

Kierownik: Z. Prof. Doc. Dr med. Tadeusz Krwawicz

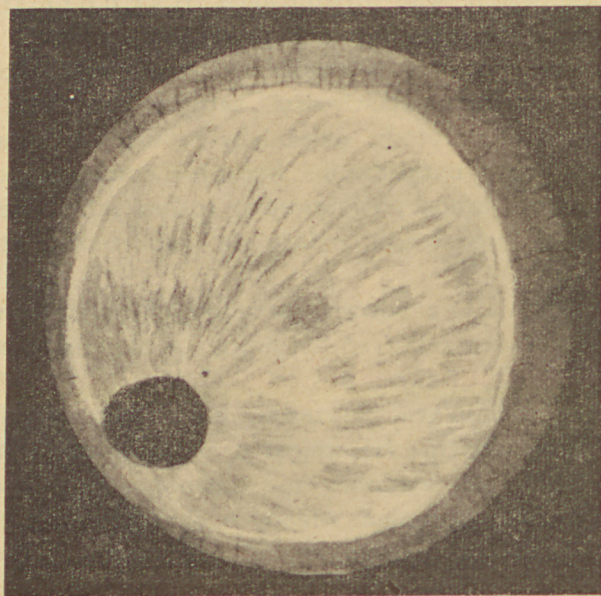
Chory J. P. lat 42, hist. chor. 603/49 zgłosił się do Kliniki podając, że od urodzenia źle widział na oba oczy. Z tego też powodu nie mógł uczęszczać do szkoły i nie służył w wojsku. Jako rolnik w domu dawał sobie radę i nawet nauczył się rozpoznawać litery.

Od miesiąca jednak zauważył stale postępujące pogorszenie bystrości wzroku obu ocz i bóle oka prawego oraz okolicy skroni szczególnie po stronie prawej.

Badaniem przedmiotowym stwierdza się:

Somatycznie: chory wzrostu średniego, budowy kośćca delikatnej, słabego odżywienia, o zaznaczonej prawostronnej skoliozie, odstających łopatkach, długich podudziach, podniebieniu gotyckim.

Oko prawe: oczodół, powieki, narząd łzowy bez zmian chorobowych. Spojówki powiekowe przekrwione, spojówka gałkowa nastrzykana nieznacznie spojówkowo i rzęskowo, światłowstręt miernego stopnia. Rogówka o powierzchni gładkiej, lśniącej, średnica rogówki wynosi 10 mm. Twardówka prawidłowa. Przednia komórka nieco głębsza, tęczęwka o wyraźnym rysunku, po stronie nosowej widoczna na szerokiej przestrzeni,



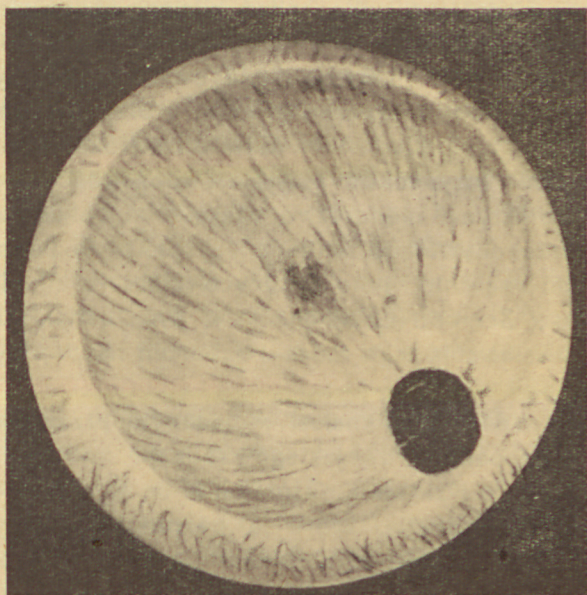
Ryc. 1.

o wyraźnym drzeniu. Szerokość tęczęwki uwarunkowana jest tym, że źrenica przesunięta jest na zewnątrz w pobliże rąbka na godz. 8. Miejsce gdzie normalnie powinna się znajdować źrenica, jak widać na rysunku jest nieco ciemniej zaznaczone na tle jasno-niebieskiej tęczęwki. (Rysunek Nr. 1.) Ekscentrycznie położona źrenica jest wąska o średnicy 2 mm, sztywna. W lampie szczelinowej widać szarobiaławe delikatne włókienka o końcach wolno poruszających się i w obrębie źrenicy i w obrębie przedniej komórki. (Membrana pupillaris persistens).

Soczewka niewidoczna, refleks z dna oka różowy, szczegóły ciała szklanego i dna oka z powodu wąskiej ekscentrycznej źrenicy niewidoczne. Aparat ruchowy prawidłowy.

V. O. D. = poczucie światła słabego bez lokalizacji. Napięcie oka = 55 mlg. Hg.

Oko lewe: oczodół, powieki, narząd łzowy bez zmian chorobowych. Spojówki powiekowe przekrwione, spojówka gałkowa nastrzykana nieznacznie spojówkowo i rzęskowo, światłowstręt miernego stopnia. Rogówka o powierzchni gładkiej, lśniącej, średnica rogówki wynosi 11 mm. Twardówka prawidłowa. Przednia komórka głębsza, tęczęwka o wyraźnym rysunku, szersza po stronie nosowej, wykazuje wyraźne drżenie. Źrenica przesunięta jest na zewnątrz na godz. 4-tą. Na tle jasnym tęczęwki



Ryc. 2.

widoczne jest w miejscu gdzie normalnie powinna znajdować się źrenica, ciemne zabarwienie. Źrenica szeroka do 2 i 1/2 mm, sztywna. W obrębie źrenicy podobnie jak na oku prawym widać delikatne szaro-białawe włókienka wolno poruszające się komórce. Soczewka niewidoczna refleks z dna oka różowy, szczegóły dna i ciała szklanego niewidoczne. Aparat ruchowy prawidłowy.

V. O. S. = 0,15. Napięcie oka lewego = 55 mlg. Hg.

Mimo stosowania pilokarpiny, ciśnienie śródgałkowe utrzymywało się podwyższone. Na zaproponowany zabieg operacyjny chory nie zgodził się i na własne żądanie został wypisany z Kliniki.

Opisany przypadek wady rozwojowej przesunięcia źrenicy nie wykazuje specjalnych odchyśleń od opisanego przez rozmaitych autorów (Samelsohn 1875 r., Hippel 1905 r., Hess 1892 r., Samuel 1914 r., Simens 1920 r., Waareenhung 1924 r., Zeeman 1925 r., Leonardi 1927 r., Alexiades 1925 r., Uebe 1938 r.) obrazu klinicznego tego zaburzenia rozwojowego, którego typowym objawem jest obustronne, symetryczne przesunięcie źrenicy z równoczesnym częściowym lub całkowitym zwężeniem soczewki. Przy tym zaburzeniu może występować także krótkowzroczność, jaskra wtórna i oderwanie siatkówki, Bystrość wzroku jest zwykle w większym lub mniejszym stopniu upośledzona.

Jeśli chodzi o przyczyny powstawania tego rodzaju zaburzeń rozwojowych, to na podstawie tylko badań klinicznych uważa np. Samelsohn (L.c.), że pęcherzyk oczny wypukła się poprzez zawiązek soczewki w nieprawidłowym kierunku. Best (1924) uważa za przyczynę zaburzenia w więzadelku wahadłowym soczewki, inni autorzy przyjmują możliwość sprawy infekcyjnej w życiu płodowym. Graefe (1925) na podstawie kilku zbadanych klinicznie przypadków przyjmuje możliwość zaburzeń rozwojowych w ciałku szklistym i niedorozwój więzadelka wahadłowego soczewki.

Bardziej przekonujące są dane uzyskane na podstawie przeprowadzonych badań anatomiczno-patologicznych (Hess (L.c.), Hippelde (L.c.), Seefelder 1916 r., Zeeman (L.c.) choć i w tych badaniach zapatrywania na przyczynę powstawania tego rodzaju zaburzeń rozwojowy nie są zgodne ze sobą.

I tak Zeeman (L.c.) znalazł w badanym przez siebie anatomiczno-patologicznym przypadku, dwojakiego rodzaju zmiany, jedne z nich uważa za nietypowe i za takie, które nie są w stanie same wywołać przesunięcia źrenicy i drugie, które są bezpośrednią przyczyną powstawania tych zmian. Do pierwszych zalicza zmiany w nabłonku rogówki, zajęcie kąta komórki, wypadnięcie ciałka szklistego do przedniej komórki, przyczep jego do rogówki i tęczówki, nieprawidłowe ułożenie wyrostków rzęskowych ku tyłowi, zwężenie soczewki. Natomiast za typowe zmiany, które mogą być przyczyną powstawania tych zaburzeń rozwojowych, uważa zaobserwowane przez siebie zmiany w tęczówce, więzadelku wahadłowym i obecność swoistych włóknkowo-komórkowych tworów, wolno leżących w ciałku szklistym i na siatkówce. Zmiany na tęczówce polegały na wywinięciu brzegu źrenicowego ku tyłowi, najprawdopodobniej z powodu nieprawidłowego przyczepu pojedynczych włókienek więzadelka wahadłowego do brzegu źrenicznego i tylnej powierzchni tęczówki. Ponadto mógł on stwierdzić tuż poza źrenicą obecność grubego pasma o budowie komórkowo-włóknistej, przechodzącego

z wypadniętym ciałkiem szklistym do przedniej komórki z jednej strony, a do powierzchni przedniej zgęszczonego ciałka szklistego z drugiej strony. Nieprawidłowe przyczepy więzadełka wahadłowego soczewki zaobserwował na wewnętrznej powierzchni wyrostków rzęskowych, co tłumaczyłoby ich układanie się ku tyłowi. Działały tu głównie włókna o przebiegu południkowym a działanie byłoby tym silniejsze, o ile uwzględni wydłużenie gałki ocznej z powodu krótkowzroczności. Opierając się na badaniach Wolfruma (1925), że włókna więzadełka wahadłowego można uważać za zróżnicowane jedynie co do grubości i braku połączeń promienistych włókna ciałka szklistego, które biorą swój początek z kilkuwarstwowego nabłonka brzegu kielicha ocznego i poprzez zawiązek soczewki dochodzą do nabłonka wewnętrznego przyszej siatkówki, przychodzi Zeeman do przekonania, że nieprawidłowe przyczepy włókienek więzadełka wahadłowego do tylnej powierzchni brzegu żrenicznego tęczęwki uważać należy za pozostałości pierwotnych połączeń ciałka szklistego, które normalnie powinny były ustąpić. Chodzi tu więc o zaburzenia pochodzenia ektodermalnego i to w pierwszych okresach tworzenia się ciałka szklistego, zanim mogło przyjść do tworzenia się i następowego zaniku naczyń pochodzenia mesodermalnego.

Dla wytłumaczenia jednak obecności grubego pasma odchodzącego od żrenicy ku tyłowi, a mającego cechy pochodzenia mesodermalnego, Zeeman (L.c.) zmuszony był przyjąć możliwość i zaburzeń mesodermalnych, względnie opierając się na badaniach Schillego (1908) zaburzeń wszystkich trzech listków zarodkowych. Byłoby to wytłumaczenie raczej zgodne z wynikami badań anatomo-patologicznych innych autorów, którzy przyjmują za istotną przyczynę powstawania tego rodzaju wady rozwojowej, zaburzenia mesodermalne. Same tylko zaburzenia rozwojowe w zakresie mesenchymy nie byłoby w stanie jednak wytłumaczyć obecności innych zaburzeń, równocześnie występujących tak, że zachodzi konieczność przyjęcia zaburzeń rozwojowych z okresu, gdy jeszcze nie przyszło do wzrastania mesenchymy między kielich oczny a zawiązek soczewki.

I tak Seefelder (L.c.) w wyniku swoich badań anatomo-patologicznych zwraca uwagę na silnie zaznaczoną pigmentację tęczęwki i dobrze rozwinięty zwieracz żrenicy. Brzeg żreniczny jest częściowo wywinięty ku tyłowi i pozostaje w bezpośrednim związku z grubym pasmem, znajdującym się poza żrenicą, w którym można zróżnicować naczynia krwionośne, tkankę łączną i liczne komórki barwikowe. Pasma to stopniowo zwężając się w kierunku ku tyłowi, przechodzi we włókna ciałka szklistego i więzadełka wahadłowego, dochodząc częściowo i do pars ciliaris retinae.

Pasma to pozostaje zatem w bezpośrednim związku z tworami pochodzenia tylko ektodermalnego i miałyby właśnie spowodować zmiany

w tęczęwce w kierunku przesunięcia źrenicy. Dla wytłumaczenia zmuszony był on przyjąć możliwość specjalnych połączeń naczyniowych, bo normalnie nie ma połączeń naczyń tęczęwki z naczyniami ciała szklonego. Hippel (L.c.) w badaniach swych zwraca uwagę na wybitne zgrubienia otoczki mesodermalnej na jednym z naczyń, łączących tunica vasculosa lentis z pęcherzykiem ocznym, co miałyby wpłynąć na anormalny rozwój brzegu kielicha ocznego.

Podobnie i Hess (L.c.) przez analogię przyjmuje za punkt wyjścia tej wady rozwojowej, zaburzenia w zakresie mesodermu.

Na podstawie wyżej wymienionych rozważań innych autorów, nie mając możliwości przeprowadzenia własnych badań anatomo-patologicznych, jesteśmy skłonni przyjąć dla wytłumaczenia patogenezy odnośnej wady rozwojowej zaburzenia ekto i mesodermalne.

PIŚMIENNICTWO

- 1) Aschoff, cyt. wg. Schicka und Brücknera: Kurzes Handbuch der Ophthalmologie I 1938.
 - 2) Alexiades: Kl. Monatsblätter 1929.
 - 3) Best wedle Zeemana.
 - 4) Graefe wedle Zeemana.
 - 5) Franceschetti: Klinische Monatsblätter 1927.
 - 6) Hippel: Grefer Archiv 51(1900).
 - 7) Leonardi: Boll Ocul. 1927.
 - 8) Samuels: Z. f. Augenheilkunde 1914.
 - 9) Siemens: Graefe Archiv 103, (1920).
 - 10) Seefelder: Z. f. Augenheilkunde 25, (1911), 1926.
 - 11) Seefelder, Schick und Brückner: Kurzes Handbuch der Ophthalmologie I. 1930.
 - 12) Vera Uebe: Kl. Monatsblätter 1938.
 - 13) Waardenburg: Niederl. Tijdschr. Geneesk. (1924)
 - 14) Wolfrum: Graefe Sämisch. 1925.
 - 15) Zeeman: Klinische Monatsblätter 1927.
-

ZUSAMMENFASSUNG

Verfasser stellt einem Fall von angeborener Ectopie der Pupille und Linse dar. Das klinische Bild entspricht den allgemein bekannten Symptomen dieser Entwicklungsstörung. Zur Klärung der Entstehung dieser angeborenen Anomalie musst man auf Grund anatomo-pathologischen Untersuchungen anderer Verfasser (Hippel, Waareenburg, Seefelder, Zeeman) eine ekto und mesodermale Störung in der ganz früher Entwicklung des Auges annehmen.
