dass wir die Extrahirten anweisen, ihre Reflexe möglichst zu unterdrücken, dass wir ihnen einschärfen, alle forcirten Exspirationsbewegungen (Räuspern, Husten etc.) zu vermeiden. Je williger die Kranken dieser im Interesse der Wundheilung so begründeten Vorschrift nachkommen, desto leichter wird es wieder zur Anstauung des Secretes in den Luftröhrenverzweigungen kommen können.

Was also nach unserem Dafürhalten im Wesentlichen den Anstoss zur Entstehung der Extractionspneumonien gibt, ist allerdings auch Hypostase, aber nicht Hypostase des Blutes, sondern Hypostase des Secretes. Wenn auch neuere Autoren (so z. B. Jürgensen) die eigentlich entzündlichen Veränderungen bei Bluthypostase auf Katarrhalpneumonie beziehen, so sehen sie doch jene als Voraussetzung für diese an, eine Voraussetzung, die bei unseren Extrahirten mit Rück-

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

sicht auf den Zustand des Herzens vor der Operation und zur Zeit des Eintrittes der Pneumonie, sowie mit Rücksicht auf die kurze Zeit, welche die Kranken im Bette gelegen hatten, ehe sie von Pneumonie befallen wurden, und endlich mit Rücksicht auf das Fehlen gleichzeitig doppelseitiger Erkrankung nicht gegeben schien. Dass Hypostase des Secretes, welches den Gesetzen der Schwere weit mehr unterworfen ist, als das kreisende Blut, innerhalb viel kürzerer Zeit eintreten kann, als die Bluthypostase, ist wohl selbstverständlich.

Mit der Annahme, dass Bronchialkatarrhe das pathogenetische Moment für die Extractionspneumonien abgaben, fällt auch die etwaige Einwendung weg, dass rein örtliche, in den Räumen unserer Klinik gelegenen Verhältnisse das häufige Auftreten von Lungenentzündung bei unseren Extrahirten verschuldet hätten. Solch „*örtliche Disposition*“ könnte man etwa in der Anhäufung von pathogenen Organismen („Pneumococcen“) in den Füllböden vermuthen, wie sie thatsächlich von Dr. Emmerich [1]) als Ursache der Hausepidemien in der Amberger Gefangenenanstalt aufgedeckt wurde. Allein selbst angenommen, dass in unseren Räumen Pneumococcen hausen, bliebe es doch unverständlich, warum nur extrahirte Greise und nie andere in denselben Räumen befindliche Augenkranke von Lungenentzündung befallen wurden. Uebrigens kann — unseres Wissens — der Pneumococcus bisher nur für die Hervorrufung der fibrinösen und nicht der katarrhalischen Pneumonie verantwortlich gemacht werden.

Schliesslich möchte ich nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass die fieberhafte Erkrankung den Wundverlauf durchaus nicht ungünstig beeinflusste, ja es hat mir wiederholt geschienen, als ob unter dem Bestehen von Fiebertemperaturen die Reaction nach dem Eingriffe rascher abliefe, der Bulbus früher seine Injection verlöre, als sonst. Dass fieberhafte Allgemein- (Infections-) Krankheiten den Verlauf von

---

[1]) Mittheilung v. Pettenkofers in der kgl. bayer. Akademie der W. vom 3. Mai 1884.

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

Entzündungsprocessen am Auge beeinflussen, dafür dürften sich wohl in den Beobachtungen eines jeden Augenarztes Belege vorfinden. Es sei mir gestattet, einen sehr eclatanten Fall dieser Art hier in Kürze mitzutheilen:

Franz Z . . . . . ., ein 22jähriger kräftiger Bauernbursche, wurde am 23. März 1883 mit Keratitis parenchymatosa o. sin. in unsere Klinik aufgenommen, nachdem er etliche Monate vorher wegen desselben Leidens am r. A. bei uns behandelt worden war. Bei seiner Aufnahme bestanden medial und lateral von der Peripherie hereinrückende Infiltrationsstreifen, das Centrum der Cornea war noch klar, S. betrug 6/XII. In den nächsten 8 Tagen breitete sich die Trübung nahezu über die ganze Cornea aus, so dass am 2. April nur noch Finger auf kaum 2 Meter gezählt wurden. Bis zum 8. April war keine nennenswerthe Veränderung dieses Zustandes aufgetreten. Am genannten Tage erkrankte Z. unter heftigem Fieber (40·4) an Angina mit Belag auf den freien Tonsillarflächen; der nächste Morgen brachte durch ein über Nacht am Stamme ausgebrochenes Scarlatinaexanthem Klarheit in die Situation. Am 9. April war der bis dahin stark injicirte Bullus nahezu abgeblasst, die Cornea wesentlich geklärt. Z. wurde nun der medicinischen Klinik zur Behandlung übergeben. Bei einem Besuche, den ich ihm daselbst am 10. April machte, fand ich die Klärung der Cornea soweit vorgeschritten, dass ich nur bei focaler Beleuchtung Reste der Trübung entdecken konnte, und als Z. am 17. April in unsere Klinik rücktransferirt wurde, bestand schon S. 6/XII. Dass es sich bei dieser enorm raschen Rückbildung der entzündlichen Veränderungen um mehr als ein Spiel des Zufalls handelte, lehrte die Beobachtung des Verlaufes der Keratitis am anderen Auge desselben Individuums; Z. wurde am 24. September 1882 mit total getrübter Cornea und S. Fingerzählen auf 2 Meter aufgenommen. Unter Behandlung mit Cataplasmen und Iodoforminspersionen (dieselbe Therapie wurde vor Eintritt der Scarlatina auch für das l. A. angewendet) stieg bis zum 18. October unter allmäliger Klärung der

©Naturwiss. med. Ver. Innsbruck, download unter www.biologiezentrum.at

Cornea S. auf 6/XII; es wurde also hier erst im Verlaufe von 3 Wochen ein Resultat erreicht, welches das linke Auge schon nach 8 Tagen erlangt hatte. Ich beschränke mich hier auf einfache Registrirung dieser Beobachtung, ohne für sie eine ausführliche Erklärung aufzustellen: Material für eine solche fände sich genügend in der durch das Fieber und das Scarlatinaexanthem grossartig modificirten Blutvertheilung, in der durch den gewissermassen überhasteten Stoffwechsel des fiebernden Organismus beschleunigten Resorption, möglicherweise auch in dem Einwandern pathogener Spaltpilze in die Gewebe. Ein Analogon findet unsere Beobachtung in der von Hebra [1]) wiederholt hervorgehobenen Thatsache, dass chronische Dermatonosen (z. B. Eczeme, Psoriasis) unter dem Bestehen schwerer fieberhafter Allgemeinerkrankungen verschwinden, allerdings um sich nach deren Ablauf wieder einzufinden. Hebra erklärte diese Erscheinung durch eine im Fieber auftretende Anaemie der Hautcapillaren.

Meine kurze Mittheilung über „Extractionspneumonie" hat ihren Zweck erreicht, wenn sie die Augenärzte zu sorgfältiger Beobachtung dieser mehrfach interessanten Erkrankung anregt; gerade die Ophthalmologen haben Gelegenheit, Greise, die längere Zeit in strenger Rückenlage verbringen müssen, in grosser Anzahl zu beobachten, und sind daher berufen, die allgemein-medicinische Erkenntniss nach dieser Richtung zu fördern.

---

[1]) Lehrbuch der Hautkrankheiten I. Bd. pag. 60.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: Berichte des naturwissenschaftlichen-medizinischen Verein Innsbruck

Jahr/Year: 1884

Band/Volume: 14

Autor(en)/Author(s): Sachs Theodor

Artikel/Article: Ueber Pneumonie nach Staarextractionen. 44-55