VII. Knötchenförmige Konjunktivitis durch Fettimprägnation (Elschnig)

R.		Schneider
----	--	-----------

Aus der Universitäts-Augenklinik in Graz [Vorstand: Prof. M. Salzmann]

Assistenten der Klinik.

1918 beschrieb Elschnig und später (1922) Stanka aus der Klinik Elschnig eine eigenartige, bis dahin nicht geschilderte Veränderung der Lidbindehaut, die er für eine Fettimprägnation mit reaktiver Entzündung nach Benutzung minderwertigen Salbenfettes ansah. Die 4 berichteten Fälle zeigten das gleiche gut gekennzeichnete Bild. Histologische Untersuchung lag nicht vor. Die chemische Probe der kleinen Fetteinlagerungen ergab Vaseline oder Paraffin. Sichere Unterscheidung war wegen der kleinen Mengen nicht möglich. 1926 beobachtete ich das gleiche Krankheitsbild in unserer Klinik. Dem klinischen und chemischen Ergebnisse kann ich die histologische Untersuchung beifügen.

Johanna Sch., 63 Jahre, leidet seit Jahren an Entzündungen beider Augen, die sich trotz fortgesetzter Salbenbehandlung wesentlich nicht gebessert hat. Der Befund an der Bindehaut entspricht völlig dem geschilderten Bilde aus Elschnigs Klinik. Das Oberlid war etwas verdickt, beim Fassen zwischen zwei Fingern schwammig. Die Bindehautoberfläche, besonders über dem Tarsus des Oberlides, zeigt starke samtartige Auflockerung als Ausdruck einer papillären Hypertrophie, die an Trachom gemahnt, doch sind sonst keine Zeichen von Trachom vorhanden. Einschlusskörperchen fehlen. In der Oberfläche kleine gelblichgraue Knötchen, die zum Teil vorragen und unter der Lupe die schon von Elschnig beschriebenen Gefäßnetze, die überall die Knötchen umspinnen. Die Knötchen sitzen nur in der Tarsusbindehaut des Oberlides, die Übergangsfalte ist stark gerötet und geschwollen, aber ebenso wie die ganze Bindehaut des Unterlides frei von Knötchen. Starke Reizerscheinungen (Injektion) in der Augapfelbindehaut. Bei Betrachtung an der Spaltlampe sieht man, daß einzelne Zweige des Gefäßnetzes in die Tiefe dringen und anscheinend sich auch streckenweise in die Fettröpfchen versenken.

Ich schnitt aus dem oberen Tarsusteil an einer besonders knötchenreichen Stelle ein etwa 2 mm breites Stück aus, in der Nähe des Lidrandes beginnend bis gegen den Tarsusrand hinauf parallel zum Verlaufe der Meibomschen Drüsen. Das kleine Stück wurde in Müller gehärtet und später auf dem Gefriermikrotom geschnitten. Aus dem kleinen geschrumpften Stücke ließen sich nur drei einwandfreie Schnitte gewinnen, von denen zwei mit Sudan III. einer mit Nilblausulfat gefärbt

370

Schneider, Knötchenförmige Konjunktivitis usw.

wurden. Die Schnitte waren nicht, wie gewünscht, rein sagittal gelungen, sondern gingen schief von der Oberfläche in den Tarsus, so daß halbe Flachschnitte entstanden, von denen nur einer am Rande das Epithel und die Papillen traf. Jedenfalls war an der einzigen kleinen Stelle, an der Epithel und zwei Papillen getroffen waren, das Epithel tief eingesenkt und der Hohlraum

dazwischen von Fett erfüllt, das am Grunde der einen Vertiefung ohne Epithelzwischenlage in die Propria reichte. Ob ursprünglich das Fett in ein „Epithelsäckchen“ oder in eine sog. $\frac{1}{8}$ -sche Druse eingepreßt wurde oder ob die Einsenkung erst sekundär durch papilläre Wucherung sich vertiefte, war nicht festzustellen. Die beiden Einsenkungen waren glattwandig, oben an der Öffnung schmaler als unten gegen die Propria. Nach dem Spaltlampenbefunde wäre zu erwarten gewesen, daß die mit Fett gefüllten Einsenkungen durch gefäßhaltige Bindegewebs-sprossen badeschwammartig gekammert seien. Da nur zwei Einsenkungen in den Schnitt gerieten, ist es wahrscheinlich, daß die größeren Vertiefungen auch wirklich diese Struktur zeigen. Die Papillen wiesen deutliche Vergrößerung gegen das Normale auf und erinnerten an das Bild der papillären Hypertrophie bei Trachom. Feine Lücken und Spalten, Querschnitte zahlreicher Kapillaren reichten zum Teil bis an das Epithel heran. Das Bindegewebsgeflecht des Tarsus schien wenigstens bei der angewandten Färbung nicht besonders verändert, doch enthielt es zahlreiche Fetteinlagerungen, wie sie normalerweise nicht zu sehen sind. Von der Epithelseite her gegen innen abnehmend war er durchsetzt von Fett-kügelchen, deren Größe sich nach innen rasch verringerte. Das Fett zwischen Epithel und Tarsus zeigte das gleiche färberische Verhalten; mit Sudan leuchtend rot, mit Nilblausulfat ausgesprochen blau. Trotzdem wird man aus der Färbung keine sicheren Schlüsse auf die Art des Fettes ziehen können. Auf Flußpapier fixiertes Paraffin und Vaseline zeigte die gleiche Färbbarkeit. Beide wurden durch Sudan rot, durch Nilblausulfat blau gefärbt. Die starke Fettinfiltration oder Fettdegeneration im Tarsus möchte ich nicht als Imprägnation von außen gelten lassen, sondern eher glauben, daß es sich um eine Folge des chronischen Bindehautkatarrhes handelt.

Die Erkrankung ist sicher, wie Elschnig schon bei den ersten gesehenen Fällen annahm, die Folge langdauernder Verwendung minderwertigen Salbenfettes, das eingedrungen mechanisch und chemisch als Fremdkörper wirkt und zu einer Cunjunctivitis trauniatica chronica führt. Nach überwundener Krieger- und Nachkriegszeit stößt die Beschaffung vollwertigen Fettes nicht mehr auf Schwierigkeiten, mindere Ersatzmittel lohnen auch nicht mehr und so wird diese Erkrankung in der Pathologie der Bindehaut kaum eine Rolle spielen, das Krankheitsbild aber ist wenigstens im wesentlichen der spärlichen Fälle klinisch, chemisch und histologisch gegründet.