

Hornhindebetaendelsernes generelle karakteristik og klassifikation fra et klinisk standpunkt / af Johan Hjort.

Contributors

Hjort, Johan, 1869-1948.
University of Glasgow. Library

Publication/Creation

Christiania, 1873.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/pnv229tb>

Provider

University of Glasgow

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The University of Glasgow Library. The original may be consulted at The University of Glasgow Library. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Hornhindebetændelsens generelle Karakteristik og Klassifikation fra et klinisk Standpunkt.

Prøveforelæsning, afholdt over et selvvalgt Thema den 25de Februar 1873.

Johan Hjort.

Mine Herrer! Det Emne, jeg har valgt til denne Forelæsning, har jeg formuleret saaledes: „Hornhindebetændelsens generelle Karakteristik og Klassifikation fra et klinisk Standpunkt.“

Hornhindebetændelsen er vistnok efter sit pathologisk-anatomiske Grundlag og Væsen kun een, men dens kliniske Billede arter sig saa mangfoldigt, at det er baade berettiget, onskeligt og nyttigt, om man kan opstille enkelte Typer, hvorunder de forskjellige Tilfælde kan indordnes. Det er imidlertid mere Intensiteten og Extensiteten af Sygdomsprocessen end nogen essentiel Forskel mellem Symptomerne, som danner Adskillelsen mellem de enkelte Arter. Saavel de anatomiske som de fysiologiske Symptomer er tværtimod væsentlig de samme for dem alle, og jeg vil derfor forudstikke en Fremstilling af Keratitisens Symptomer i sin Almindelighed, før jeg gaar over til Inddelingen.

Det væsentlige Symptom ved Hornhindebetændelsen er en Fordunkling i den klare Hinde, og den ved vi nu styldes en Ophobning af Celleelementer i Hornhindevævet.

De ivrige pathologisk-anatomiske Undersøgelser af den traumatisk Keratitis, som har en saa stor Betydning for den almindelige Pathologi, har ført til en livlig Strid mellem de forskjellige Undersøgere, som endnu ikke har faaet sin endelige Afslutning.

Indtil for nogle faa Aar siden antog man (efter His 1856), at denne Celleophobning ved Keratitis var en Folge af en Proliferation i de saakaldte fixe Hornhindelegemer, — disse stjerneformige Legemer, som findes indleirede overalt i den egentlige Hornhinde substans, og som opfattedes som Celler, men saa fremtraadte Cohnheim 1867 med den epokegørende Lære, at Celleopstuvningen hidrørte fra Indvandring af hvide Blodlegemer, og denne Lære er forsaavidt almindelig accepteret, som Ingen nægter Indvandringen af Bændeceller, derimod mener flere Undersøgere, som Hoffmann, v. Recklinghausen, Stricker og Norris, at der tillige finder en Celledeling Sted, nemlig i de fixe Hornhindelegemer. Professor Key og Dr. Wallis (Nord. med. Archiv 1871)

er imidlertid ved sine Undersøgelser komne til det Resultat, at de fixe Hornhindelegemer ikke tager direkte, aktiv Del i Inflammationsprocessen, og dette bekræftes ved Experimenter, som Donders har ladet udføre, og som han meddelte paa den ophthalmologiske Kongres i London i afvigte Høst.

Den inflammatoriske Fordunkling i Cornea benævnes almindelig Infiltrat, et Udtryk, som vistnok stammer fra Exsudattheoriens Tid, men som er meget gjængs ialfald i den v. Græeske Skole, og der er vel derfor heller ikke nogen Grund til at forandre det, saameget mere, som man jo taler om Celleinfiltration, Pusinfiltration ogsaa paa andre Steder af Legemet.

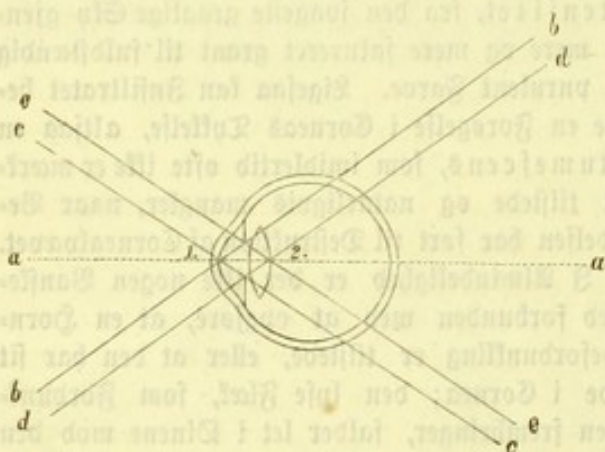
Fordunklingen kan have større eller mindre Intensitet, fra den svageste graalige Sky gennem mere og mere satureret graat til fuldstændig gul, purulent Farve. Ligesaa kan Infiltratet betinge en Forøgelse i Corneas Tykkelse, altsaa en Intumescens, som imidlertid ofte ikke er mærkbart tilstede og naturligvis mangler, naar Betændelsen har ført til Destruktion af Cornealvævet.

I Almindelighed er der ikke nogen Bælselighed forbunden med at opgjøre, at en Hornhinfordunkling er tilstede, eller at den har sit Sæde i Cornea; den lyse Flæk, som Fordunklingen frembringer, falder let i Øinene mod den mørkere Baggrund, der dannes af Iris og Pupillen. Dog kan det hændes, at den er saa svag, at den kun med Bestemthed kan erkendes ved kunstig forstærket Belysning. Vi har hertil et fortrinligt Middel i den saakaldte fokale Belysning, som bestaar deri, at man i et mørkt Rum med en Linse af 2" Brændvidde koncentrerer Lyset fra en Lampeflamme paa Cornea, som derved bliver intensivt belyst og fremtræder desto tydeligere, fordi det nærmeste Parti omkring den ligger i Skyggen af Converglasets Randzone.

Ved denne Undersøgelsesmaade kan man paa vise de svageste Obfusationer i Hornhinden og til lige bestemme deres Sæde i dens forskjellige Lag. Det maa imidlertid erindres, at man ved denne intense Skraabelysning ogsaa i normal Cornea især hos gamle Folk ser et diffus graaligt Skjær, hvilket ikke har nogen pathologisk Betydning, men

kommer deraf, at Cornea ikke er en homogen Hinde, men har saavidt forstjellige Bestanddele, at der ved det stærke Lys kan opstaa svage Reflexer. Ved gjennemfaldende Lys (Dienspeilet) viser den sig da klar.

Ved Dienspeilsundersøgelse kan det hænde, at man er i Tvivl om en Fordunkling har sit Sæde i Cornea eller længere tilbage, idet nemlig en liden Fordunkling i Cornea viser sig som en sort Prisk imod det oplyste, røde Pupillarfelt ligesom de bagenfor dette liggende Fordunklinger. Da har man altsaa et Korrektiv i den fokale Belysning, men man kan ogsaa bedømme Fordunklingens Sæde i Forhold til Pupillarplanet derved, at man lader Patienten se i forstjellige Retninger og iagttager Flækkens Bevægelse i Forhold til Pupillarranden saaledes som Fig. viser. Ser vi Hornhindefordunklingen 1 efter Linien aa, saa viser den sig i Pupillens Centrum, ser vi den efter Linien bb*), viser den sig ved Pupillens øvre Rand, og Flækken har da ligesom bevæget sig fra Pupillens Centrum til dens øvre Rand.



Ser vi den efter Linien cc, ved Blik nedad, viser den sig ved Pupillens nedre Rand. Omvendt med Punkt 2, seet efter Linierne dd og ee.

Hornhindefordunklingen kan have sit Sæde mere eller mindre overfladist eller dybt i Cornea, og den kan tillige have en mere circumstrikt eller diffus Udbredning, hvorom mere senere.

Der er imidlertid Fordunklinger i Cornea, de saakaldte Corneapletter, som, om de end sthylder en Betændelse sin Oprindelse, dog ikke længere er at betragte som Betændelsesfoci, men bestaar af stationære, uforanderlige Texturforandringer i Hornhinden, og som det er af Bigtighed at kunne skjelne fra friske Infiltrater. I den

Henseende kan mærkes, at Corneapletterne gjerne har en mere ensformig, homogen, Farve, ofte af en seneagtig Glands, med glat speilende Overflade og skarpere Begrænsning, ligesom der mangler Irritations symptomer. Ved de friske Infiltrater derimod er Fordunklingen gjerne mere satureret i Midten og taber sig jevnt ud imod Omkredsen, Epithelet over dem er næsten altid forandret, viser Ujevnheder, som berører Hornhinden dens Glands og giver den et mat Udseende, eller endog afdelser den i Facetter. For denne Undersøgelse er det nyttigt at observere Speilbilledet af Vinduet. Som mine Herrer ved, ser vi paa Forsladen af Hornhinden, naar Diet er vendt mod Vinduet, et tydeligt, opret, formindstet Speilbillede af Vinduet med Ruder og Sprosser. Er Corneas Overflade ujevn, mindre glat, saa bliver Billedet mindre distinkt, lysvagere og tillige fortrukket, hvis der er Krumningsforandringer tilstede.

Nu kan der imidlertid, som hyppig er Tilfældet, komme et friskt Infiltrat til eller omkring en gammel Hornhindeflæk, og da skal der mere Ovelse til at erkjende dette Blandingsbillede, men ialmindelighed vil der Anamnesen hjælpe til at klare det.

Fordunklingen er altsaa det essentielle Symptom ved Hornhindebetændelsen, men desuden er der andre Symptomer, som ialmindelighed ledsager den, som kan være mere eller mindre intense, og som vi sammenfatter under Benævnelsen Irritations symptomer.

Hertil hører:

Karudvikling i selve Cornea. Den findes ofte ved Keratiten, men kan ogsaa mangle aldeles, undertiden synes den at indlede Processen, eller den ledsager hele Forløbet, til andre Tider kommer den til senere under Reparationsprocessen og synes at bidrage til Fordunklingens Opklaren.

Ligesom Fordunklingen kan have sit Sæde i forstjellige Lag af Hornhinden, saaledes ogsaa med Kardannelsen. — Vi har 3 Slags Karudvikling i Cornea, nemlig 1) en overfladist, netformig, den saakaldte pannose, som lader sig forfølge over i de overfladiste conjunctivale og i de subconjunctivale Kar, 2) en, som bestaar af mere retliniede Blodkar, der gaar over i de subconjunctivale, som har sin Veliggenhed i den egentlige Cornealsubstans, og endelig 3) de dybefiligende, som ikke kan forfølges længere end til Randen af Cornea, da de ender i Canalis Schlemmii og saaledes ikke kommer i det subconjunctivale Væv.

*) Naar Patienten vender Diet opad.

Denne egentlig corneale Kardannelse kan som sagt mangle ved Keratiten, derimod vil man næsten aldrig fuldkommen savne en Injection i de subconjunctivale Kar nærmest om Cornea, som kommer fra de forreste Ciliarfar og danner en mere partiel eller total rosenrød Zone om Hornhinden \circ : den saakaldte Ciliarinjection.

Keratiten ledsages dernæst ofte af Smerter, enten som om der er kommet et fremmed Legeme ind under (palpebræ), eller Smerter, som straalere ud i forskellige Retninger rundt Orbita efter Trigemini's Udbredning fornemlig langs Frontalnerven, og som ialmindelighed benævnes Ciliarsmerter.

Foruden disse irradierede nervøse Symptomer ledsages Hornhindebetændelsen hyppig af refleksoriske Irritations-symptomer, nemlig en frampagtig Sammentrækning af Pupillen, en foreget Sekretion af Taarer og Lyssty eller rettere en frampagtig Sammentniben af Die-laagene \circ : blepharospasmus. Denne sidste er nemlig en Reflex fra de irriterende Indvirkninger paa Cornealnerven, især vistnok Endegrenene, den er nemlig ofte mest udtalt ved de overfladiske Corneal-lidelser, den kan findes ved fuldstændig Amaurose, og alt viser hen paa, at det er Indvirkning paa Cornealnerven, som frembringer den, ikke derimod Retinalirritation. Den kan ogsaa opstaa ved Reflex fra andre Trigemini'sgrene. Vel er det saa, at Blepharospasmen er stærkere i Lys end i Mørke, men dette forklarede v. Grafe derved, at en hyppig Incitation af Facialnerven (som i Reflexkrampen) forøger dens Omfindtlighed, saa at normal Incitation af Retina frembringer foreget Kontraktion i orbicularis. Vi luffer nemlig under normale Omstændigheder Diet af og til foruden af andre Grunde ogsaa for at give Retina Hvile.

Dermed er ikke ment, at der ikke eksisterer nogen virkelig Lyssty, tværtom, der findes ogsaa en sand Photophobi, som beror paa en Hyperæsthesi af Retina, men den findes under helt andre Forhold.

Endelig har vi som sidste Symptom Funktionsforstyrrelse, som da bestaar i Synssvækkelse, der kan være tilstede i alle Grader fra en let Taage for Diet og indtil kun kvantitativ Lysopfatning \circ : alene Adskillelse mellem Lys og Mørke. Det kommer her naturligvis an paa Fordunklingens Omfang og Sæde i Forhold til Pupillarfeltet og endvidere paa dens Saturation.

Fordunklinger i Hornhinden virker syns-

forstyrrende paa flere Maader, ikke alene derved, at de

- 1) afholder en vis Mængde Lys fra at trænge ind i Diet, men ogsaa især derved, at
- 2) de bryder Lysstraalene uregelmæssig og i alle Retninger ligesom matslebet Glas. Lysstraalene reflekteres ikke alene udad, hvorved Fordunklingerne netop opfattes som lyse Flækker, men ogsaa indad. Hvert enkelt lille Punkt i Fordunklingen bliver derved ligesom en ny Lyskilde, som sender homocentriske Straaler i alle Retninger, og derved overgrydes Retina med diffus Lys, som svækker Opfatningen.

Det distinkte Syn beror nemlig meget paa, at Nethindebilledets Lysstyrke prævalerer fremfor den omgivende Flades. — En meget satureret Fordunkling, men som lader en bitte liden Del af Pupillarfeltet fri, svækker Nethindebilledets Lysstyrke, men forstyrrer Synet mindre end en let Fordunkling, men som dækker hele Pupillen.

- 3) Er der større Ujevnheder paa Corneas Overflade (Facetter), saa brydes Lysstraalene igjennem disse til forskellige Foci, der opstaar da en uregelmæssig Astigmatisme, som er meget forstyrrende. Ligeledes kan
- 4) længe bestaaende eller mere indgribende Infiltrater medføre Resistensforandringer i Hornhindevævet med deraf følgende Krumningsforandringer og uregelmæssig Brydning, som forvilder Nethindebilledet — altsaa ogsaa en uregelmæssig Astigmatisme.

Det er af Bigtighed at forstaa at bedømme disse Forhold for at kunne afgjøre, om Synssvækkelsen er forholdsmæssig til Forandringerne i Hornhinden, thi hvor der er diffus Fordunkling i denne, som hindrer Inspektion af bagenfor liggende Dele, slutter vi ofte af Synssvækkelsens Grad til Komplikationer i det indre Die.

Med Hensyn til Hornhindebetændelsens Forløb og Udgang, saa har det enkelte Infiltrat gjerne et cyklisk Forløb med et Progressions- og et Reparationsstadium af forskjellig Varighed, hvilket meget afhænger af den Intensitet, hvormed Processen debuterer samt af ydre Indvirkninger under Gangen af Sygdommen.

Ligesom nemlig ydre Røyer — Traumer — hvorfor Hornhinden ved sit overfladiske Sæde er meget udsat — spiller en meget stor Rolle som Marslagsmoment ved Keratiten, saaledes kan de have megen Indflydelse paa Sygdommens Gang. En uhenigtsmæssig Behandling, især ofte en

utidig irriterende, kan derfor forandre Sygdommens oprindelige Typus og indvirke væsentlig paa dens Varighed og Udsald. — Forløbet kan endvidere protraheres ved Reknidescenser, nemlig ved Optræden af nye Infiltrater, foruden at naturligtvis Komplikationer kan gjøre sin Indflydelse gjældende.

Progressionsstadiet viser sig ved en Stigen i de ovenfor omtalte Symptomer, hvilket især aabenbarer sig i selve Infiltratet og fornemlig i dets centrale Parti, hvor Processen i Almindelighed kulminerer. Dette antager da en mere og mere mættet graa Farve, hvorved Hoidepunktet kan være naaet, og under en successiv Opklæren kan Corneas Integritet være fuldstændig bevaret. Eller Infiltratets centrale Parti antager en mere gulagtig Farve, og endnu kan Processen gaa tilbage, hvorved den gule Farvning igjen gaar over til den graalige, men oftest kommer der Destruktion af Cornealvævet, som, hvis den findes paa Overfladen, leder til Ulceration, eller hvis den findes i Dybden til Abscessdannelse.

Denne Destruktionsproces kan igjen være mere molekular og insensibel eller en lamellos Nektotiseren, hvorunder større eller mindre Partier eller endog hele Cornea, og det ofte i kort Tid, kan gaa tilgrunde.

Reparationen kan som sagt foregaa ved en Opklæren med fuldstændig Integritet af Hornhinden, eller hvis der er Substantab, kan Overfladen afslattes ved nydannet Epithel uden Regeneration af den egentlige Hornhinde substans, hvorved Cornea altsaa blir tyndere paa dette Sted, og vi har en saakaldt permanent Hornhindefacet. Eller Substantabet erstattes ved nydannet Cornealvæv, som da gjerne ialfald i Begyndelsen er uflart, eller endelig, saafremt Substantabet er betydeligt, og især om der har fundet Gjennembrud Sted, danner der sig et aldeles bindevæbsagtigt Ar. — At gaa ind paa de Følgetilstande, som heraf kan resultere, vilde føre for langt.

Reparationsstadiet giver jeg tilfjende ved følgende Tegn:

1. Svulsten gaar tilbage. Som tidligere nævnt er der nemlig ved de godartede Processer, hvorved Hornhindelegemerne ikke gaar tilgrunde, Svulst i Cornealvævet.
2. Forstyrrelsen i Epithelialovertræffet gaar tilbage. Overfladen blir igjen glat.
3. Den gule Farvning i Midten af Infiltratet blir mere jevn graa.

4. Den lysdiffunderende Egenstabs, som især det mere perifer, halvgyennemsigtige Parti (den saakaldte Halo) har, taber sig, og Synsstyrken hæver sig altsaa.

5. Er der Ulceration, saa viser Reparationen sig derved, at Randen blir mere afrundet, idet nydannet Epithel skyder sig ind over den, Bunden blir renere, klarere, og der træder ofte forbigaaende Randdannelse til.

6. Endelig viser Reparationen sig derved, at de reflektoriske Irritations symptomer aftager: Smertes, Taareflod og Blepharospasmus ophører lidt efter lidt.

Vi har saaledes som anatomiske Symptomer ved Keratiten: Fordunkling, Ujevnhed i Epithellet samt Karudvikling og som physiologiske: Smertes, Sammentrækning af Pupillen, Taareflod, Blepharospasmus og Funktionsforstyrrelse: Synssvækkelse.

Jeg gaar dernæst over til:

Hornhindebetændelsernes Klassifikation.

Som jeg i Begyndelsen ytrede viser Keratitis kliniske Billeder sig saa mangfoldigt, at man uvilkaarligt faar en Trang til en orienterende Oversigt over Formerne. Det er mig nemlig ikke nok i det konkrete Tilfælde at vide, at jeg har en Hornhindebetændelse for mig, jeg føler mig utryg og famlende, hvis jeg ikke tillige kan afgjøre: har jeg her en let og kortvarig Lidelse, eller er det et grovt, maaske meget langvarigt eller endog Synet faretruende Tilfælde.

Der har været opstillet mange Inddelinger af Hornhindebetændelserne, som tildels have været meget minutiose og værdiløse, hvorfor andre har villet bortkaste enhver Inddeling, og Grunden hertil ligger i Banfeligheden ved at finde et naturligt Inddelingsprincip.

Keratiterne viser sig forstjellige baade med Hensyn til Udbredning, Varighed, Farlighed og Modtagelighed for therapeutiske Indgreb, og derefter har da de fleste Forfattere søgt at rubricere dem, men heri er der endnu saa megen Uoverensstemmelse, at der næsten ikke er 2 Lærebøger, som opstille samme Inddelings-Typer.

Det er som sagt Mangelen af et naturligt Inddelingsprincip, som er Aarsagen hertil. Der er nemlig en saadan Mangfoldighed af Overgange mellem de enkelte Sygdomsformer, at Grændserne ingensteds er skarpe, og Inddelingen saaledes bliver mere eller mindre vilkaarlig. Vil man da kun

sammenstille under samme Benævnelse de Tilfælde, som har afføret samme Udseende og Forløb, saa faar man en Mangfoldighed af Kategorier, og Oversigten tabes. Skaar man paa den anden Side altfor meget sammen, saa gaar ligeledes Hensigten med Inddelingen tabt.

Hvad der fremdeles har bragt Forvirring i dette Kapitel, er Uoverensstemmelsen i Terminologien hos de forskjellige Forfattere. Det, der saaledes for En er Benævnelsen paa en hel Gruppe, er for en Anden kun Navnet paa en liden Underafdeling osv., foruden at de ofte har hver sit Navn for den samme Sygdom, saa der idelig maa opstilles en hel Del Synonymer.

Idet jeg gaar over til at omtale, hvad der tjener til at differentiere Hornhindebetændelsen i forskjellige Former, maa jeg først og fremst nævne 1) Udbredningen efter Fladen, som er et saa vigtigt Skjelnemærke, at jeg mener det kan benyttes til en Hovedinddeling. Medens nemlig mange Infiltrater altid har en fokal Optræden og det ofte af saa ringe Omfang, at de ikke er større end Sandkorn, og ikke viser nogen Diffusionstendens, er der igjen andre, som lige fra Begyndelsen har væsentlig Udbredning over en større Flade, ja lidt efter lidt indtager hele Corneas Omfang.

Vistnok viser der sig ogsaa heri Overgange, idet at flere Foci ved at konfluere kan give Processen Udseende af Diffusionstendens, ligesom man paa den anden Side ogsaa ialmindelighed ved de diffuse Infiltrater vil finde enkelte mere saturerede punktformige Pletter, men det er isaaftald en mere tilfældig Lighed mellem begge Former.

Dernæst er 2) Lokalisationen i de forskjellige Lag af Cornea et vigtigt Moment for Inddelingen. Som bekendt bestaar Cornea af et mange stiftet Epithellag paa Forfladen, dernæst en elastisk Hinde (Bowmans), saa kommer

Keratitis circumscripta.

superficialis. profunda.

1. k. phlyctenularis. 2. suppurativa. 3. punctata.

Hertil kommer nu enkelte Underafdelinger, men som hensigtsmæssigere omtales under disse Hovedformers Karakteristik.

Ved keratitis circumscripta er her ment infiltrater, som fra Begyndelsen har en fokal Optræden og ved keratitis diffusa de, som har Tilbøielighed til Fladeudbredning. Ved superficielle menes de, som opstaar i de mere overfladiske Lag af Cornea og ved profunde de, som begynder i de dybere liggende Lag af den egentlige Horn-

den egentlige Hornhinde substans med de fire Hornhindelegemer og den fibrillære Intercellularsubstans, og endelig tunica Descemeti — den bagre elastiske Hinde med dens enkelte Lag af epithelceller. I alle disse Lag kan Infiltraterne optræde, hyppigst i de mere overfladiske, mindre hyppig i Dybden af den egentlige Hornhinde substans og i tunica Descemeti. Den forreste og især den bagre elastiske Hinde synes at have en vis Isolationsevne, men Gjennembrud gjennem dem er dog hyppige.

3) Bidere er Infiltratets Tilbøielighed til Purulens eller Mangel paa Tilbøielighed dertil et vigtigt Skjelnemærke. Medens enkelte i paafaldende kort Tid medfører Pusdannelse, ja endog en fuldstændig purulent Smeltning af næsten hele Cornea, saa leder andre igjen aldrig til Pusdannelse, Forhold, som omtrent falder sammen med akut og kronisk Optræden, eller med Infiltratets kortere eller længere Cyklus, hvoraf Prognostik og Indikationer for Behandling meget afhænger.

4) Tilbøielighed til Recidiv er en Egenkab ved flere Keratiter. Overhovedet opstaar der lettere patologiske Processer i Hornhinder med Reciduer efter foregaaende Betændelser.

5) Enkelte Former viser sig næsten udelukkende som Symptomer af andre Dienlidelser, medens mange opstaa idiopathisk.

6) Endelig har antagne Marsager f. Ex. Skrofulose og Syfilis været benyttede til at udsøndre visse Former, hvilket synes mindre berettiget.

Efter disse Holdepunkter har jeg opstillet følgende schematiske Inddeling, som vistnok ikke gjør Fordring paa at være fuldkommen udtømmende, men som jeg dog men er orienterende og optager de væsentligste Typer i sig:

Keratitis diffusa.

superficialis. profunda.

4. pannosa. 5. parenchymatosa.

hinde substans eller tunica Decemeti. Det maa imidlertid indrømmes, at der ikke er nogen bestemt anatomisk Grænse for denne sidste Inddeling, ligesom at den superficielle Keratit ved Ulceration kan gaa i Dybden ja perforere, og paa den anden Side den profunde Keratit ved Destruktion af Cornealvævet kan naa Overfladen, men dette tilhører det videre Forløb af Sygdommen, som ved sin Optræden i det ene Tilfælde ligger

nærmere Overfladen, i det andet nærmere de bagre Partier Cornea.

Jeg vil nu i Korthed gennemgaa, hvad der karakteriserer disse 5 Hovedtyper med de almindeligste afledede Sygdomsformer.

1. Keratitis phlyctenularis*) (syn. lymphatica, serophulosa, herpes corneæ). Den phl. K. opstaar gjerne akut og det enten a) som en idiopathisk Lidelse (v. Græses umschriebene Hornhautinfiltrat) ofte uden bekjendt Aarsag, idet der under ialmindelighed temmelig udtalte Irritations-symptomer (Injektion, Smerter, Taareflod, blepharospasmus) optræder en liden graalig temmelig begrændset Flæk henimod Randen eller mere i Midten af Cornea, som paa dette lille Sted bliver svullen og prominerende. I Midten af en saadan Flæk findes den høieste Betændelsesgrad, den kan blive gul, bryde op og danne et ulcus. Den har ikke Tendens til Udbredning efter Fladen, hvorimod den kan gaa temmelig dybt, ja perforere. Den kan imidlertid være multipel, og ved Konfluens af flere saadanne Flækker kan de faa en større Udbredning. Forløbet af den enkelte Flæk er akut og varer nogle Dage eller 2 til 3 Uger.

b) Den phlyctenulære Randkeratit viser sig som flere smaa Sandfornsphlyctæner i Randen af Cornea. Der gaar da gjerne i Forveien en Hyperæmi af Konjunctiva med lignende smaa Phlyctæner i Limbus.

c. Keratitis fascicularis (die buschelförmige k., keratite en bandelette) begynder med et lidet Randinfiltrat som vandrer indover Cornea i radiær Retning og ligesom flydes frem af et tæt Bundt af retliniede Kar. Naar Infiltratet har naaet Corneas Centrum hører det ofte af i en anden Retning.

Idet Processen standser, applaneres Infiltratet, Karrene svinder, og der bliver tilbage en baandformig Fordunkling, som kan opklares mere og mere især i det perifere Parti, medens det centrale Endestykke holder sig længst og som en liden hestefoformet Plet ofte i Arrækker bag efter vidner om det eiendommelige Sygdomsbillede.

Begge de 2 sidste Former findes gjerne sammen med Conjunctivalprocesser, nemlig den blennorrhoeiske Catarrh og den phlyctenulære Conjunctivitis, og er især hyppige hos sfrofuløse Individuer.

*) Phlyctæne betyder jo egentlig en Blære men bruges nu om alle prominente smaa Betændelsesfoci i Cornea eller Conjunctiva, hvad enten Indholdet er mere konsistent eller mere fluid.

2. Keratitis suppurativa begynder som et circumskript gult Infiltrat i selve Hornhindsesubstansen, der fører til Ulceration eller Abscessdannelse. Vi har en sthenisk Form, som ledsages af heftige Irritations-symptomer, og en anden med udtalt Astheni, v. Græses torpide Hornhindeinfiltrat, som, om det end begynder med Irritations-symptomer, meget snart blir aldeles indolent og har megen Tendens til Phagedænisme. Det er eiendommeligt derved, at det er mest satureret mod Periferien, hvor det gjerne har en tæt graagul Rand, som man ofte ved nærmere Eftersyn kan se bestaaende af bitte smaa friske gule Infiltrater lige i den klare Cornealsubstans uden nogen graalig Halo, som ved de overfladiske circumskripte Infiltrater. Det ligesom æder sig videre ind i den omgivende klare Hornhinde, og da det næsten altid er forbunden med Ulceration, kaldes det *ulcus serpens corneæ* (Sæmisch) eller ogsaa *hypopyon keratitis* (Mosè), fordi det almindelig ledsages af Hypopyondannelse og purulent Iritis. Den torpide Form er saaledes meget farlig, opstaar gjerne efter Indvirkning af Traumer hos ældre dekrepide Individuer. Den findes ogsaa ved akutte Infektions-sygdomme, ligesom den saakaldte neuroparalytiske Dienbetændelse (ved Trigeminalhed) hører herhen.

3. Ved Keratitis punctata forstaaes grupperede, punktförmige Flækker i det dybe af Cornea uden Svulst af Cornealvævet omkring. Den er en Følgesygdom af iritis serosa. Disse Punkter sidder i Begyndelsen i tunica Descemeti og kaldes derfor ialmindelighed Præcipitater paa Bagfladen, men har Sygdommen bestaaet en Tid, drages Cornealsubstansen selv med ind i Processen, og man finder en hel Del punktförmige Pletter helt fremover mod de forreste Lag. Der kommer ikke sjelden en serøs Choroiditis med Glaslegemopaciteter til, og denne Keratit er saaledes Tegn paa en alvorligere Dienlidelse.

4. Keratitis pannosa karakteriserer sig ved en let, overfladisk, Diffusfordunkling med mere eller mindre rigelig Udvikling af netformige Kar, som lader sig forfølge i de overfladiske Conjunctivalkar og Subconjunctivalkarrene samt ved Ujevnheder i det epitheliale Overtræk. Opstaar den hurtig og under Irritations-symptomer, falder vi den pannede Keratit, udvikler den sig langsomt og med kronisk Forløb, falder vi den Pannus. Den kan gaa fuldstændig tilbage eller lede til sekundære Forandringer, som er for vidtløftige til at omtale her. Undertiden opstaar den som Følge af direkte traumatisk Irritation af Cornea

f. Ex. ved indadvendte Cilier, men oftest er den en Forplantning af phlyctænulære eller granuløse Processer i Conjunktiva.

5. Keratitis parenchymatosa syn.: k. profunda, interstitialis. Sædvanlig under ringe Irritationsymptomer udvikler sig en graalig Sky i den egentlige Hornhinde substans, som udbreder sig over Størstedelen af Cornea. Infiltratet skyder sig sammen fra Periferien mod Midten under mere eller mindre Udvikling af Kar, som imidlertid har et mere strakt Forløb end i foregående Sygdom, og hører til de tidligere omtalte mellemste Kar. Den kan opstaa uden syn-derlig Karudvikling, som derimod kan komme bagefter, sekundært. Udviklingen af Infiltratet varer længe, ofte i Maanedes, det bliver imidlertid ved en forholdsvis ringe Grad af Fordunkling, som forbliver graa, ikke fører til Pusdannelse eller Ulceration, med mindre den mishandles, og Cornea bliver altid igjen klar, ialfald paa en enkelt ringe Uklarhed nær. Opklaringen foregaar lidt efter lidt fra Periferien af. Denne Form er altsaa diffus, har et kronisk Forløb, fører ikke til Pusdannelse, og den influenceres ikke synderlig af aktiv Behandling, saa vi ikke kan gjøre meget til at afslutte Processen. Den forstyrrer Synet, især ved Diffusion af Lyset 3: Blending, eller ogsaa ved at medføre Krumningsforandringer i Cornea. Især hos sletnærede Børn kan den forbinde sig med Cyklit og derved blive farlig for Synet, men i Almindelighed giver den altsaa en god Prognose. Den begynder næsten altid kun paa et Sted, men i omtrent $\frac{3}{4}$ af Tilfældene gaar den senere, efter Uger eller Maanedes Forløb, over paa det andet, hvor den samme langvarige Proces da gjentager sig, hvilket naturligvis er af Bigtighed, at man ved og kan forberede Patienten paa en saadan Mulighed. Herhen hører den af Hutchinson beskrevne k. ex lue congenita.

Foruden disse Hovedtyper gives der Blandings- og Overgangsformer, som ikke altid ved

første Undersøgelse lader sig henføre til en bestemt Kategori, men ligesom den erfarne Therapeut indretter sin Behandling ikke efter Sygdomsbetegnelsen men efter de daglige Forandringer, som han iagttager, saaledes udtrykker man sig i Praxis ofte i det konkrete Tilfælde ved Betegnelsen af Sygdommen paa følgende Maade: Vi har her et centralt, cirkumskript, overfladisk ulcereret Infiltrat i Reparationsstadiet, eller: Kasus er et profund, purulent, torpid Infiltrat med Tendens til Phagedæniisme osv., hvorved man altsaa med saa Ord angiver en næsten fuldstændig status præsens. — For Oversigtens og navnlig for Undervisningens Skyld er imidlertid Klassifikationen nyttig og nødvendig, og det var derfor ønskeligt, at man snart kom til en større Overensstemmelse heri.

Resumé. Naar vi vil resumere, hvad her er udviklet, saa faar vi ud, at Hornhindebetændelsernes essentielle Symptom er en Fordunkling i Cornea, som bestaar i et friskt Celleinfiltrat og kan ledsages af stærkere eller svagere Irritationsymptomer, at Fordunklingen igjen fuldstændig kan opklares eller lede til Texturforandringer, som bestaar i uklart Cornealvæv eller bindevævsagtigt Arvæv — at fremdeles det kliniske Billede viser sig saa forskjelligt, at man kan opstille 5 Hovedtyper, der væsentlig adskilles ved Infiltratets Tilbøielighed til fokal eller diffus Optræden, ved dets Lokalisation i de forskjellige Hornhindelag og ved dets Tilbøielighed eller Mangel paa Tilbøielighed til Purulens og Destruktion — til Akuitet eller Kronicitet.

Til Slutning vil jeg kun tilføie, at det har været mig mere om at gjøre om muligt at opnaa oversigtlig Klarhed, end at saa alle de Detaljer med, som mere egner sig for de kliniske Demonstrationer.

Kristiania, 25de Februar 1873.

Johan Hjort.

