

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 gruźlicy spojówki pochodzenia endogennego

Ein Fall von endogener Bindehauttuberkulose

Oko dotknięte gruźliczą sprawą chorobową jest jak oświadczył Axenfeld na ogólnojapońskim kongresie w 1930 roku, jednym z narządów ustroju ludzkiego, gdzie przy użyciu najnowszych środków technicznych, a przede wszystkim lampy szczelinowej możemy śledzić proces gruźliczy we wszystkich jego okresach chorobowych. Na całość naszych obecnych wiadomości wchodzących w zakres gruźlicy oka złożyły się liczne badania anatomo-patologiczne, zapoczątkowane przez M i c h e l e g o w 1901 roku, badania doświadczalne S t o c k a (1877), C o h n h e i m a (1902) oraz jako jedne z pierwszych, badania kliniczne A x e n f e l d a i d e l a C a m s s a (1911), którzy mogli w większości przypadków stwierdzić, że istniejące w oku zmiany gruźlicze pozostają w ścisłym związku ze specyficznymi zmianami czy to w płucach i gruczołach wnekowych, czy też w innych narządach. Wreszcie badania R a n k e g o (1917) pozwalają zrozumieć występowanie i przebieg gruźliczej sprawy zapalnej w oku w ramach ogólnych zmian gruźliczych ze stanowiska wytworzonej następowo ogólnej zwiększonej lub zmniejszonej odporności na infekcję gruźliczą.

Badania doświadczalno-kliniczne przeprowadzone przez A x e n f e l d a (l. c.), S t o c k a (l. c.), I g e r s h e i m e r a (1922), S z i l y e g o (1935) określały częstość występowania zmian gruźliczych w oku oraz ich przebieg chorobowy w stosunku do ogólnych zmian gruźliczych, przyczym autorzy ci stwierdzili, że miejscem jakby predysponowanym do występowania zmian gruźliczych, jest choćby ze względu na swą budowę anatomiczną jagodówka, a zmiany gruźlicze mogą występować albo w całej jagodówce, względnie ograniczać się do przedniego czy tylnego jej odcinka.

O wiele rzadziej występują one w innych odcinkach oka. Statystyki szczegółowe przeprowadzone w tym kierunku nie odbiegają zbytnio od siebie. Największą statystykę zebrał Werdenberg (1935), który na materiale 1100 chorych stwierdził występowanie zmian grzliczych w jagodówce w 85%, a jedynie w 15% zmiany te występowały w innych częściach oka.

Pierwotna grzlica spojówki w stosunku do grzlicy spojówki jako wyrazu superinfekcji, występuje na ogół rzadko. W piśmienictwie ostatnich czasów spotykamy tylko pojedynczo opisywane przypadki (Sitchevska i Sedan (1943), Mc Kenzie (1939), Cohen (1919), Thompson (1906), Coover 1920). Iwanow (1939) podaje, że na 94000 chorych w 1935 roku w klinikach w Moskwie stwierdzono jedynie dwa przypadki grzlicy spojówek. Samuelson (1936) zaobserwował w czasie od 1915 do 1934 na ogólną liczbę chorych 181000 w Klinice Oftalmicznej (Seraphin Hospital) 7 chorych z grzlicą spojówki w tym 3 przypadki pierwotnej grzlicy spojówek. Blegvad (1936) podaje, że w Instytucie Finsenowskim w Kopenhadze w okresie od 1909 do 1934 stwierdzono 4 przypadki pierwotnej grzlicy spojówek. Kamel (1949) zaobserwował w czasie od 1925 do 1948 na ogólną liczbę chorych we wszystkich szpitalach w Egipcie 33 przypadków grzlicy spojówek.

Co do umiejscowienia się zmian grzliczych na spojówce wedle Willarda (cyt. wg. Kamela) w 70% zmiany te występowały na spojówkach powiekowych, w 22% na spojówce gałkowej, w 8% na spojówce załamka. Kamel (l. c.) w swoich zaobserwowanych 33 przypadkach spotkał grzlicę spojówek powiekowych w 48% na spojówce gałkowej w 40% a w 12% na spojówce załamka. Podaje, że w zaobserwowanych przez siebie przypadkach grzlica spojówki dwukrotnie częściej występowała u kobiet niż u mężczyzn, przeważnie w pierwszym 20 leciu, jedynie cztery przypadki tyczyły osobników powyżej 20 roku życia, jeden przypadek dotyczył miesięcznego dziecka.

Istnieje też pewnego rodzaju antagonizm rzeczywisty, czy nieraz ukryty między zmianami grzliczymi w oku a zmianami w płucach czy w gruczołach. I tak Werdenberg (l. c.) na podstawie rentgenologicznie stwierdzonej grzlicy płuc u 500 chorych w 60% znalazł ciężkie zmiany grzlicze w oku a lekkie zmiany w płucach i odwrotnie w 10% lekkie zmiany grzlicze w oku występowały przy ciężkich postaciach ogólnej grzlicy. W 30% zaobserwował równorzędność w zmianach grzliczych płuc i w oku. Ten właśnie różny stosunek zmian grzliczych w oku do ogólnej grzlicy jest wedle Werdenberga (l. c.) najlepszym wskaźnikiem do jakiego stopnia organizm zmobilizował swoje siły ochronne w walce z zarazką grzlicy.

O ile grzlica jagodówki jest często spotykaną jednostką chorobową, o tyle grzlica przedniego odcinka występuje o wiele rzadziej n.p.

gruźlica tarczki powiekowej należy do sporadycznych przypadków opisanych w literaturze. O ile chodzi o gruźlicę spojówek występuje ona rzadko a powstawać może albo na drodze endogennej, przy czym jest jeszcze kwestją sporną czy dzieje się to wyłącznie na drodze hematogennej, czy drogą naczyń limfatycznych. Proces gruźliczy przechodzi nieraz z otoczenia per continuitatem na spojówki, jak to bywa n.p. przy toczniu pospolitym skóry lub przy procesach gruźliczych nosa czy jam bocznych. Wreszcie spotkać się możemy z pierwotną gruźlicą spojówki na tle ektogennym, przyczym zmiany te występują najczęściej w sulcus subtarsalis jako w miejscu predysponowanym do umiejscowienia się ciał obcych. Zagadnienie, czy wogóle istnieje pierwotna gruźlica spojówek było dłuższy czas sporne. Dziś przyjmuje się możliwość tej drogi zakażenia gruźliczego. Raczej wydawać by się mogło, że worek spojówkowy jest często narażony na bezpośrednie zetknięcie się z zarazkiem gruźlicy. Badania jednak Romersa (1899) wykazały, że spotykamy wprawdzie we worku spojówkowym prątki gruźlicze, ale występują one rzadziej niż inne drobnoustroje chorobotwórcze. Ponieważ gruźlica spojówki jest chorobą tak rzadko spotykaną, musimy przyjąć zmniejszoną wrażliwość worka spojówkowego na zakażenie gruźlicze, bo jak doświadczenia wykazały, samo wprowadzenie do worka spojówkowego prątków gruźliczych nie wywołuje odczynu zapalnego, koniecznym jest uszkodzenie spojówki. Pewną rolę ochronną odgrywa ciągle spltukiwanie łzami worka spojówkowego względnie samo działanie chemiczne i bakterioobójcze łez.

Szczegółowe badania doświadczalne odnośnie gruźlicy eksperymentalnej spojówek przeprowadzał jako jeden z pierwszych I g e r s h e i m e r (l. c.), który znalazł różnicę w odczynie zapalnym po wprowadzeniu prątków gruźliczych u zwierząt dotkniętych procesem zapalnym gruźliczym i u zwierząt zupełnie zdrowych. W pierwszym przypadku nie zyskiwał przy tej superinfekcji żadnych odczynów zapalnych, niezależnie od tego czy wprowadzał zarazki gruźlicze do uprzednio uszkodzonej spojówki czy normalnej, a jeśli była nawet reakcja lokalna, to bardzo nieznaczna, nigdy natomiast nie spotykał się z zajęciem gruczołów przyusznych względnie z ich zserowaceniem. Natomiast u zwierząt nie dotkniętych procesem gruźliczym po wprowadzeniu podspojówkowym zarazków gruźlicy występowało w krótszym czy w dłuższym czasie po iniekcji ostre zapalenie gruźlicze spojówek. Sprawie zapalnej towarzyszył zawsze silny obrzęk gruczołów przyusznych, kończący się często ich zserowaceniem. Zwykle był to obrzęk jednostronny. Tę różną reakcją spojówek i gruczołów na tę samą infekcję tłumaczył I g e r s h e i m e r (l. c.) różnym stanem odporności u zwierząt już chorych na gruźlicę i u zwierząt, które poraz pierwszy zetknęły się z infekcją gruźliczą. Porównując uzyskane doświadczalnie na zwierzętach wyniki z zebrany materiałem

przypadków gruźlicy spojówek opisaną przez innych autorów u ludzi, doszedł do przekonania, że i u ludzi w większości przypadków pierwotnej gruźlicy spojówek, powstałej na tle ektogennym, występował silny obrzęk gruczołów przyuszných z następowym ich zserowaceniem, nigdy zaś nie spotykał wzmianki o obrzęku gruczołów w opisie przypadków gruźlicy spojówek, gdy równocześnie istniały zmiany gruźlicze w innych narządach. Można by zatem przyjąć, że chodziło o zakażenie endogenne lub o superinfekcję ektogenną. Podobne obserwacje poczynił na własnym materiale 29 chorych na toczeń pospolity *Lungsgaard* (l. c.), choć nie zgadza się ze wszystkimi zapatrywaniami *Igersheimer* (l. c.). Jak z poniższego wynika można do pewnego stopnia ze stanu gruczołów przyuszných wnioskować, czy mamy do czynienia z pierwotną gruźlicą sprawą spojówek pochodzenia ektogennego, czy ze sprawą wtórną endogenną i odwrotnie brak zmian w gruczołach przyuszných przy równoczesnej gruźlicy spojówek przemawia za obecnością jakiegoś ogniska gruźliczego w innym narządzie, nie dającego nieraz objawów subiektywných. Oczywiście pewne postacie mieszane mogą nieraz zacierać ten poniekąd typowy obraz. Nie wiele też mamy doniesień, czy pierwotna gruźlica spojówkowa może wywołać przejście procesu zapalnego i na inne narządy. Gruźlica spojówki jest chorobą wieku młodego. I tak na podstawie zebranej przez *Igersheimer* (l. c.) statystyki 50 chorych opisanych przez rozmaitych autorów, z gruźlicą spojówek z równoczesnym zajęciem gruczołów przyuszných, najmłodsze dziecko liczyło 10 miesięcy, dwoje dzieci miało 2 lata, wiek pozostałych chorych wahał się między 5 a 34 rokiem życia z tym, że większość schorzeń występowała między 10 a 17 rokiem życia. Na podstawie zaś statystyki 54 chorych bez zajęcia gruczołów przyuszných, wiek wahał się między 17 a 66 rokiem życia, z przewagą wieku od 17 do 30 lat, u dzieci spotkano jedynie dwa razy gruźlicę spojówki (9 i 11 lat), nigdy u niemowląt. Także późniejsze przypadki opisywane pojedynczo przez rozmaitych autorów (*Morax i Rist* (1935), *Urbanek* (1937), *Neudorfer* (1936), *Groenou* (1925), *Bertoldi* (1926), *Prokopenko* (1925), *Wostokow* (1925), *Pavia* (1925), *Adamantides* (1926), *Brugé G. M. and Locatcher-Khoraxo* (1948) dotyczą osobników młodych, wyjątkowo w wieku dojrzałym niezależnie od rodzaju gruźlicy czy endo czy ektogennej.

Klinicznie gruźlica spojówek niezależnie od pochodzenia czy endo czy ektogennego, może występować albo pod postacią miliarných gruzelków z tendencją do zlewania się, albo pod postacią większych ciemnoczerwonych uszypułowanych wyniosłości, usadowionych najczęściej w sulcus subtarsalis lub wreszcie pod postacią dużego gruzelka (*tuberculoma*). U każdej z tych postaci gruźlicy spojówek istnieje z jednej strony skłonność do drążenia wglęb, z drugiej zaś strony skłonność do rozpadu

i tworzenia owrzodzeń, z tendencją przechodzenia na otoczenie. Zejście przy odpowiednim leczeniu lokalnym i ogólnym raczej pomyślne, pojedyncze tylko przypadki kończyły się letalnie, choć dokładnych danych co do dalszego przebiegu chorobowego opisywanych przypadków gruźlicy spojówek jest mało.

Przypadek własny gruźlicy spojówki powieki górnej dotyczy dziewczynki dwuletniej, która przyjęta była na Klinikę 10.XII.49. L. Hist. Chor. 218. Rodzice dziecka zwrócili uwagę na to, że od dwóch miesięcy dziecko ma nieco spuchniętą powiekę górną oka prawego i skarżyło się na ból tego oka. W wywiadzie przeprowadzonym dziecko rzekomo było zdrowe, natomiast z 5-ga dzieci dwoje zmarło na gruźlicę. Z rodziców żadne nie leczyło się i nie chorowało na gruźlicę.

Badaniem przedmiotowym stwierdza się: dziecko o normalnej budowie ciała, miernego odżywienia, bladej cerze.

Oko prawe: powieka górna w całości zgrubiała, opadnięta, skóra powieki poniżej fałdu powiekowego sinawo zaczerwieniona, zwłaszcza w częściach środkowych, widoczne pojedyncze porozszerzane naczynia. Przy badaniu spojówki powieki górnej widoczne jest nieregularne płaskie owrzodzenie, zajmujące około $\frac{1}{3}$ całej spojówki. Brzeg owrzodzenia wałowato wyniosły, szarawo-żółtawy. Zmiany te z jednej strony dochodzą do górnego brzegu tarczki, z drugiej strony sprawa zapalna przechodzi na przestrzeń międzykrawędziową. Owrzodzenie ma skłonność do drążenia włąb i do rozwoju w stronę kąta wew. Spojówka gałkowa wykazuje nieznaczny nastrzyk spojówkowy, spojówka powieki dolnej bez zmian. Dalsze części oka bez zmian chorobowych. Vide ryc. 1.

Oko lewe: bez zmian chorobowych.



Ryc. 1.

Badania dodatkowe :

Odczyn Mantoux: słabo dodatni.

Odczyn Wassermanna negatywny.

Odczyn Biernackiego 13/30.

Zdjęcie klatki piersiowej: rozsiane i zlewające się ze sobą ogniska nacieczenia w obu płucach. Gruczolę węzkowe powiększone, przepona porusza się wolniej (Tbc pulm, miliaris).

Morfologia krwi: ciałek czerwonych 3890000, ciałek białych 13000 w tem leukocytów obojętnochłonnych 72 0/0, brak eozynnochloronych i zasadochloronych, limfocytów 25 0/0, monocytów 3 0/0.

Temperatura dzienna nie przekraczała 37.5.

Rozpoznanie kliniczne, okulistyczne: gruźlica spojówki powieki górnej oka prawego.

Badanie anatomo-patologiczne potwierdziło rozpoznanie kliniczne.

Po przeprowadzeniu badań dziecko na żądanie rodziców wypisano do leczenia sanatoryjnego.

Na podstawie klinicznych objawów i badania anatomo-patol. przy równoczesnej prosówkowej gruźlicy płuc, bez zajęcia gruczolów przyuszných, rozpoznaliśmy gruźlicę spojówki powieki górnej oka prawego pochodzenia endogenne.

Prognoza w naszym przypadku ze względu na zmiany specyficzne w płucach niepomyślna, zwłaszcza ze względu na młody wiek dziecka, a bardzo słabo zaznaczony odczyn Mantoux co świadczy o zmniejszonych siłach odpornościowych organizmu.

Jak wyżej wspomniano statystyki przypadków gruźlicy spojówek pochodzenia endogenne jedynie w dwóch przypadkach wspominają o gruźlicy spojówek pochodzenia endogenne u dzieci nieco starszych (9 i 11 lat) wyjątkowo więc w naszym przypadku spotkaliśmy się z gruźlicą spojówki pochodzenia endogenne w tak młodym wieku.

PIŚMIENNICTWO

- 1) Adamantiades: Klin. Mtb. 76. 1926.
- 2) Bertold: Klin. Mtb. 76. 1926.
- 3) Bruge and Locatcher: Excerpta Medica XII. 1948.
- 4) Groeneuv: Klin. Mtb. 74. 1925.
- 5) Igersheimer: Klin. Mtb. 69. 1922.
- 6) Kamel S.: Britisch Journal 1949.
- 7) Lungsgard: Klin. Mtb. 55. 1915.
- 8) Morax-Rist: Klin. Mtb. 96. 1936.
- 9) Neudorfer: Klin. Mtb. 96. 1936.
- 10) Pavia: Klin. Mtb. 74. 1925.
- 11) Prokopenko: Klin. Mtb. 74. 1925.

- 12) Schieck und Bruckner: Kurzes Handbuch der Ophthalmologie T. IV, 1931.
- 13) Schulz: Klin. Mtb. 72. 1923.
- 14) Traité d'Ophthalmologie T. IV, 1939.
- 15) Urbanek: Klin. Mtb. 98. 1932.
- 16) Werdenberg: Klin. Mtb. 75, 94. 1936.
- 17) Wostokow: Klin. Mtb. 74. 1924.

ZUSAMMENFASSUNG

Verfasserin stellt einem Fall von Bindehauttuberkulose des oberen Lides des rechten Auges bei einem zweijährigen Kinde vor. Familienanamnese ergab, dass das Kind nie tuberkulös behandelt war, aber zwei Geschwister starben an Tuberkulose. Auf Grund des klinischen Verlaufes ohne Entzündung der Präaurikulären Drüsen bei gleichzeitiger miliären Lungentuberkulose betrachtet man den Fall als eine Bindehauttuberkulose, die sich auf endogenen Wege entwickelte. Als seltenes Ergebniss in dem dargestellten Falle ist das junge Alter des Kindes, da die endogene Bindehauttuberkulose besonders häufig das erste Zwanzigjahr bevorzugt.
