
Z Kliniki Okulistycznej Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: Z. Prof. Doc. Dr med. Tadeusz Krwawicz

Tadeusz KRWAWICZ

Leczenie hormonalne guzkowatego zwyrodnienia rogówki typu Salzmann

Hormonaltherapie der Hornhautdegeneration von Typus Salzmann

Guzkowate zwyrodnienie rogówki typu Salzmann jest, jak podaje Duke Elder (1947), rzadkim niezapalnym stanem, powoli postępującym a pojawia się u osób, które poprzednio przybyły keratitis phlyctenulosa. Charakteryzuje się ono rozwojem grudek, które w początkowych okresach wykazują zmiany przerostowe w powierzchownych warstwach rogówki, a w późniejszych zwyrodnieniowe.

Zwyrodnienie to różni się od rodzinnego zwyrodnienia typu Groenouva tym, że nie występuje rodzinie, ukazuje się w każdym okresie życia i jest zwykle jednostronnym zwyrodnieniem. Guzki są większe i mniej liczne jak w zwyrodnieniu typu Groenouva przyczym brak dystroficznych zmian pomiędzy guzkami. Zwyrodnieniem tym są dotknięte przeważnie kobiety.

Chociaż, jak dalej podaje Duke Elder (l. c.) oraz Z. Pavisic (1949) E. Fuchs w roku 1902 w swej pracy p. t. „Über knötchenförmige Hornhauttrübung“ pierwszy zanotował pojawianie się guzkowatych tworów w starszych przypadkach keratitis eczematosa, to jednak sprawa ta została ustalona jako kliniczna jednostka chorobowa dopiero przez Salzmann'a w 1925 roku, który przedstawił 23 przypadki tego schorzenia z materiału swojej kliniki.

Następne opisy podobnych przypadków podają Katz (1930), Brown i Katz (1935), Moller Ladekarl (1930), Lugli (1930 — 1931), Bischler (1936), Muir (1940) oraz Pavisic (1949).

Obraz kliniczny, jak wiadomo, jest nacechowany obecnością starego zapalenia żółtowego w rogówce, która zwykle nie jest całkowicie unaczyniona. Niebiesko białawe guzki w liczbie kilku (od 1 — 8) uwi-
docniają się tworząc ograniczoną wyniosłość na powierzchni rogówki. Najczęściej nie powodują one żadnych zdrażeń a jedynie znaczne pogorszenie się bystrości wzroku. W niektórych przypadkach występuje silny światłowstręt, łzawienie i ciężkie zdrażnienie oka.

Badania anatomo-patologiczne wykazują zwyrodnienie i zgrubienie nabłonka, zniszczenie błony Bowmana, wakuolizację i rozpad blaszek w powierzchownych częściach warstwy właściwej rogówki. Niekiedy i to w późniejszych okresach widoczne są nacieki komórkowe i unaczynienie.

Leczenie zachowawcze, jak dotąd, pozostawało zupełnie bez wpływu na cofanie się tych zmian i polepszenie bystrości wzroku. Kauteryzacja guzków sprowadza rozległe zmętnienia rogówki. Zadawałające wyniki dawało wycięcie guzków. B r o w n i K a t z (l. c.) zalecają powierzchowne wycięcie guzka nożem Graefego a podstawę guzka trepanem Elliota aż do uzyskania czystej rogówki. M u i r (l. c.) używa specjalnego nożyka. Najbardziej jednak zadawałające wyniki uzyskiwano po keratoplastyce (Bischler l. c.), o ile przeszczepiony płat utrzymał swą przejrzystość.

Jak więc z tego wynika wszelkie leczenie zachowawcze zawodzi, a wszelkie zabiegi operacyjne nie usuwając przyczyny schorzenia nie-
zawsze bywają uwieńczone trwałym efektem, w sensie trwałej poprawy bystrości wzroku.

Ostatnio mieliśmy możliwość zaobserwowania i leczenia trzech przypadków guzkowatego zwyrodnienia rogówki typu Salzmann'a. Przypadki te dotyczyły kobiet po dawno przeżytym keratitis eczematosa. Objawy kliniczne odpowiadały na ogół przytoczonemu powyżej obrazowi. W diagnostyce różniczkowej braliśmy pod uwagę guzkowate zwyrodnienie rogówki typu Groenouva, keratitis rosacea oraz keratitis tuberculosa.

Jak to wynika zarówno z naszych obserwacji jak i zapodań poprzednich sprawa ta dotyczy wyłącznie kobiet. Zwróciło to naszą uwagę na możliwość, jeżeli chodzi o przyczynę, zaburzeń funkcji pewnych gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Po przeprowadzonych badaniach cytologicznych wydzieliny z pochwy metodą Papanikolaou okazało się, że mamy tu do czynienia przeważnie z hyperfolikulinemią. Wobec powyższego zastosowaliśmy hormon męski zarówno drogą implantacji tabletek hormonalnych pod skórę po 100 mg, jak i wprowadzania zawiesiny hormonalnej po 50 mg.

W wyniku tego leczenia po kilku tygodniach guzki zmniejszały się, a w niektórych miejscach ustępowały zupełnie, rogówka przejaśniała się. Bystrość wzroku w każdym z tych przypadków uległa poprawie.

Przypadek I.

Chora S. A. lat 38, L. Hist. Chor. 108/50 zgłosiła się do Kliniki podając, że w dzieciństwie i potem chorowała dłuższy czas na oba oczy. Ostatnio od roku chociaż oczy ją nie bołą, zauważyła znaczne pogorszenie się bystrości wzroku szczególnie na oku prawym.

Oko prawe: spojówki powiekowe lekko przekrwione i rozpulchnione, na spojówce gałki pojedyncze naczynia porozszerzane. Rogówka w całości bez połysku o lekko obrzękłym nabłonku, liczne drobne zmętnienia, plamki i blizny rozrzucone niemal po całej powierzchni rogówki. Centralne i paracentralnie widoczne szare, drobne guzki wystające ponad powierzchnię rogówki. Guzki te w liczbie 5-ciu ułożone są nieregularnie. Przestrzeń pomiędzy guzkami nierówna, brak jednakowoż widocznych zmian zwyrodnieniowych pomiędzy guzkami. Naczynia przekraczają rąbek ze wszystkich stron. Czucie rogówkowe prawie całkowicie zniesione. Przednia komora i dalsze części oka słabiej widoczne.

V. O. D. = 0,01.

Napięcie gałki prawidłowe.

Oko lewe: blade, na rogówce liczne stare zmętnienia i blizny oraz duże smugowate białawo szare zmętnienia przechodzące pasmem przez całą szerokość rogówki, zajmując wszystkie jej warstwy. Od dołu i góry wrastają powierzchowne i głębokie naczynia, a jedynie pośrodku rogówki ilość naczyń jest nieznaczna,

Przednia komora czysta, źrenica bez zrostów, dalsze części oka słabo widoczne.

V. O. S. = 0,01

Napięcie gałki ocznej prawidłowe.

Analiza moczu: brak odchyień od normy.

Badanie przemiany podstawowej: (— 25)

O. W.: ujemny

Badanie rtg.: znacznego stopnia kyphoskolioza lewoskrętna kręgosłupa piersiowego. Płuca i serce rentgenologicznie bez zmian.

Badanie internistyczne: neurosis vegetativa z hipotonią.

Badanie neurologiczne: Brak odruchów okostnowych na kończynach górnych, brak odruchów kolanowych i piętowych, ślad ataksji w kończynie dolnej lewej. Romberg (—) chwieje się ale nie pada. Zaburzeń wyraźnych ze strony przysadki nie stwierdza się.

Zdjęcie czaszki (boczne): brak zmian w strukturze kości czaszki. Siodełko tureckie małe.

Badanie cytologiczne rozmazu wydzieliny z pochwy: obecne histocyty nienowotworowe, bardzo liczne i wyraźne komórki atroficzne. Obecne komórki warstwy powierzchniowej duże, płaskie, z dużym okrągłym jądrem,

z wodniczkami dookoła jądra, charakterystyczne dla fazy luteinowej. Obok tego masy śluzu z zatopionymi izolowanymi jądrami. Całość przemawia za rozkojarzeniem faz, a ze względu na obecność histiocytoów możnaby przyjąć pochodzenie przysadkowe.

Jak z badania cytologicznego rozmazu z wydzieliny pochwy wynika mogliśmy mieć do czynienia w tym przypadku guzkowatego zwyrodnienia z hyperfolikulinemią. Postanowiono przeprowadzić odpowiednie leczenie hormonalne wszczepiając w powłoki brzuszne tabletkę implantacyjną Perandrenu (100 mg). Po tygodniu można było stwierdzić, że implantacyjna tabletkę przyjęła się dobrze.

Po 10-ciu dniach :

Oko prawe: obrzęk nabłonka ustąpił, guzki na rogówce mniej wyniosłe, rogówka o powierzchni bardziej gładkiej, miejscami połyskującej.

V. O. D. = 0,1

Oko lewe: badaniem w lampie szczelinowej nie stwierdza się odchyłań od zmian w chwili przyjęcia.

V. O. S. = 0,01

Po 20-tu dniach :

Oko prawe: blade, czucie rogówkowe nieznacznie obniżone, ślady guzków utrzymują się na rogówce.

V. O. D. = 0,2

Badanie kontrolne po trzech miesiącach wykazuje :

Oko prawe: blade, rogówka o powierzchni prawie w całości gładkiej w miejscu guzkowatych wyniosłości delikatne zmętnienia, naczynia przekraczają rąbek ze wszystkich stron, czucie rogówkowe normalne, dalsze części oka dobrze widoczne.

V. O. D. = 0,2

Oko lewe: blade, stare zmętnienia utrzymują się jak poprzednio, brak jedynie obrzęku nabłonka przez co szczegóły dalszych części oka są lepiej widoczne.

V. O. S. = 0,01

Przypadek II.

Chora A. Z. lat 46, L. Hist. Chor. 244/50 choruje od dzieciństwa na oba oczy, potem wielokrotnie przechodziła zapalenie obu ocz w następstwie czego coraz to gorzej widziała. W osiemnastym roku życia przebyła operację na obu oczach, po której widziała lepiej tak, że mogła czytać i pisać. W ostatnim roku nastąpiło szybko postępujące pogorszenie się bystrości wzroku, szczególnie na oku prawym (oko lewe zawsze gorzej widziała) tak, że ostatnio nie może sama poruszać się.

Oko prawe: powieki zwłaszcza górna zgrubiałe, brak częściowy rzęs. Spojówki powiekowe nieco przekrwione i rozpulchnione. Spojówka gałki wykazuje nieznaczny nastryk mieszany. Na rogówce szczególnie na obwodzie liczne stare blizny i zmętnienia, naczynia przekraczają rąbek ze wszystkich stron, od góry najwyraźniej. Bliżej środka rogówki wśród delikatnych zmętnień widoczne guzkowate wyniosłości nieunaczynione, otaczające nieregularnym kołem centralne części rogówki. Naczynia do części centralnych nie dochodzą. Bliżej dolnego brzegu rogówki widoczne podobne guzki białawe, zlewające się ze sobą w nieregularne pasmo nieunaczynione. Biomikroskopowo widać, że guzki te usadowione są w powierzchniowych częściach, sam nabłonek wydaje się ściemniały. Nie widać wyraźniejszych zmian na błonie Descemeta i w śródbłonku. Czucie rogówkowe zachowane choć znacznie obniżone.

Przednia komora miernie głęboka, tęczówka wykazuje od góry i zewnątrz pooperacyjny ubytek, częściowo zarośnięty. Dno oka słabo widoczne.

Napięcie gałki ocznej prawidłowe.

V. O. D. = 0,01

Oko lewe: blade, na rogówce liczne stare zmętnienia i blizny. W centralnych częściach widoczne bardziej rozlane zmętnienia o odcieniu białawym. Naczynia przekraczają rąbek przede wszystkim od góry, od dołu i zewnątrz tylko nieznacznie nie dochodząc nigdzie do środka rogówki. Na tle zmętnień pozapalnych widoczne pojedyncze, guzkowate, ostro odgraniczone wyniosłości, nieunaczynione. Czucie rogówkowe zniesione. Dalsze części oka poza nieznacznie od góry obwodowo widocznym coloboma art. iridis są niewidoczne.

V. O. S. = liczy palce niepewnie na $1\frac{1}{2}$ m.

O. W.: ujemny.

Rtg. klatki piersiowej: zwapniałe ogniska wielkości orzecha laskowego w środkowym polu płuca prawego. Czynnych zmian naciekowych w mięszu płuc nie stwierdza się. Stwardnienie gruczołowe we wnękach. Przepona i serce w normie.

Badanie rozmazu z wydzieliny pochwy met. Papanokolauo: w obrazie liczne komórki hyperoestrogenne. Duże obfite komórki o jądrach olbrzymich, charakterystyczne dla hipofunkcji przysadki mózgowej.

Zastosowano domięśniowe iniekcje Perandrenu krystalicznego po 50 mg.

Już po 12-tu dniach bystrość wzroku na oku prawym wzrosła do $\frac{3}{60}$, a na lewym do $\frac{3}{4}$ m.

Oko prawe: rogówka bardziej przejrzysta guzkowate wyniosłości spłaszczone, mniej wysyczone. Dalsze części oka lepiej widoczne.

Oko lewe: bez wyraźniejszych zmian.

W dalszym przebiegu po 10-ciu dniach:

Oko prawe: blade, rogówka bardziej przezroczysta, poza starymi zmętnieniami pozapalnymi rozmieszczonymi centralnie i obwodowo widoczne tylko ślady dawniejszych guzkowatych wyniosłości. Jedynie od dołu utrzymuje się białawe, nieco wyniosłe zmętnienie.

V. O. D. = 0,2.

Oko lewe: bez wyraźniejszych zmian.

V. O. S. = 0,1.

Chora otrzymała łącznie 4 iniekcje Perandrenu krystalicznego po przeprowadzeniu za każdym razem kontrolnego badania z rozmazu wydzieliny pochwy.

Po 4-ch miesiącach stan oka prawego nie zmienił się zbyt od ostatniego badania. Na rogówce dołem utrzymuje się białawe wyniosłe nieco zmętnienie. Czucie rogówki prawidłowe.

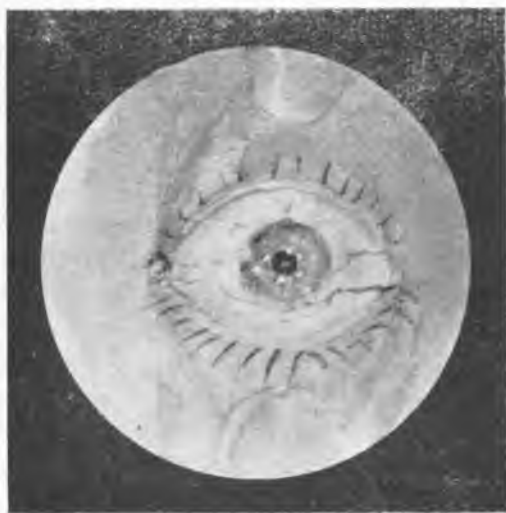
V. O. D. = 0,2 (astigm. irreg.).

Oko lewe: bez zmian,

V. O. S. = 0,01 — 0,02.

Chora może spełniać wszelkie czynności domowe i swobodnie poruszać się.

W trzecim przypadku guzkowatego zwyrodnienia rogówki obu ocz ze starymi zmianami po przebytych kerato-conjunctivitis eczematosa (vide ryc. 1), który dotyczył chorej B. W. lat 61, L. Hist. Chor. 399/50.



Ryc. 1.

badanie cytologiczne rozmazu z pochwy wykazało obecność komórek atroficznych i dużo śluzu. Brak było zmian, które by świadczyły o wyraźniejszych zaburzeniach hormonalnych.

Po zastosowaniu 3 ch iniekcji Perandrenu w odstępach tygodniowych widzenie na oku prawym a także i na oku lewym uległo poprawie.

V. O. D. początkowo = 0,01 wzrosło do 0,1

V. O. S początkowo = 0,1 wzrosło do 0,2

Jak z opisu przytoczonych przypadków guzkowego zwyrodnienia rogówki typu Salzmann'a leczonych hormonalnie wynika, zmiany degeneracyjne powoli ustępowały a bystrość wzroku ulegała poprawie w granicach zależnych od samego cofania się zwyrodnienia, co przy starych zmianach związanych z przebytem keratitis eczematosa wydaje się zadawalniającym.

Możliwe, że przy innych typach zaburzeń hormonalnych w tym schorzeniu należałoby zastosować inny hormon. W naszych przypadkach mieliśmy do czynienia z hyperoestrenizmem, stosowaliśmy więc hormon męski.

W każdym razie badanie w kierunku zaburzeń hormonalnych i zastosowanie odpowiedniego leczenia hormonalnego w tych przypadkach wydaje nam się celowe.

PIŚMIENNICTWO

- 1) Bischler: Ophthalmologica Vol. 111, S. 111.
 - 2) Brown Katz: A. of O. x 111. 528. 1935.
 - 3) Duke Elder: Text Book of Ophthalmology Vol. II.
 - 4) Fuchs: Graefes Arch. f. O. I. 111. 423. Bd. 53 S. 1902.
 - 5) Katz: A. of O. IV 16. 1930.
 - 6) Lugli: Boll. doc. 1931.
 - 7) Moller Ladekarl: Acta ophth. 8. 213. 1930.
 - 8) Muir: Amer. J. O. 23. 137. 1940.
 - 9) Pavisic: Ophthalmologica Vol. 118. Nr 1. str. 170. 1949.
 - 10) Salzmann: Z. f. Aug. Bd. 57. s. 92. 1925.
-

ZUSAMMENFASSUNG

Der knötchenförmigen Hornhautgeneration von Salzmann begegnet man, wie es die gegenwärtigen Beobachtungen des Verfassers und vorige Mitteilungen beweisen, ausschließlich bei weiblichen Geschlecht. Diese Tatsache regte die Aufmerksamkeit des Verfassers auf die Möglichkeit die Ursache dieser Hornhauterkrankung in der Störung der inneren Secretion zu suchen. Verfasser stellt drei Fälle dieser Hornhautdegeneration vor, bei denen die cytologische Untersuchung der Vaginalsecretion nach der Färbungsmethode von Papanicolaou einen Zustand von ausgesprochenen Hyperoestrenismus aufweis. In der nachfolgender Behandlung dieser Fälle verwendete Verfasser das hormonale Preparat Perandren, auf dem Wege der Implantation von Tabletten (100 mg) unter die Haut oder als intramuskuläre Injectionen von kristaloider Emulsion (50 mg). Infolge dieser Behandlung wurden die Hornhautknötchen nach Ablauf einiger Wochen flacher und kleiner in manchen Stellen verschwanden sie gänzlich, die Hornhaut klärte sich merklich in allen drei Fällen.

Bei Feststellung einer anderen Störung der inneren Secretion, sollte eine jener entsprechende hormonale Therapie angewendet sein.

Es scheint demnach bei dieser Hornhauterkrankung eine Untersuchung nach der Störung der inneren Secretion und als Folge dieser eine entsprechende hormonale Behandlung zweckmässig zu sein.

Annales Universitatis M. C. S. Lublin, 1949.

P. L. Z. G. Oddział 13. — Lublin, Kościuszki 8.

Nr zam. 334. Nakład 900 egz. format 6lx86. VII kl. 60 gramm. A-1-12691.

Data otrzym. manusk. 18.VIII.50. Data ukończ. 9.XII.50.
