

Zur Klassifikation des Trachoms.*)

Prof. Dr. R u b e r t,

Direktor d. Universitäts-Augenklinik zu Riga.

M. D. u. H.! Das Dominierende, wie im klinischen, so auch pathologisch-anatomischen Bilde des Trachoms ist die *I n f i l t r a t i o n*. Diese entsteht als Reaktion des Gewebes auf das trachomatöse Virus und setzt sich zusammen hauptsächlich aus Granulationszellen, zumeist Plasma- und Rundzellen. Das Bild der Infiltration ist abhängig von der Eigenart des befallenen Gewebes. Da, wo lymphadenoides Gewebe vertreten ist, wie in der *Conjunctiva tarsi, fornicis*, im Tränensack, erinnert der Prozess zu Anfang der Erkrankung an Hyperplasie dieses Gewebes, die klinisch unter anderem als *K ö r n e r*-, histologisch als Lymphfollikelbildung sich kundgibt, an anderen Stellen, wo das adenoide Gewebe fehlt, wie an der Augapfelbindehaut, an der Hornhaut, im Tarsus praesentiert sich die Infiltration als diffuses hyperplastisches Granulationsgewebe, das mit Verdickung der befallenen Teile einhergeht und nicht selten zur *Papillen-* und *Höckerbildung* an der freien Oberfläche führt. Schon frühzeitig verfallen die entzündlichen Produkte der *D e g e n e r a t i o n*, die pathologisch-anatomisch als Auflockerung des Gewebes und Zerfall der Zellelemente sich manifestiert und oftmals schon klinisch am sulzigen Aussehen der Infiltration kenntlich ist. Die regressiven Veränderungen leiten den *V e r n a r b u n g s p r o z e s s* ein. Da, wo früher *I n f i l t r a t i o n* bestand, entsteht später *N a r b e n g e w e b e*.

*) Nach einem Vortrage, gehalten am 27. V. 32 in der All-Baltischen Ophthalmologentagung (A. B. O. T.) zu Kaunas (Litauen) anlässlich einer an den Verfasser ergangenen Aufforderung seitens des Präses des Organisationskomitèes Herrn Prof. Dr. P. A v i ž o n i s sich zu äussern über die in der Univ.-Augenklinik zu Riga übliche Einteilung des Trachoms.

Bei uns in der Klinik bezeichnen wir die Körnerbildung mit Tr. I, die übrige Infiltration, wo die Lidbindehaut diffus rot, samtartig verdickt erscheint, als Tr. II, wo Narben vorliegen, als Tr. III. Selten kommt jedoch das infiltrierende „aktive“ Trachom bloss in einem dieser Stadien allein vor, häufiger sieht man es gemischt als Tr. I u. II und nicht selten in Gemeinschaft mit Tr. III. Körnerbildung allein ohne diffuse Infiltration (Tr. II), oder diffuse Infiltration ohne Körner oder Narben darf kaum als Trachom bezeichnet werden.

Zwecks leichter Orientierung über das klinische Bild des Trachoms, so auch bequemerer Registrierung desselben setzen wir das dominierende Stadium an erster Stelle und die weniger praevalierenden folgen abnehmend nachher. So, würde Tr. II—III bedeuten: keine Körner, hauptsächlich diffuse Infiltration, beginnende Vernarbung; Tr. III—II: hauptsächlich Narben bei noch vorhandener Infiltration; Tr. II—I: hauptsächlich diffuse Infiltration mit einzelnen Körnern u. s. w.

Diese Einteilung bezieht sich freilich bloss auf das Bindehauttrachom, über dessen Komplikationen, wie Trichiasis, Pannus, Symblepharon u. s. w., sagt sie nichts aus, und diese müssen besonders notiert werden. Auch das sogenannte *a k u t e* Trachom wird in unserer Einteilung umgangen. Das Trachom ist aber eine schleichend und äusserst chronisch verlaufende Krankheit, und finden sich mal bei stürmisch einsetzender Conjunctivitis Körner vor, so handelt es sich meist um eine Mischinfektion, die zu bereits bestehendem Trachom oder einer Conjunctivitis folliculosa sich hinzugesellt hat. Für diese und ähnliche Fälle ist unsere Einteilung nicht anwendbar, erst genügende Beobachtung entscheidet hier die Diagnose, und für diese immerhin selteneren Fälle besteht mit Recht die Rubrik „*t r a c h o m v e r d ä c h t i g*“. Die Einteilung des Bindehauttrachoms in 3 Stadien ist auch nicht neu, mein erster Lehrer und Chef Prof. R ä h l m a n n unterschied bereits 3 Stadien, doch damals wurde mit Trachom II der geschwürige Zerfall der Follikel bezeichnet. R ä h l m a n n und an-

dere derzeitige Trachomforscher glaubten, dass der Trachomfollikel, nachdem er „reif“ (sulzig) geworden war, platze, seinen Inhalt entleere und nachher an genannter Stelle übernarbe. Solches kommt tatsächlich vor, weit häufiger, als es einige spätere Forscher annahmen, aber immerhin nicht in der Regel. Der trachomatöse Prozess spielt sich vornehmlich subepithelial ab, hier kommt es auch später zur Vernarbung — ein Prozess, der gewissermassen an Zirrhose erinnert und von manchen namhaften Forschern mit derselben auch verglichen wird.