

Z Kliniki Okulistycznej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: Z. Prof. Doc. Dr med. Tadeusz Krwawicz

Maria D Y M I T R O W S K A

Przypadek guzowatości powiek i spojówki o nieznannej etiologii

Ein Fall von knötchenförmiger Verdickung der Lider und der Bindehaut von unbekannter Ätiologie

Ostatnio mieliśmy sposobność zaobserwowania bardziej osobliwego przypadku. Dnia 25.XII.49 zgłosiła się mianowicie na Klinikę chora lat 50, podając, że przed 3-ma tygodniami zauważyła, początkowo zaczerwienienie powieki górnej oka prawego, w dwa dni potem ograniczone zgrubienie tejże powieki, przyczym samo oko nie bolało. Przed tygodniem podobne objawy wystąpiły na skórze powieki górnej oka lewego, odczuwała przy tym dość silne bóle w oku, co skłoniło ją do zgłoszenia się na Klinikę. Naogół czuje się zdrowa, przed 20 laty przechodziła tyfus plamisty.

Hist. choroby: L. 654/49.

Chora o normalnej budowie ciała, dobrze rozwiniętej tkance tłuszczowej.

Oko prawe: oczodół prawidłowy, na powiece górnej stwierdza się zaczerwienienie i obrzęk skóry. Badaniem wyczuwa się w samej skórze trzy ograniczone, niebolesne guzki, konsystencji mało elastycznej, niezrośnięte z głębszymi warstwami, przesuwalne wobec podłoża. Jeden guzek zajmuje kąt wewnętrzny, dwa większe guzki usadowione są w $\frac{1}{3}$ wewnętrznej części powieki górnej. Wskutek obrzęku ruchomość powieki jest ograniczona, szpara powiekowa węższa. Powieka dolna prawidłowa.

Spojówki powiekowe miernie przekrwione, spojówka gałkowa wykazuje od góry i wewnątrz nastrzyk rzęskowy miernego stopnia. Przy brzegu rogówkowym mniej więcej od godziny 11 do 2-ej zaznacza się nacieczenie spojówki gałkowej na szerokość 2 m/m. o zabarwieniu sinawym. (Vide ryc. 1, 3). Dalsze części oka zmian nie wykazują. Gałka oczna niebolesna o napięciu prawidłowym.

V. O. D. = 0.7.

Oko lewe: oczodół prawidłowy, powieka górna w całości obrzękła, lekko zaczerwieniona, w skórze powieki bliżej kąta wewnętrznego wyczuwa się dość dobrze ograniczone zgrubienie, mało elastyczne wielkości fasoli, nieco bolesne. Ruchomość powieki ograniczona, szpara powiekowa węższa. Dolna powieka prawidłowa. Spojówki powiekowe przekrwione, spojówka gałkowa wykazuje w całej górnej połowie rozlany nastryk rzęskowy z przybrzeżnym sinawym guzkowatym nacieczeniem okołorogówkowym, mniej więcej od godziny 10-ej do 2-ej, szerokości do 3 m/m. (Vide ryc.: 2, 4.)

Nieznaczny światłowstręt i łzawienie. Dalsze części oka bez zmian chorobowych. Gałka na dotyk nieco tkliwa, o napięciu prawidłowym. V. O. S. = 0.7.

Wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych:

Punkcja guzka i posiew: wynik negatywny.

Odczyn Wassermanna: ujemny.

Odczyn Mantoux słabo dodatni.

Odczyn Biernackiego: 10/30.

Morfologia krwi: ilość ciałek czerwonych prawidłowa, nieznaczna leukopenia ze względną limfocytozą.

Ilość cholesterolu we krwi = 240 mg.

Analiza moczu zmian nie wykazuje.

Badania szpiku kostnego pobranego z mostka zmian chorobowych nie wykazało.

Zdjęcie klatki piersiowej: płuca bez zmian. Indurowane zwapniałe gruczoły we wnękach, przepona i serce w normie. Tętnica nieco silniej wygięta, o cieniu intensywniejszym.

Zdjęcie jam bocznych bez zmian.

Dodatkowe badania kliniczne:

Badanie internistyczne poza nieznaczną sklerozą i niedomogą mięśnia sercowego bez zmian. Podejrzanie w kierunku białaczki wykluczono.

Badanie otolaryngologiczne zmian nie wykazało,

Badanie na klinice dermatologicznej: przypuszczalnie sprawa na tle zapalno-infekcyjnym. Polecono zastosować śródskórną szczepionkę gronkowcowo-streptokową. Zastosowano odpowiednią szczepionkę w ilości 0.2 uzyskując odczyn dodatni.

W przebiegu chorobowym w czasie od 26.XI do 5.XII.49 zaobserwowano w pierwszych dniach na oku prawym powiększenie się obrzęku i zaczerwienienia na powiece górnej, pierwotne guzki pozostały bez zmian, natomiast wytworzył się nowy mały guzek po stronie skroniowej w pobliżu kąta wewnętrznego. Równocześnie wystąpił silniejszy nastryk wycinkowy na spojówce gałkowej i wytworzył się wyraźniejszy guzkowaty naciek, zajmujący prawie całą górną połowę spojówki. Na oku lewym



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.

poza zwiększonym obrzękiem i zaczerwienieniem powieki górnej świeżych zmian nie zauważono, natomiast zmiany na spojówce galkowej rozszerzyły się i na część nosową.

W dalszym przebiegu schorzenia zauważono samoistne cofanie się guzków na powiece górnej oka prawego po stronie nosowej. Stały się one mniej twarde, zaczerwienienie powiek zmiejszyło się znacznie a równocześnie ustępowały objawy zapalne ze strony spojówki galkowej. Utrzymał się jedynie dłuższy czas guzek po stronie skroniowej, bez zewnętrznych objawów zapalnych. Na oku lewym zmiany na powiece pozostawały bez zmian, natomiast zmiany na spojówce galkowej objęły całą spojówkę galkową.

Leczenie kliniczne polegało na doustnym podawaniu większych dawek sulfiazolu i lokalnym stosowaniu 3% roztworu Targesini.

7.XII.49 wycięto skrawek z guzka na powiece górnej oka lewego do badania anatomo-patologicznego.

9.XII.49 w miejscu wyciętego skrawka wytworzyła się gładka blizna, sam guzek uległ prawie w całości resorpcji, obok natomiast wytworzył się nowy ostro odgraniczony guzek. Objawy na spojówce galkowej prawie w zupełności ustąpiły.

14.XII.49. Oko prawe: powieka górna nieznacznie obrzękła, guzek po stronie skroniowej prawie w całości ustąpił, natomiast wyczuwa się wzdłuż dolnego brzegu oczodołu drobne zlewające się ze sobą guzki i guzek wielkości fasoli po stronie skroniowej powieki dolnej oraz pojedyncze guzki w pobliżu kości jarzmowej.

Na oku lewym utrzymuje się nieznaczne tylko przekrwienie i obrzęk powieki górnej z guzkiem po stronie skroniowej.

Ponieważ chora zauważyła wystąpienie ograniczonego stwardnienia po zew. stronie pobudzia, skierowano ją do powtórnego badania do Kliniki Dermatologicznej, gdzie przeprowadzone dodatkowe badania celem określenia przyczyny tych zmian nie dały wyników pozytywnych, tak, że ostateczne badania dermatologiczne pozostały niejasne.

Klinicznym wyglądem i przebiegiem zmiany te odpowiadały sarkoidom Darier-Rousy. Jak wiadomo obraz chorobowy sarkoidów Darier-Rousy cechuje się występowaniem twardych nacieków w tkance podskórnej, najczęściej niebolesnych, występujących częściej u kobiet niż u mężczyzn. Guzki te spotyka się najczęściej w tkance podskórnej pasa biodrowego i barkowego, po zewnętrznej stronie ud i pośladków, bardzo rzadko na twarzy i na głowie. Guzki te umiejscowione są w tkance podskórnej, najczęściej są ostro odgraniczone, tam, gdzie tkanka podskórna jest bardziej wiotka przechodzą w otoczenie, są one przesuwalne wobec podłoża, zrosnięte ze skórą, która ma wygląd normalny lub może być brunatno-czerwona. Jeśli występują w jednym miejscu w większym skupieniu, chorzy doznają uczucia ucisku i napięcia, Guzki te ule-

gają samoistnej resorpcji, nieraz bardzo powolnej, pozostawiając zaciągnięcia skóry. Stan ogólny chorych jest naogół dobry, czasem występuje limfocytoza krwi, rzadko zwyżka temperatury ciała. Histologicznie spotyka się przeważnie komórki nabłonkowe, pojedyncze komórki olbrzymie a najczęściej ich postaci poronne. Na obwodzie znajdują się komórki limfocytarne. Nacieki te usadawiają się nieraz wzdłuż tętnic i żył. Same naczynia okazują objawy zapalne ścian naczyń i bujanie błony wewnętrznej. Za przyczynę występowania sarkoidów przyjmuje się tło gruźlicze, nie wiadomo tylko czy wywołują je same prątki Kocha czy też produkty ich rozpadu lub ziarniste czy przesączalne postaci zarazka gruźlicy. (Grzybowski).

Przeprowadzone jednak kilkakrotnie badania na Klinice dermatologicznej i dodatkowe badania w kierunku etjologii gruźliczej, nie dały tak pozytywnych wyników, by przyjąć obecność sarkoidów w naszym przypadku. Badania anato-patologiczne dwukrotnie przeprowadzone stwierdziły raz obecność nietypowego gruczolaka, drugi raz badanie części tego samego skrawka stwierdziło jedynie stan zapalny. Jak widać badania anatomiczno-patologiczne nie przyczyniło się do wyjaśnienia charakteru schorzenia i przebiegu klinicznego.

Podany przez nas opis przypadku jest o tyle ciekawy, że w piśmiennictwie okulistycznym nie spotkaliśmy się z podobnym obrazem chorobowym a przeprowadzone dodatkowe badania rentgenologiczne, serologiczne, analityczne, kliniczne i anatomiczno-patologiczne nie wyjaśniły ani etjologii ani całego przebiegu chorobowego tak, że wypisując chorą nie mieliśmy jasnego poglądu na charakter i dalszy przebieg tego schorzenia. Mieliśmy bowiem z jednej strony zmiany o charakterze mało zapalnym w skórze obu powiek, które ulegały samoistnej całkowitej lub częściowej resorpcji, przyczym tworzyły się świeże guzki. Guzki te usadowione początkowo na powiece górnej, zajęły następnie i powiekę dolną i okolice kości jarzmowej, z drugiej zaś strony charakterystyczne były zmiany na spojówce gałkowej pod postacią nastrzyku rzęskowego i nacieczenia guzkowatego okołorogówkowego, które to objawy mniej więcej nasilały się równorzędnie względnie ustępowały ze zmianami na powiekach. Byliśmy skłonni mimo braku potwierdzenia ze strony badań anatomiczno-patologicznych uważać te zmiany za sarkoidy Darier-Roussy ze względu na ich wygląd i przebieg kliniczny.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein zurzeit in dem augeärztlichen Schrifttum unbekannter Fall von knotchenförmigen Verdickungen in der Haut der oberen und unteren Lider beider Augen mit gleichzeitiger Infiltration der Augenbindehaut in der Nähe des oberen Hornhautrandes, die eine Neigung zur spontaner Resorbtion zeigten. Die klinischen, anatomo-pathologischen, analitischen Untersuchungen klärten die Ursache dieser eigenartigen Erkrankung nicht auf. Verfasserin ist geneigt im beliebigen Fall eine Abartung des Darier-Roussy Sarkom anzunehmen.

Annales Universitatis M. C. S. Lublin, 1949.

P. L. Z. G. Oddział 13. — Lublin, Kościuszki 8.

Nr zam. 334. Nakład 900 egz. format 61x86. VII kl. 60 gramm. , A - 1 - 12646.

Data otrzym. manusk. 18.VIII.50. Data ukończ. 17.X.50.
