

**SAMMLUNG ZWANGLOSER ABHANDLUNGEN AUS DEM
GEBIETE DER AUGENHEILKUNDE**

Herausgeber: Prof. Dr. K. Velhagen, Berlin

Neue Folge, Heft 16

Chronische Hyperplasien der Bindehaut

Von

Prof. Dr. K. Pascheff

VEB CARL MARHOLD VERLAG · HALLE (SAALE)

Chronische Hyperplasien der Bindehaut

Von

Konstantin Pascheff

e. o. Professor, Direktor der Universitätsaugenklinik Sofia

Mit 6+ Abbildungen

6 Tafeln und 2 Diagrammen

1959

VEB CARL MARHOLD VERLAG · HALLE (SAALE)

Alle Rechte,
auch das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten
Lizenz-Nr. 162-430/22/58

Satz und Druck: VEB Buch- und Stahlstichdruck Greiz, Werk Zeulenroda
Einband: Großbuchbinderei Preißinger & Romberger, Schleiz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	7
Einleitung	9
<i>Erstes Kapitel</i>	
<i>Lymphozytäre chronische diffuse Hyperplasie der Bindehaut</i>	11
1. Monokuläre lymphozytäre Hyperplasie	12
2. Symmetrische lymphozytäre Hyperplasien der Bindehaut	16
Zusammenfassung	18
<i>Zweites Kapitel</i>	
<i>Plasmozytäre chronische Hyperplasien der Bindehaut (Plasmoma conjunctivae)</i>	19
1. Einfache plasmozytäre Hyperplasie	19
2. Mit Trachom gemischte plasmozytäre Hyperplasie	21
Plasmoma corneae und Trachoma verum	27
Zusammenfassung	28
<i>Drittes Kapitel</i>	
<i>Follikulomatöse Hyperplasie der Bindehaut (Trachoma granulolum chronicum verum simplex)</i>	29
<i>Erster Teil</i>	
<i>Folliculoma corneae</i>	30
A. Die vasculäre Periode	32
B. Die hyperplastisch-lymphoblastische Periode	32
1. Pannus follicularis	32
2. Pannus folliculomatosus confluens:	34
a) Pannus follicularis oc. dextri	37
b) Pannus folliculomatosus oc. sinistri	37
3. Folliculoma agminatum vegetans corneae	38
C. Degenerative Periode	40
<i>Zweiter Teil</i>	
<i>Folliculoma (Trachoma granulolum verum) der Bindehaut</i>	41
A. Die vasculäre Periode	41
B. Die hyperplastische Periode	41
1. Folliculoma der skleralen Bindehaut	42
2. Folliculoma der fornikalen Bindehaut	53
Die zytologischen Untersuchungen des Inhalts des trachomatösen Follikuloms	56
3. Folliculoma der tarsalen Bindehaut	59

	Seite
C. Regressive und degenerative Periode des Trachoms	61
1. Narbige Atrophie der Bindehaut	62
2. Fibro-sklerotische Degeneration mit Verkalkung und hyaliner Entartung der Keimzentren	64
3. Zystenbildung bei Folliculoma (Trachom)	67
4. Degeneration des Tarsus	68
Zusammenfassung	68
 <i>Viertes Kapitel</i>	
<i>Fibro-papilläre (noduläre) Hyperplasien der Bindehaut (Conjunctivitis vernalis)</i>	
A. Die akut-infiltrative Periode	71
1. Anulus pericornealis exsudativus vernalis	72
2. Phlyctaena exsudativa limbi vernalis	76
3. Phlyctaena tarsalis exsudativa vernalis	78
B. Die chronische hyperplastische Periode	79
1. Die perikornealen ringförmigen Hyperplasien	79
2. Die chronische limbäre Phlyctaena vernalis (Nodus vernalis)	80
3. Conjunctivo-corneale vernal Hyperplasien	80
a) Pterygio-noduläre Form	81
b) Vegetativ-noduläre Form	83
4. Korneale Hyperplasie (Pannus vernalis)	86
a) Arcus vernalis corneae	87
b) Anulus vernalis corneae	88
aa) Stationäre Form oder Anulus vernalis corneae	89
bb) Progressive Form oder Pannus vernalis anularis progressivus	90
z) Pannus membranosus vernalis	90
β) Pannus vernalis hyperplasticus – fibro-papillaris – tumorartig	92
5. Die sklero-conjunctivalen Hyperplasien	96
6. Die tarso-conjunctivale Hyperplasie	99
a) Tarso-fornicale Hyperplasie des Frühjahrskatarrhs	102
b) Granulo-lymphoma fornix interni vernalis	104
C. Degenerative Periode	105
a) Anulus corneae vernalis scleroticus	105
b) Pannus vernalis scleroticus cum ruptura Membranae Bowmani	106
c) Die zystische Degeneration	107
Zusammenfassung	110
 <i>Fünftes Kapitel</i>	
<i>Hyperplasia hyaliniformis hyperplastica Conjunctivae</i>	
1. Diffuse hyalinoide Hyperplasien der Bindehaut	111
2. Granulöse hyalinoide Hyperplasien	114
3. Granulomatöse tumorartige hyalinoide Hyperplasie der Bindehaut (Hyalinoma)	114
Zusammenfassung	116

Pascheff / Chronische Hyperplasien der Bindehaut

**SAMMLUNG ZWANGLOSER ABHANDLUNGEN AUS DEM
GEBIETE DER AUGENHEILKUNDE**

Herausgeber :
Prof. Dr. K. Velhagen, Berlin

Neue Folge, Heft 16

Chronische Hyperplasien der Bindehaut

Von

Konstantin Pascheff

e. ö. Professor, Direktor der Universitätsaugenklinik Sofia

Mit 64 Abbildungen

6 Tafeln und 2 Diagrammen

1959

VEB CARL MARHOLD VERLAG · HALLE (SAALE)

Alle Rechte,
auch das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten
Lizenz-Nr. 162-430/22/58

Satz und Druck: VEB Buch- und Stahlstichdruck Greiz, Werk Zeulenroda
Einband: Großbuchbinderei Preißinger & Romberger, Schleiz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	7
Einleitung	9
<i>Erstes Kapitel</i>	
<i>Lymphozytäre chronische diffuse Hyperplasie der Bindehaut</i>	11
1. Monokuläre lymphozytäre Hyperplasie	12
2. Symmetrische lymphozytäre Hyperplasien der Bindehaut	16
Zusammenfassung	18
<i>Zweites Kapitel</i>	
<i>Plasmozytäre chronische Hyperplasien der Bindehaut (Plasmoma conjunctivae)</i>	19
1. Einfache plasmozytäre Hyperplasie	19
2. Mit Trachom gemischte plasmozytäre Hyperplasie	21
Plasmoma corneae und Trachoma verum	27
Zusammenfassung	28
<i>Drittes Kapitel</i>	
<i>Follikulomatöse Hyperplasie der Bindehaut (Trachoma granulolum chronicum verum simplex)</i>	29
<i>Erster Teil</i>	
<i>Folliculoma corneae</i>	30
A. Die vasculäre Periode	32
B. Die hyperplastisch-lymphoblastische Periode	32
1. Pannus follicularis	32
2. Pannus folliculomatosus confluens:	34
a) Pannus follicularis oc. dextri	37
b) Pannus folliculomatosus oc. sinistri	37
3. Folliculoma agminatum vegetans corneae	38
C. Degenerative Periode	40
<i>Zweiter Teil</i>	
<i>Folliculoma (Trachoma granulolum verum) der Bindehaut</i>	41
A. Die vasculäre Periode	41
B. Die hyperplastische Periode	41
1. Folliculoma der skleralen Bindehaut	42
2. Folliculoma der fornikalen Bindehaut	53
Die zytologischen Untersuchungen des Inhalts des trachomatösen Follikuloms	56
3. Folliculoma der tarsalen Bindehaut	59

	Seite
C. Regressive und degenerative Periode des Trachoms	61
1. Narbige Atrophie der Bindehaut	62
2. Fibro-sklerotische Degeneration mit Verkalkung und hyaliner Entartung der Keimzentren	64
3. Zystenbildung bei Folliculoma (Trachom)	67
4. Degeneration des Tarsus	68
Zusammenfassung	68
 <i>Viertes Kapitel</i>	
<i>Fibro-papilläre (noduläre) Hyperplasien der Bindehaut (Conjunctivitis vernalis)</i>	
A. Die akut-infiltrative Periode	71
1. Anulus pericornealis exsudativus vernalis	72
2. Phlyctaena exsudativa limbi vernalis	76
3. Phlyctaena tarsalis exsudativa vernalis	78
B. Die chronische hyperplastische Periode	79
1. Die perikornealen ringförmigen Hyperplasien	79
2. Die chronische limbäre Phlyctaena vernalis (Nodus vernalis)	80
3. Conjunctivo-corneale vernal Hyperplasien	80
a) Pterygio-noduläre Form	81
b) Vegetativ-noduläre Form	83
4. Korneale Hyperplasie (Pannus vernalis)	86
a) Arcus vernalis corneae	87
b) Anulus vernalis corneae	88
aa) Stationäre Form oder Anulus vernalis corneae	89
bb) Progressive Form oder Pannus vernalis anularis progressivus	90
z) Pannus membranosus vernalis	90
β) Pannus vernalis hyperplasticus – fibro-papillaris – tumorartig	92
5. Die sklero-conjunctivalen Hyperplasien	96
6. Die tarso-conjunctivale Hyperplasie	99
a) Tarso-fornicale Hyperplasie des Frühjahrskatarrhs	102
b) Granulo-lymphoma fornix internus vernalis	104
C. Degenerative Periode	105
a) Anulus corneae vernalis scleroticus	105
b) Pannus vernalis scleroticus cum ruptura Membranae Bowmani	106
c) Die zystische Degeneration	107
Zusammenfassung	110
 <i>Fünftes Kapitel</i>	
<i>Hyperplasia hyaliniformis hyperplastica Conjunctivae</i>	
1. Diffuse hyalinoide Hyperplasien der Bindehaut	111
2. Granulöse hyalinoide Hyperplasien	114
3. Granulomatöse tumorartige hyalinoide Hyperplasie der Bindehaut (Hyalinoma)	114
Zusammenfassung	116

Vorwort

Das Problem des *Trachoma granulosum chronicum verum* bleibt trotz zahlreicher Arbeiten noch dunkel, nicht nur wegen des Fehlens des Nachweises eines spezifischen Erregers, sondern auch wegen des Mangels einer einheitlichen Auffassung über seine histopathologische Natur. Es gibt noch heute Autoren, die das Trachom als „lymphozytäre Infiltration“ bezeichnen, „die mit Cicatrisation endet“. Für diese Autoren sind die Granula, die der Krankheit doch den Namen Granulose gegeben haben, ohne Bedeutung. Für andere Autoren ist das Trachom eine „plasmazelluläre Infiltration“ und für dritte ein „inflammatorischer exsudativer Prozeß“.

Im Mittelpunkt dieser verschiedenen Definitionen steht die Frage: Was ist histologisch das Trachoma verum?

Zur Lösung dieser schwierigen Frage habe ich in den letzten 50 Jahren zahlreiche Untersuchungen über alle chronischen Hyperplasien der Bindehaut unternommen.

Alle Fälle wurden nicht nur morphologisch, sondern auch histologisch und experimentell untersucht. Auf diese Weise konnte ich ihre Übereinstimmung und ihre Verschiedenheit studieren und die erste Klassifizierung dieser diffusen chronischen Hyperplasien der Bindehaut begründen.

Die Ergebnisse sind von großem Interesse nicht nur für die Ophthalmologen und Trachomatologen, sondern auch für die Haematologen, die pathologischen Anatomen und die Onkologen. Daher habe ich mich auf Einladung von Prof. Velhagen entschlossen, meine Untersuchungen in deutscher Sprache als Grundlage weiterer histologischer und ätiologischer Forschungen zu veröffentlichen.

Sofia, im Dezember 1958

P a s c h e f f

Dem im AKADEMIE-Verlag, Berlin W 8, 1958 erschienenen Buch
„Seltene Augengeschwülste“
vom gleichen Autor wurden mit freundlicher Genehmigung des Verlages
sieben Abbildungen entnommen.

Einleitung

Schon 1911 in meinem Bericht über „Haematopoetische Funktion der Bindehaut“, vor der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, habe ich die Bindehaut des Auges als *lymphatischen Apparat* hervorgehoben.

Mit zahlreichen histologischen Präparaten habe ich zeigen können, daß viele chronische Hyperplasien der Bindehaut nicht das Resultat von diapedetischen „Infiltraten“ sind, sondern *Hyperplasien* von *histovasculärem* Ursprung. Heute sind diese lokalen conjunctivalen Erscheinungen als Reaktionen des *Retikulo-endothelialen Systems* der Bindehaut zu erklären.

Wenn man histologisch und haematologisch die Resultate dieser Reaktionen analysiert, so sieht man, daß es sich um verschiedene Hyperplasien der Bindehaut handelt. Diese Hyperplasien kann man unter die folgende Klassifizierung bringen:

	Diffuse Hyperplasien	Tumorartige Hyperplasien
I.	Lymphozytäre chron. Hyperplasien	Lymphome
II.	Plasmozytäre chron. Hyperplasien	Plasmome
III.	Lymphogranulomatöse oder folliculomatöse chronische Hyperplasien	Follikulome
IV.	Fibro-papilläre chron. Hyperplasien	Papillo-Fibrome
V.	Hyalinoide chron. Hyperplasien	Hyalinome

Aus dieser Klassifizierung ersehen wir, daß es keine Schleimhaut im ganzen menschlichen Organismus gibt mit so vielen Hyperplasien wie die Bindehaut des Auges.

Ich werde sie nun eingehend mit zahlreichen Photographien und Mikrophotographien darstellen und ihr Verhältnis zum *Trachoma verum* untersuchen.

In den ersten zwei Kapiteln werde ich die lymphozytären und plasmocytären, diffusen, chronischen Hyperplasien der Bindehaut kurz darstellen.

In einer zweiten Arbeit, die bald in deutscher Sprache erscheint (Seltene Augengeschwülste) werde ich die chronischen Hyperplasien der Bindehaut als Pseudogeschwülste (Lymphome und Plasmome) beschreiben.

Lymphozytäre chronische diffuse Hyperplasie der Bindehaut

Die lymphozytären, diffusen, chronischen Hyperplasien der Bindehaut sind selten. Deswegen sind sie noch nicht gründlich untersucht.

In der Literatur werden sie verschieden bezeichnet:

Valude und Morax beschreiben sie als „*Lymphomatöse Infiltrationen*“, Greff als „*Pseudo-trachomatöse Entzündung*“, Hockheim als „*Pseudo-leukämische Erscheinung*“ und kürzlich Siemund als „*Lymphomatöse Erkrankung*“.

Daher gibt es keine Klassifizierung dieser Hyperplasien.

Die Ursache dieses Mangels ist nicht nur die Notwendigkeit, ihr Studium immer mit haematologischen Untersuchungen zu verknüpfen, sondern auch der Umstand, daß niemand Gelegenheit hatte, *alle* Formen dieser seltenen lymphozytären, diffusen, chronischen Hyperplasien selbst zu beobachten. Infolgedessen sind die veröffentlichten Einzel-Beobachtungen zerstreut und ohne jede Klassifizierung geblieben.

Wenn wir nicht nur zytologisch, sondern auch haematologisch alle von mir beobachteten diffusen, lymphozytären Hyperplasien der Bindehaut analysieren, so werden wir sehen, daß man sie in vier Gruppen einteilen kann.

- I. Die aleukämischen oder die lokalen diffusen lymphozytären Hyperplasien,
- II. die leukämischen oder allgemeinen diffusen lymphozytären Hyperplasien,
- III. die orbito-palpebralen lokalen diffusen lymphozytären Hyperplasien,
- IV. die metastatischen diffusen lymphozytären Hyperplasien.

Wir sehen, daß die verschiedenen lymphozytären Hyperplasien pathogenetisch verschieden sind. Die ersten sind rein lokal, die zweiten sind mit Blutveränderungen verknüpft, die dritten mit orbito-palpebralen Veränderungen und die vierten mit Hautveränderungen.

Von allen diesen Hyperplasien ist die interessanteste (wegen ihrer Beziehung zu Trachoma verum als „lymphozytärer Infiltration der Bindehaut“)

die erste Gruppe, die lokale, diffuse, lymphozytäre, chronische Hyperplasie der Bindehaut. Deshalb will ich diese Gruppe kurz als differentialdiagnostisches Problem gegen Trachoma (Follikuloma) verum darstellen.

1. Lokale diffuse lymphozytäre Hyperplasie der Bindehaut

Von allen lymphozytären Hyperplasien der Bindehaut steht dem Trachom am nächsten die lokale lymphozytäre Hyperplasie der Bindehaut. Sie stimmt überein mit der Definition derjenigen Autoren, die das Trachom als „Lymphozytäre Infiltration der Bindehaut“ betrachten.

Zunächst will ich zwei typische Beispiele dieser interessanten Bindehauthyperplasie beschreiben.

1. Monokuläre lymphozytäre Hyperplasie

...P., 49 Jahre alte Patientin aus Leningrad, erzählt, daß sie im Juni 1911 mit einem Stein an den äußeren Rand der rechten Orbita gestoßen wurde.

Die Wunde war geschwollen, und die Entzündung dauerte noch einen Monat. Anfang September desselben Jahres bemerkte sie eine rote fleischartige Verdickung zwischen dem unteren Lid und dem Bulbus. Da diese Entdeckung die Kranke nicht beunruhigte, suchte sie ärztliche Hilfe erst nach zwei Monaten auf.

Der Arzt diagnostizierte „Trachom“. Das linke Auge blieb gesund. Sie wurde zwei Monate mit Argentinum nitricum und Cuprum sulfuricum behandelt.

Der Arzt starb, und die Kranke wendete sich an Prof. Belarminoff. Dieser fand kein Trachom, sondern eine „Verdickung“, die sich oft bei dem Bindehautkatarrh bildet. Sie wurde nun von einem Assistenten von Prof. Belarminoff fünf Monate lang mit Cuprum sulfuricum behandelt, aber erfolglos.

Im Jahre 1913 excidierte der behandelnde Arzt die Verdickung; im Jahre 1915 führte er wegen Rückfällen eine zweite und im Jahre 1917 eine dritte Operation durch.

Im Jahre 1923 kam die Patientin zu mir nach Sofia.

Sie war von mittlerer Körpergröße und gut entwickelt. Die Untersuchung in der Inneren Klinik in Sofia ergab keine Veränderungen. Der Urin war normal, WaR. negativ. Die Blutuntersuchung ergab:

Erythrocyten	4 370 000
Leukocyten	7 250
Neutrophile Stabkernige	5,5%
Neutrophile Segmentkernige . .	49,0%