

ANGIOMUL ORBITEI

TEZĂ

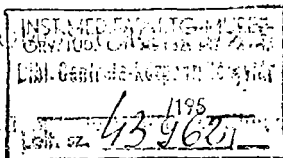
PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 Iunie 1933

DE

OCTAVIAN NEGREA



23 MAY 2005

CLUJ

TIPOGRAFIA CARTEA ROMANEASCA

1933

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. GH. MARTINESCU

Profesori :

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr. ALEMAN I.
Istoria Medicinii (agr.)	" " BOLOGA V.
Microbiologie	" " BARONI V.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ A. M.
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Clinica infantilă	" " GANE T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Semiologie medicală	" " GOIA I.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	" " IACOBVICI I.
Medicina legală (supl.)	" " KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia	" " MARTINESCU GH.
Clinica oftalmologică	" " MICHAÏL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
Igiena și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Farmacia chimică și galenică	" " PAMFIL GH.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PAPILIAN V.
Fiziologia umană (supl.)	" " POPOVICI GH.
Clinica oto-rino-laringologică	" " PREDESCU-RION I.
Balneologie (agr.)	" " STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" " TĂTARU C.
Clinica urologică	" " ȚEPOSU E.
Chimia biologică	" " THOMAS P.
Clinica psihiatrică	" " URECHIA C.
Anatomia patologică	" " VASILIU TITU

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

Președinte : D-l Prof. DR. D. MICHAÏL

Membrii: { " " " I. HAȚIEGANU
" " " V. PAPILIAN
" " " T. VASILIU
" " " V. BOLOGA

Supleant : D-l Doc. DR. P. VANCEA

Părinților mei scumpi
pentru dragostea și jertfa cu
care m'a crescut, cu gândul de
a mă face medic, închin
această lucrare

Scumpei mele logodnice
pentru curajul ce mi-a inspirat
în totdeauna, voi ști să-i păstrez
cea mai sfântă iubire

Surorii mele Valerica și fraților mei
drazi Livia și Mitrut, nepotelului Doru
și cumnatei Mărioara, le voi păstra
multă dragoste frățescă

Prefață

Incheiu cea mai frumoasă pagină a vieții mele, plină de farmec, tinerețe și avânt, ce cuprinde cei șapte ani de viață studențească a căror dulce amintire voi păstra-o totdeauna.

Cu drag îmi voi aminti de timpul când îmi făceam stagiul de membru activ al Cercului Studenților Făgărășeni, când colindam satele din „Țara Oltului”; unde acționam și eu pe terenul idealismului studentesc și de timpul petrecut în cadrul Societății Studenților în Medicină. — Este partea romantică a acestei pagini.

Venisem la Cluj să aflu „marele secret al artei medicale” — știința materiei umane —, cu gândul și hotărârea fermă de a-mi face cea mai sfântă datorie. Era un vis al meu de mult timp și pentru al realiza am căutat să înlătur orice obstacol. Scumpul meu Tată, un simbol de părinte ce se jertfește pentru copiii săi, a muncit din rășputeri atât pentru mine, cât și pentru frații mei pentru a-ne crește la școală, a ne ușura viața și a ne face utili societății.

Mă simt fericit că mi-am făcut datoria de student în medicină atât cât mi-a fost posibil, iar noțiunile și cunoștințele pe cari mi-le-am însușit, mă vor ajuta să pășesc spre datorie.

Acum când plec și mă despărț de iluștrii mei Profesori cari mi-au încredințat „marele secret”, mă simt cuprins de duiosie.

De aici încolo voi fi singur responsabil de toate acțiunile mele, voi fi pus singur în fața miilor de suferinzi să le alin durerile. Am de îndeplinit o mare misiune și grea datorie. Dar prin multă răbdare voi învinge totul. Voi ști să-mi îndeplinesc în modul cel mai conștiincios datoria mea de medic și om față de societate, neam și țară.

Știu că vitregia vremii îmi va pune multe piedici, mă voi

lovi de multe neajunsuri și nemulțumiri, dar pentru altarul științei și dragostea de neam voi jertfi totul.

Dlui Prof. Dr. D. Mihail, pentru amabilitatea care a avut-o totdeauna față de mine și pentru bunăvoința cu care mi-a dat indicații la pregătirea acestei teze, îi exprim și pe această cale cele mai sincere sentimente și devotament.

Dlui Docent Dr. P. Vancea, față de care mă leagă o nespus de mare recunoștință, pentru indicațiile și ajutorul dat, punându-mi la dispoziție biblioteca Clinicei Oftalmologice, îl rog să primească din parte-mi cele mai sincere și călduroase mulțumiri.

D-nei și Dlui S. Gizdavu, Blaj, pentru dragostea arătată de câteori am fost în familia D-lor, le exprim pe această cale mulțumirile mele.

Iar colegilor de an și celor de bucurii și suferințe: I. Matinca, Minuț Popa, E. Nicoară etc. le promit că voi păstra amintirea frumoaselor zile petrecute împreună.



Angiomul orbitei

Definiție. Angiomul este o tumoră vasculară, congenitală, caracterizată din punct de vedere clinic, și anatomo-patologic prin un proces hiperplazic al țesutului vascular sanguin și limfatic, apare cu predilecție la tineri, mai rar la adulți și la bătrâni, cu o evoluție benignă, excepțional se malignizează, odată extirpată nu mai recidivează.

Angiomul orbitei face parte din tumorile orbitare, sub cari autorii înțeleg, toate procesele proliferative, cari se formează în orbită, cu excepția celor ale globului ocular, nervului optic și celorlalți nervi ai ochiului.

După evoluție aceste tumori orbitare sunt benigne și maligne. Tumorile orbitare benigne sunt: chistele, tumorile vasculare osteomul, lipomul, fibromul și miomul.

Tumorile orbitare maligne sunt: epiteliomul și sârcomul.

Lagrange face o altă împărțire anatomo-patologică, divizând tumorile orbitare în 4 grupe:

I. Prima grupă o formează **chistele**, cari se împart în:

A) Congenitale:

1. Chiste prin includerea creierului său a meningelor.

2. Chiste seroase congenitale.

3. Chiste dermoide.

B) Câștigate:

1. Chiste formate prin exudații.

2. Chiste parazitare, cu echinococ și cisticercisus.

II. Tumori vasculare:

A) Angiomele.

B) Varicocelul.

C) Exoftalmia pulsatilă.

III. Osteoamele.

IV. Tumori dezvoltate din țesutul adipos, muscular și conjunctiv.

- A) Lipomul.
- B) Fibromul.
- C) Miomul.
- D) Sarcomul.
- E) Limfadenomul și limfomele.

Angiomul orbitei, varicocelul și exoftalmia pulsatilă fac parte din tumorile vasculare, având între ele unele caractere comune din punct de vedere clinic și anatomo-patologic. Ele prezintă însă și puncte de diferențiere, care să ne permită facerea unui diagnostic diferențial.

Înainte de a intra în subiectul tezei mele, cred că e necesar să dau câteva date asupra acestor tumori vasculare, care au oarecari asemănări cu angiomul.

I. *Varicocelul orbitei*, descris de unii autori sub numele de tumoră varicoasă a orbitei, constă în o dilatațiune venoasă a trunchiului venei oftalmice sau a ramurilor ei. Anatomo-patologic, nu ar fi decât un varice. Varicocelul are însă și unele semne specifice cum este exoftalmia intermitentă. E o tumoră foarte rară.

După unii autori mai vechi varicocelul orbitei nu ar fi decât o soluție de continuitate a unei vene intraorbitare, unde sângele, odată extravazat, reintră în curentul circulator îndată ce bolnavul își apleacă capul înapoi. Este evident o explicație mai puțin serioasă în acest caz.

Varicocelul de cele mai multe ori se extinde și la pleoape.

II. *Exoftalmia pulsatilă* nu este o boală ca atare, ci e un simptom care se produce ori de câte ori avem o afecțiune a orbitei, capabilă de a imprima globului ocular și părților moi mișcări pulsatile ritmice. Poate fi mono sau bilaterală.

În patogenia acestei tumori avem o serie întreagă de cauze. Astfel ea poate fi datorită unei rupturi a arterei carotide în sinusul cavernos, care ar produce fie o stază cu mișcări pulsatile, fie un anevrism al acestei artere în sinus. La ascultație cu stetoscopul vom auzi un suflu.

Prin compresiune asupra nervilor motori ai ochiului se va produce exoftalmoplegie.

Mai poate fi și o tumoră intracraniană ce ar putea comprima sinusul cavernos și să dea aceleași fenomene de exoftalmie. Din-

tre tumorile vasculare ale orbitei cu aceleași simptome, de pulsație și exoftalmie este și anevrismul *cirsoid*.

Exoftalmia pulsatilă prin creșterea ei produce compresiune asupra globului ocular, căruia îi va aduce tulburări în funcția lui vizuală și de nutriție. Sau asupra nervului optic va aduce tulburări de vedere, atrofia papilei și în urmă cecitatea.

Prognosticul acestor două tumori depinde de natura afecțiunii care le-a produs.

Tratamentul de cele mai multe ori e numai expectativ. S'a încercat totuși un tratament prin electroliză, injecțiuni sclerozante, compresiuni directe și intervenție pe cale sângerândă, eu rezultate însă puțin mulțumitoare.

Aceste câteva mici noțiuni stabilite, voi trece acum în tratarea subiectului tezei mele.



Idem al... (text is very faint and partially obscured)

... (text is very faint and partially obscured)

... (text is very faint and partially obscured)

... (text is very faint and partially obscured)

... (text is very faint and partially obscured)

CAP. II. Angiomul orbitei

Angiomul orbitei

Face parte din tumorile orbitare, vasculare, ia naștere în țesutul celulo-adipos al orbitei cu localizare predilectă în conul muscular.

Numirea e dată de *Virchow*. *Dupuytren* a numit-o tumoră erectilă, *Bell* a numit-o anevrism prin anastomoză, iar *Graefe* angiectazie.

Marele patologist *Virchow* a divizat acest fel de tumoră în două varietăți anatomice:

1. Angiom simplu.
2. Angiom cavernos.

Lagrange face altă împărțire după natura conținutului tumoral și după oarecari caractere histopatologice în:

1. Hemangiom.
2. Limfangiom.

Această împărțire e păstrată și azi și am întâlnit-o la mulți autori, dar cei mai mulți descriu hemangiomul sub numele generic de angiom, iar limfangiomul ca atare sub numirea lui.

Eu voi folosi în descrierea acestui subiect împărțirea lui *Langrange* descriind mai întâiu hemangiomul și apoi limfangiomul, iar ca numire voi folosi de cele mai multe ori numirea generică.

I. Hemangiomul orbitei.

A) Istoric.

Hemangiomul sau angiomul orbitei sub numele generic, e pomenit în literatură pentru prima dată de *J. L. Petit*, care o indică ca o tumoră vasculară erectilă.

La 1770 *Gendrom* în „*Traité des maladies des yeux, et des moyens, et opérations propres à leur guérison*“ *Paris*, arată că aceste tumori produc o jenă în circulația venoasă a orbitei. Acel care ne dă oarecari detalii clinice și asupra tratamentului, este *Albernettf* la 1810 în „*surgical observations on injuries of the head and on miscellaneous subjects*“: Tumora aceasta pe care el o descrie la un copil, era de volumul unei nuci, la partea superioară a orbitei și s'a vindecat cu ajutorul unor comprese imbibeate cu apă de roze și alaiun.

Alte cazuri au fost publicate de către *Smith* la 1831, *Du-puytren* la 1832, *Caron de Vilards* la 1840, *Velpeau* la 1880, dar toate cazurile acestea, precum și altele de mai târziu, sunt lipsite de detalii anatomice și clinice.

Cel diutăiu autor, care ne dă date mai precise și oarecari detalii, este *Lebert* la 1848. El descrie această tumoră ca formată din un țesut areolar, spongios, cu trabecule vasculare, cari nu comunică între ele.

La 1853 *Walton* în „*Operatrice oftalmie surgery*“ amintește de o tumoră vasculară congenitală la o fetiță de 4 luni, care tumoră se mărea în timpul plânsului. Conjunctiva acestui ochi era parcursă de numeroase vase, iar la auscultație uneori prezenta un suflu concomitent cu pulsul și tumora pulsa. Ca tratament a făcut ligatura cartoidei primitive, tumora s'a vindecat. Aceste relații date, au făcut pe medicii de atunci să spună că nu a fost un hemangiom, ci o tumoră pulsatilă, care e cu totul altceva. Un hemangiom numai atunci poate deveni pulsatil, când se transformă în un anevrism cirsoid, deci când există o alterație a pereților vasculari, când artera comunică direct cu vena.

La 1860, *Graefe* în „*Archiv für Ophthalmologie*“, ne dă date și mai precise. Tumora pe care a descris-o în cazul lui, era elastică heselată și însoțită de atrofia papilei optice prin compresiunea nervului optic. Tumora nu era dureroasă musculatura extrinsecă a ochiului era intactă. Făcându-se examenul anatomo-patologic s'a văzut că tumora era încapsulată cu o capsulă puternică fibroasă, dură, ce înconjura o formațiune areolară plină cu sânge.

Tot în acest timp *Robin* la 1853, *Virchow* la 1854, *Porta* la 1861, *Broca* la 1869, au studiat leziunile angiomatoase la microscop și ne dau relații și mai precise.

Mai târziu *Billroth*, *Cornil*, *Ranvier*, *Malassez*, au studiat

starea pereților vasculari ai tumorei, precum și mecanismul de dilatație și de neoformație vasculară.

Numărul cazurilor a crescut foarte mult în anii următori. După o statistică făcută la 1880 la Berlin și publicată în „*Handbuch Graefe—Säemich*“ s'au putut reuni 54 cazuri. Dar *Lagrange* crede că în aceasta statistică s'au introdus și cazuri cari nu privesc această chestiune, făcându-se oarecari confuzii între angiomul orbitei și varicele venei oftalmice, care se observă numai atunci când bolnavul își apleacă capul înainte.

La 1901 *Lagrange* în lucrarea sa „*Tumeurs de l'oeil, de l'orbite, et des annexes*“, enumeră 83 de cazuri, dintre cari abia 40 au fost cavernoase, restul simple, iar la unele nici nu s'a făcut un examen complet histologic.

P. Frey, în teza sa „*Contribution à l'étude clinique et structurel des angiomes caverneux de l'orbite*“, Toulouse 1921, enumeră 66 de cazuri.

La 1926 *Prof. Truc H. și Dejean Ch.* în o statistică enumeră 70 de cazuri.

În Octombrie 1926 Dl. Docent *Dr. P. Vancea*, Cluj, într'o lucrare: „*Considerations sur un cas d'angiome caverneux de l'orbite*“, publicată în „*Archives d'ophtalmologie*“, Paris, afirmă că în întreagă literatură medicală oftalmologică s'ar fi publicat până atunci aproximativ 90 de cazuri de angiome ale orbitei.

Evident că în acești ultimi ani, cu progresele medicinei atât de mari, cu perfecționarea mijloacelor de diagnostic și numărul cazurilor de angiome ale orbitei a crescut foarte mult.

La 1930 *Birch-Hirschfeld* la Berlin în „*Kurzes Handbuch der Ophthalmologie*“, Berlin, a adunat 132 de cazuri, dintre cari dânsul a văzut 15.

Cu toate acestea, deși numărul publicațiilor este destul de mare, cazurile bine studiate sunt foarte puține, s'ar putea spune abia 5—6. Dintre acestea sunt: cazul lui *Jodato* 1908, *Laperonne* 1905, *Louis Guglianetti* 1911, *Felix Lagrange* 1913, cazul publicat de Dl. Docent *Dr. P. Vancea*, Cluj 1926 și acel studiat de Dl. *Prof. Dr. D. Michail*, Cluj 1932.

În cece privește cazurile publicate de medicii români, ele sunt foarte restrânse.

În România primul caz e publicat de *G. Socor* și *H. Pușcariu* la 1909 în „*Bul. Med.*“

Al doilea caz este cel publicat de Dl. Docent *P. Vancea*,

aparținând *Clinicei Oftalmologice din Cluj* 1926, publicat în „*Archives d'oftalmologie*“.

Al treilea și 4-lea caz, sunt ale D-nei *E. Pușcariu*, Iași 1930, comunicate la „*Societatea Română de Oftalmologie*“.

Al 5-lea caz este cel publicat de Dl. *Dr. Diaciov* aparținând *Clinicei Oftalmologice din Cluj*.

Iar al 6-lea caz este al D-lui *Prof. Michail, Cluj*, publicat în „*Clujul Medical*“, 1 Dec. 1932 și în „*Annales d'oculistique*“ 1933.

Din toate aceste date reiese în mod clar că hemangiomul orbitei este o tumoră foarte rară, numărul cazurilor publicate în literatura medicală mondială până în 1930, se ridică la 132, din acestea cele bine studiate și bine descrise, cari au adus contribuții originale la cunoașterea acestei probleme, se pot număra pe degete.

B) *Simptomatologie*:

În ceea ce privește simptomele hemangiomului orbitei, le putem împărți în două părți: 1. obiective și 2. subiective.

Obiective: Primul simptom, care frapază pe observator și mai puțin pe bolnav, este exoftalmia, care nu este așa de supărătoare bolnavului, cel mult stricându-i din estetică, sau dacă se complică cu alte tulburări de vedere. Exoftalmia o aflăm atât în angiomul simplu, cât și în cel cavernos. Nu e un simptom specific angiomului, căci o aflăm și în alte tumori și afecțiuni orbitare, ea poate fi de mai multe grade după cum este și volumul tumorii. Direcția de expulsare a globului ocular diferă după situația tumorii în raport cu globul care e expulsat direct înainte în axa ochiului, atunci când tumoră e situată înapoia lui în conul muscular, unde o aflăm de cele mai multe ori.

Gradul de exoftalmie poate diferi chiar la același bolnav, în raport cu anumite stări psihice sau fizice. Se exagerează cu ocazia eforturilor, când își apleacă capul înainte, când își comprimă jugularele sau când avem o altă cauză care produce o stază locală; o congestie a capului, în urma unor influențe vaso-motorice generale, ex. cele cari sunt legate de durerile de cap sau o indispoziție generală. La copii se exagerează atunci când plâng, țipă sau tușesc.

Nlaton și alți autori, au observat un grad mai mare de exoftalmie în timpul menstruației la femei. Din contră exoftalmia dispăre în repaus, când bolnavul stă liniștit, când doarme, sau în timpul nopții.

În foarte rari cazuri tumora nici nu produce exoftalmie, deși e de volum mare, ceea ce s'ar explica fie prin abundența țesutului găsos moale, fie că se produce o *fibrozare* a țesutului tumoral, deci o oprire în evoluția tumorii sau chiar o atrofie în mică parte.

La început exoftalmia e foarte puțin evidentă' numai o examinare minuțioasă o poate depista, făcându-se comparație cu celălalt ochiu. Cu timpul se exagerează, pleoapele nu se mai pot închide, nu mai pot acoperi globul ocular, producându-se lagoftalmia și ectropionul. Globul ocular e foarte ușor expus traumatismelor și agenților novici. Complicațiile conjunctivale și corneene, cheratita lagofthalmică și neuroparalitică, sunt foarte dese.

Totuși globul ocular își păstrează forma și volumul său. Alteori globul ocular e expulsat complet din orbitară și bolnavul îl poate repune ușor cu propria lui mână, alteori numai cu multă greutate. Nu rareori odată eșit, se poate strangula cu ajutorul pleoapelor, la partea lui posterioară.

După direcție exoftalmia poate fi axială când tumora e situată în conul muscular, sau expulsarea globului se face în părțile laterale, în sus sau în jos, când tumora este în afara conului, expulsând globul în direcția opusă lui și producând strabismul. De obicei când e situat în afara conului muscular, e mai la suprafața orbitei, se prezintă la palpare ca o tumoră elastică ce proemină și șterge șanțul orbito-palpebral în unul din punctele sale mai mult sau mai puțin, după cum este și volumul tumorii. Deseori angiomul orbitei coincide cu unul conjunctival cum a fost cazul lui *Albernetty, Knapp, Martin*, etc., sau cu unul în altă parte a pielii, ca extermitățile, spate, regiunea feselor, regiunea iliacă, etc.

La palpare avem senzația unei tumori elastice, reductibile, compresibilă sau fluctuantă. Angiomul simplu nu este compresibil ca lipomul care e foarte moale. Alteori are o consistență dură, fibroasă (*Cabannes, Panas, Langrange*) sau suferă o transformare grăsoasă (*Knapp, Fener, Kalt*).

Conturul tumorii poate fi difuz, neregulat ca în angiomele simple sau bine delimitat și înconjurat de o capsulă, ca în cazul celor cavernoase. Tumora nu pulsează și nici nu dă șgomote sau sufluri, un semn foarte important în diagnosticul diferențial cu alte tumori vasculare. La punctia exploratoare scoatem un lichid

sanguinolent cu hematii normale, sau un lichid sero-sanguinolent.

De multe ori o puncție e contra indicată, căci putem avea unele inconveniente. Astfel în angioamele fibroase nu putem intra cu acul decât foarte greu, deseori rupem acul sau să avem în urmă hemoragii supărătoare ca în cele simple.

La examenul oftalmologic găsim tulburări diferite, după cum tumora e mai mult sau mai puțin dezvoltată, după consistența ei, situațiunea și alterațiunile asupra nervului optic și vaselor retiniene. Prin compresiuni pe nervul optic și pe vasele re-*Knapp, Cadeville, etc.*, precum și o subțiere a arterei retiniene. cu stază sufuziune seroasă extravasculară, cum s'a descris de *KnKapp, Cadeville etc.*, precum și o subțiere a arterei retiniene. Compresiunea pe nervul optic, duce la nevrită cu atrofia papilei și retinei. Cămul vizual poate suferi diferite modificări, putând fi mult îngustat sau cu un scotom central (*Knapp*) sau uneori găsim și amauroză și ambliopie.

Subiectiv. Primul simptom important care face pe bolnav să consulte medicul, este slăbirea în mod gradat și progresiv a acuității vizuale, produsă sub influința compresiunii ce se exercită asupra nervului optic. Această tulburare e foarte frecventă mai ales în angioamele cavernoase. După o statistică asupra a 24 cazuri la cari s'a cercetat acuitatea vizuală, s'a văzut că:

1. În 20 cazuri avem o diminuare a acuității vizuale mai mult sau mai puțin evidentă.
2. În 2 cazuri abolită.
3. În 3 cazuri integritatea ochiului conservată din punct de vedere al vederii.

Diagnosticul pus la timp precum și intervenția au mare valoare în salvarea vederii, căci putem reda bolnavului acuitatea vizuală în mare parte pierdută. Un caz foarte demonstrativ din acest punct de vedere, este cel publicat de Dl. *Docent P. Vancea*, aparținând *Cl. Oftalmologice din Cluj*, în care bolnavul la intrare în clinică prezenta o acuitate vizuală foarte slabă, bolnavul abia putând număra degetele la 1.5 m. cu ochiul drept de partea căruia era tumora. S'a făcut intervenția asupra cazului și s'a obținut o acuitate vizuală de $1/5$ cu o corecție de +2 D. ax. 90.

Un alt semn subiectiv este lipsa durerilor. Chiar și când apar dureri, ele sunt ușoare și pasagere. Durerile re obicei apar târziu după mai mulți ani de evoluție. Ele pot fi spontane sau provocate, se prezintă sub formă de nevralgii, sunt datorite exoftal-

miei. Un semn de foarte mare importanță observat și menționat de *Graefe* la Berlin este integritatea mușchilor extrinseci și jocului muscular al globului ocular, care joc se păstrează mult timp, chiar și când tumora e foarte mare; datorită faptului că tumora nu prinde mușchii decât excesiv de rar, apoi situația ei în conul muscular și desvoltarea ei excesiv de lentă. Când tumora e foarte mare ex. cât un ou mai mic, evident va aduce leziuni musculare fiind necesar uneori chiar enucleația globului ocular.

Angiomul orbitei fiind o tumoră benignă, nici starea generală nu va fi influențată. Bolnavii își duc boala pe picioare ani de zile 8—10—20—50 ani, fără să-i supere prea mult. Uneori tumora are o evoluție foarte lentă aproape staționară, până când deodată, sub influința unei cauze necunoscute, ia un mers rapid, în câțva timp ajunge de o mărime considerabilă, forțând în aceste cazuri pe bolnav să consulte medicul.

Alteori se întâmplă ceva contrar; are la început o evoluție rapidă, de câteva săptămâni, apoi ia un mers foarte lent. Vindecare spontană, nu menționează nici un autor.

Foarte deseori concomitent cu angiomul mai găsim și alte afecțiuni ca meningocelul, encefalocelul, sau chiste orbitare. *Elow* menționează un caz unde mai era și o hipertrofie tiroidiană.

Rareori angiomul orbitei suferă o metaplazie canceroasă sau se poate acompania cu un proces inflamator, transformându-se în un abces, mai ales dacă în acest timp mai avem și o infecțiune generală. *Brunschwig* și *Panas* în cazurile lor au găsit bacilul Eberth.

De multe ori o traumă asupra globului ocular oprește în evoluție procesul tumoral angiomatos.

C) *Diagnosticul diferențial.* Se face cu:
1. Tumorile maligne ale orbitei, cari au o evoluție rapidă malignă, prinde organele din jur, dau distrucții osoase ajungând la meninge și creier, au influință rea asupra stării generale, nu apar la tineri decât foarte rar sunt mai dese al adulți și la bătrâni. Examenul anatomicopatologic ne demonstrează malignitatea tumorii.

2. Cu tumorile benigne ale orbitei în special cu lipomul, apoi cu chistele; tumorile anevrismale, fibromul, osteomul meningocelul și tumorile vasculare.

a) Cu *lipomul* uneori e greu de diagnosticat din punct de vedere clinic, căci și lipomul are o creștere lentă, fără durere, este de origine congenitală uneori și cu o consistență asemănătoare angiomului. Deseori chiar angiomul suferă o transformare lipomatoasă, îngreuind în aceste cazuri foarte mult diagnosticul clinic.

b) Cu *fibromul* este destul de greu de diferențiat, dar acesta are o consistență dură. Deseori angiomul suferă o transformare fibromatoasă.

c) Cu *osteomul*, care e o tumoră dură, rezistentă și fixă pe pereții osoși ai orbitei.

d) Cu *chistele*, cari pot fi congenitale, apar la tineri, de o consistență moale, elastică, ajung la mărimi considerabile mai ales chistele dermoide. Spre deosebire de angiom, ele sunt dureroase la presiune și la puncție ne dau un lichid seros. Angiomul deseori suferă o transformare chistică mai ales la periferia lui, unde la examenul anatomo-patologic găsim o serie de varietăți chistice ce comunică cu vasele angiomului. Uneori aceste cavități chistice sunt situate în centrul tumorii, ca în cazul Dlui Prof. D. Michail.

e) Cu *limfangiomul*, de care se diferențiază numai prin examenul anatomo-patologic. Uneori se poate combina cu limfangiomul ca în cazul Dlui Prof. D. Michail.

f) Cu *meningocelul* și cu *encefalocelul*, cari de asemenea sunt de origine congenitală, au o evoluție lentă, sunt reductibile la presiune, dar o presiune asupra lor dă fenomene de compresiune cerebrală, cu cefalee, greață, vărsături, etc. Deseori angiomul coincide cu meningocelul, îngreuind în aceste cazuri diagnosticul diferențial.

g) Se mai face cu *hematomul închisat* traumatic al orbitei, care se formează după traumatismele asupra orbitei, dar la un examen local găsim echimoze palpabile și subconjunctivale.

D) *Prognosticul.*

Quo ad vitam este bun, tumoră este tolerată o viață întreagă, ne având nici o influență asupra stării generale, ne aducând nici accidente serioase asupra globului ocular și asupra conținutului orbital decât foarte rareori. Având și o evoluție lentă, de mai mulți ani de zile, deseori se poate infecta și aduce în aceste cazuri accidente serioase sau alte ori suferă o metaplasie canceroasă, când va lua o evoluție rapidă, alte reală și invadează organele

orbitei precum și peretele orbital, ajunge la meninge și creier unde va cauza grave și serioase accidente cerebrale. În astfel de cazuri se cere intervenția de urgență pe cale sângerândă, dar și în aceste cazuri reușita unei operații este problematică din cauza metastazelor sau, alterațiilor meningeale.

E) Anatomie-patologică.

După conținutul de sânge, mai bogat sau mai sărac, în oxigen, mai roșiu sau mai albastru, după cum circulă sângele mai repede sau mai încet, angioamele orbitare după Broca, sunt împărțite în arteriale și venoase. Această diviziune nu e bună, căci viteza de scurgere a sângelui e invers proporțională cu calibrul vasului. În general angiomul nu este decât o tumoră, ercitală, unde vom găsi vase de diferite calibre, prin care sângele curge cu o viteză diferită.

Virchow ne dă cea mai bună clasificare anatomo-patologică, care clasificare este adoptată de cei mai mulți autori, precum și de P. Frey în teza sa.

După Virchow angioamele sunt:

1. Simple.
2. Cavernoase.

Dar a-și putea adăoga la această împărțire încă o diviziune, fiindcă se mai află și forme de trecere între angioamele simple și cele cavernoase, întrucât structura anatomică nu se află la toate cum este regula, ci sunt unele care au structuri de trecere dela cele simple la cele cavernoase. Un caz foarte demonstrativ din acest punct de vedere este acel al Dlui Prof. Michail.

1. Angiomul simplu.

Este o varietate anatomo-patologică a angiomului orbitei, care esențialmente constă din o masă de capilare reșnite lărgite și fleuxoase, vasele fiind mult dilatate și alungite, încâlcindu-se unele pe altele, ca în un adevărat ghem. Ele se înmulțesc prin înmugurirea pereților, avem deci de a face cu un proces tumoral.

Angiomul simplu are o culoare roșie violacee, variabilă după starea de irigație. La exterior nu are capsulă fibroasă și deci nici limite precise, aderă de țesuturile învecinate. În orbită tumora e înconjurată de un țesut celulo-adipos în care ia naștere și se poate extirpa foarte ușor dimpreună cu grăsime cu tot, fără să cauzeze prea mari hemoragii, țesutul celulo-adipos fiind sărac în irigație sanguină, față de angiomul cutanat care dă hemoragii mari. Angiomul simplu, de obicei, e mai superficial și

are aceeași structură histologică ca și cel cavernos, spre deosebire că-i lipsește capsula și țesutul conjunctiv nu-i dezvoltat în așa mare proporție. Deseori suferă o transformare lipomatoasă.

Intrucât structura histologică o vom descrie atunci când vom arăta structura histologică a celui cavernos, mă dispenez de a o descrie încă odată.

2. *Angiomul cavernos.*

Este a doua varietate a hemangiomului sau a angiomului orbital. La examenul anatomo-patologic se prezintă ca o tumoră rotundă sau alungită, de mărime variabilă, dela un bob de mazere până la a unui ou sau chiar și mai mare. Are o suprafață mai mult sau mai puțin boselată, cu margini bine delimitate de o capsulă, în majoritatea cazurilor.

La palpație, are o consistență moale elastică, sau dură ca în cazurile când suferă o transformare fibroasă, compresibilă, fluctuantă. Are o culoare roșie-violacee, e situată pofund în orbită, cu predilecție în conul muscular. Ca număr de cele mai multe ori e unică, monolaterală, extrem de rareori bilaterală.

La secțiune, vedem la exterior o capsulă fibroasă dură, neregulată ca grosime, ajungând în unele părți până la 4 mm. În interior găsim o serie de cavități pline cu sânge formate din întretărirea traveclor ce le trimite capsula fibroasă de pe peretele ei intern. De pe suprafața de secțiune se scurge un lichid cu sânge pur.

Din punct de vedere histologic la un angiom cavernos avem de studiat 3 elemente principale: 1. capsula; 2. traveele conjunctive și 3. conținutul cavităților.

Pentru studierea structurei histologice va fi nevoie de anumite colorații specifice pentru fibrele conjunctive, fibrele elastice și țesutul grăsos. Vom face colorațiile *Weigert*, *Van Gieson* și *Scharlach*.

1. *Capsula angiomului* nu-i decât o reacțiune fibroasă pe care o dă angiomul atunci când tinde să prolifereze și irită țesutul limitrop. Ea e formată din un țesut fibros adult sărac în nuclei, colorându-se în roșu deschis. Ea e formată din fascicule ondulate dispuse în lamele concentrice foarte strâns legate unele de altele, paralele cu suprafața tumorii. După *Eloui* ar avea o structură analoagă cu a corneei. Intre aceste lamele pe ici pe colo găsim câteva celule conjunctive cu nuclei alungiți și înghesuiți printre fibrele conjunctive. Cătră partea internă a acestei cap-

sule găsim fascicule conjunctive infiltrate cu granulații mai mult sau mai puțin fine, cari uneori se reunesc în plăci și se colorează în galben cu acid picric. Mai găsim în capsulă și fibre elastice transparente precum și fibre musculare netede și elemente adipoase. Unii autori au găsit și fibre nervoase, Frey le neagă cu totul. Capsula este perforată de o serie de vase mici sanguine.

2. De pe fața internă a capsulei pleacă o serie de *travee conjunctive* cari se întretaie și formează cavitățile areolare. Ca structură histologică ele sunt formate din fibre conjunctive și elastice, lipsite de fibre musculare după *Truc* și *Dejean*. În aceste tracturi conjunctive se află nucleii celulelor conjunctive, alungiți și turtiți în sensul fibrelor. Tracturile conjunctive formează pereții alveolelor, cari pereți sunt neregulați atât ca formă cât și ca grosime. Ele sunt paralele cu suprafața cavernelelor.

La locul unde se întâlnesc mai multe caverne tracturile conjunctive formează niște insule triunghiulare, unde fibrele nu au o direcție determinată. Mijlocul acestui spațiu e de obicei traversat de o lacună mică sanguină delimitată la exterior de un endoteliu foarte turtit, care în unele locuri poate lipsi, iar în jur avem un perete foarte gros. Această lacună nu-i decât un vas.

Afară de aceste elemente de natură conjunctivă mai găsim și alte elemente de natură sanguină. La nivelul unde țesutul conjunctiv e foarte abundent ca la nivelul insulelor, găsim grupe limfocitare în grămezi de 5—10 elemente, grupate în jurul vasului din mijlocul insulei, grupare asemănătoare cu cea din foliului limfatici. În jurul acestei grupări limfocitare găsim și alte celule de diverse origini, dispuse fără nici o formă. Astfel de celule sunt celulele plasmatice, cu nucleu dințat, ovoid, cu protoplasma policromatofilă, mai evidentă la polul opus nucleului (*Lagrange*). Mai găsim celule *Mastzellen* cu diferite forme de evoluție astfel: fusiforme cu granulații basofile metacromatice până la celule adulte. Se crede că aceste celule sunt de baștină, născute pe loc, fiindcă au aceste forme intermediare. Uneori acest țesut conjunctiv e infiltrat în mod difuz de limfocite.

În alte secțiuni se pot găsi pe locurile unde macroscopic sunt de culoare galbenă ocru celule macrofage uni sau multinucleate pline cu un pigment hematic, foarte refringent, colorat în galben auriu. El se pune foarte ușor în evidență cu ferocianură de potasiu sau sulfură de amoniu.

Deseori autorii au menționat încă în structura angiomului depozite calcare pe cari le-au numit *phleboliti*.

3. Conținutul alveolei e format din sânge normal cu hematii normale adulte, cu formă normală, regulată, cari umple cavitata alveolară, mai dese la periferie. În unele alveole lipsesc hematiile, aceasta s'ar explica probabil în urma secțiunilor făcute. Printre hematii pe ici, colo, găsim și câteva leucocite. La periferia alveolei avem un endoteliu ce poate lipsi prin unele locuri. Alveolele nu sunt egale ca mărime, pe întreagă suprafața de secțiune, ci sunt mai mari la centru decât la periferie. Sângele are un curent ce pleacă dela centru prin alveolele mai mici și apoi prin vasele cari perforază capsula.

F) Etiologie.

Angiomul orbitei e o tumoră congenitală în cele mai multe cazuri, apare în primii ani după naștere, în copilărie sau la tinerețe. Poate apărea și la 40—50—60 ani cum a fost cazul lui *Fränkel*. Că apare așa târziu nu înseamnă că nu este de natură congenitală, căci multe afecțiuni stau ascunse și deodată se trezesc din letargie cu fenomene alarmante. După o statistică făcută de *Fermond* asupra a 60 de cazuri, 29 cazuri au fost sub 20 ani, 21 cazuri între 20—40 ani și 10 cazuri după 40 ani, ceea ce înseamnă că majoritatea cazurilor sunt în tinerețe și acest lucru ne indică natura lor congenitală.

În ceea ce privește sexul este egal ca frecvență la ambele. Pare a fi mai mult la stânga decât la dreapta, excepțional e bilateral. Hereditatea după cei mai mulți autori nu joacă nici un rol. Sunt și cazuri când tumora se dezvoltă în urma unui traumatism după cum susține *Kalt, Dentu, Delbet*, etc.

Patogenie.

În ceea ce privește condițiile de formare ale angiomelor după *Virchow* ar fi un proces iritativ asupra unui sau mai multor vase, unde se vor forma muguri vasculari și ca urmare va da naștere unui proces tumoral. Originea acestui proces este viața uterină care după naștere mult timp poate rămânea încă latent cu celule embrionare și odată cândva târziu la pubertate sub influința unei cauze necunoscute încă, celulele devin adulte și va forma țesutul fibros din jurul vaselor care va prolifera mult și va da naștere unei tumori vasculare fibroase. Vasele în acest proces tumoral se înmulțesc foarte repede prin înmugurire și dilatare. Ele sunt de diferite calibre cu o viteză de scurgere a sângelui în

raport invers cu calibrul vasului, ceea ce a făcut pe Broca să le împartă în angiome arteriale și angioame venoase.

Deseori aceste vase comunică între ele prin pereții lor, proces asemănător cu anevrismele arterio-venoase numindu-se tumoră *cirsoidă*.

G. Tratatamentul.

În ceea ce privește metodele folosite în tratamentul angiomului ele sunt multiple și cu rezultate satisfăcătoare. Azi se folosește mai mult electroлиза și în special extirparea tumorii pe cale sângerândă.

Metodele întrebuintate odinioară sunt interesante mai mult din punct de vedere istoric.

Albernetty a vindecat bolnavul cu comprese imbibate în apă de roze și cu alaun la care tratament și rezultat îi punem un semn de întrebare. Mai târziu s'au folosit și alte mijloace terapeutice cari azi nu se mai întrebuintează.

Broca împărțea aceste mijloace terapeutice în trei grupe sau metode cum le spune el. Astfel era:

I. Metoda atrofiantă care consta în folosirea tuturor mijloacelor prin cari urmărim o atrofie a tumorii în mod mecanic. Așa era ligatură trunchiurilor arteriale sau venoase, sau comprimarea tumorii prin diferite mijloace.

II. Metode perturbatoare cari constau în urmărirea unei transformări în consistența și structura intimă a tumorii. Astfel era înainte, badijonarea cu colodiu, cu tinctură de iod, comprese cu alaun, cu perclorură ferică, etc. Azi nici una din aceste metode nu se mai întrebuintează.

Tot de această grupă se țin inciziile și exciziile, acupuncțiile, injecțiile cu lichide sclerozante, caustice și coagulante, electroлиза. Dintre aceste electroлиза se întrebuintează azi cu mai mult succes. Ea dă rezultate excelente în angiomul simplu care este mai greu de enucleat. Ea a fost întrebuintată pentru prima dată de *Martin* la 1879, la început unipolară și apoi bipolară cu succese și mai strălucite, cu un curent de $4\frac{1}{2}$ Mil. Amp. Ea se folosește și azi și a fost întrebuintată pe o scară întinsă de *Schnell* și *Valude*.

III. Metoda cea mai eficientă și cu rezultatele cele mai evidente e cea distructivă, care se folosește azi pe o scară foarte întinsă, mai ales de când chirurgia a luat un avânt așa de puternic. Ea constă în ablația tumorii pe cale sângerândă. Dă re-

zultate foarte bune la angiomele cavernoase încapsulate și a fost folosită și înainte cu mult succes de *Dupuytren*, *Wecker*, *Parinaud* și alții.

O intervenție pe cale sângerândă în angiomul orbitei trebuie să întrunească două condițiuni:

1. Să fie completă, pentru a nu avea recidive.
2. Să respecte globul ocular și toate elementele moi ale orbitei pe cât este posibil. Se indică păstrarea globului ocular chiar și atunci când și-a pierdut complet vederea. Se păstrează cel puțin pentru estetică jocul muscular se poate face încă. Globul se enuclează numai atunci când avem indicațiuni de enucleație.

Când tumora e superficială se intervine pe partea anterioară a orbitei. Când ea este profundă e mai accesibilă pe partea laterală, intervenție transosoasă. Mai putem interveni pe peretele superior al orbitei prin incizie trans-sprâncenoasă sau transpalpebrală.

Un lucru asupra căruia trebuie atrasă atenția chirurgului este esteticul, fiind o incizie pe față și nici când nu-i permis să desfigurem bolnavul, care pretinde din partea medicului acest lucru. De aceea chirurgul va avea în vedere alegerea unei incizii pe cât se poate mai ascunsă, pe locurile cele mai puțin vizibile sau mai ascunse de păr. Numai în cazuri forțate să se folosească căile cele mai accesibile.

Pentru accesul profund se folosea și se folosește și azi uneori operația lui *Krönlein* modificată de diferiți autori. Ea constă în secționarea peretelui extern al orbitei și accesul pe cât mai profund în orbită. A fost făcută pentru prima dată la anul 1886 și introdusă și în alte țări mai mult sau mai puțin modificată.

La noi în țară a fost introdusă de Prof. *T. Ionescu* la 1899. Forma ei originală se execută în patru timpi:

I. În primul timp să făcea o incizie curbă în regiunea temporală anterioară, urmând rebordul orbital până la mijlocul osului malar. Ea începea din dreptul liniei semicirculare a frontalului și mergea paralel cu rebordul orbital superior la 1 cm. deasupra lui terminându-se la mijlocul osului malar, în mijlocul liniei ce unește unghiul extern al ochiului cu antitragusul. Linia de incizie are formă unui arc cu concavitatea înapoi, de 6—7 cm. lungime interesând părțile moi până la periost.

II. Al doilea timp constă în incizia periostului și decolarea lui de pe suprafața osoasă pe care vrem să-o rezecăm.

III. Al 3-lea timp constă în rezecarea osului prin 3 secțiuni oșoase.

1. Prima secțiune e orizontală superioară și interesează baza apofizei zigometice a frontalului.

2. A 2-a secțiune e tot superioară dar oblică, de sus în jos, dinnapoi înainte, în linie dreaptă înapoi a suturei osului malar cu sfenoidul și merge până la crepătura pterigo-maxilară. Ea se face de obicei cu o daltă cu tăișul plan. În timpul secțiunii oșoase, tragem globul ocular de partea nasală pentru a nu-l leza.

3. A 3-a secțiune e inferioară, orizontală și interesează apofiza frontală a osului malar. Secțiunea se face cu ferestruu special cu marginea dințată curbă sau unul circular.

Operația lui *Krönlein* a fost modificată de *Sokolof* (Rusia) care a mai adăugat încă o incizie cutanată la cea dintâiu, care incizie merge paralel cu pleopa inferioară.

La noi operația lui *Krönlein* a fost introdusă și modificată de Prof. *T. Ionescu*. Modificarea constă în felul inciziilor. El făcea mai întâi o incizie verticală mergând dela rebordul orbitar superior la tuberozitatea malară. Dela capetele acestei incizii pleacă alte două incizii paralele și orizontale înapoi de 6—7 cm. lungime. În felul acesta se formează un lambou cutanat de formă patrulateră.

Parinaud folosește același procedeu, dar incizia verticală o face înapoi și lamboul e detașat dinapoi înainte. Această incizie e mai bună din punct de vedere estetic, căci în cea mai mare parte este acoperită de păr și este foarte puțin vizibilă.

IV. Al 4-lea timp în operația lui *Krönlein* constă în răsturnarea lamboului cutanat dimpreună cu masivul osos rezecat, apoi se secționează periostul și se intră în orbită enucleindu-se tumora. După enucleație se repune masivul osos înapoi, se refac planurile și se suturează plaga.

O altă modificare adusă în operațiile lui *Krönlein* e aceea ce privește secționarea trepidului osos făcută pentru prima dată de *Becker* la Leipzig și *Gangolphe* la Lyon. Incizia cutanată are forma unui Y (i grec) culcat, a cărei coadă pleacă dela ureche, mergând înainte se bifurcă în două ramuri. În felul acesta se formează 3 lambouri, moi unul superior, altul inferior și altul înainte. După aceea vine rezecarea osului conducându-se după aceleași principii.

În cazul când tumora este pe peretele intern se face opera-

ția lui Krönlein modificată, îndepărtându-se mai întâiu peretele extern, apoi se trage globul ocular înafară prin locul de rezecție și se intervine pe calea anterioară transpalpebrală.

Toate aceste metode de intervenție transosoasă, de multe ori dau desfigurări ale feței prin cicatricile întinse ce se formează în urma inciziilor făcute. Apoi ele uneori sunt foarte impresionante pentru bolnav, mai ales în timpul executării rezecțiilor osoase.

Azi se folosesc mai mult incizii și intervenții prin părțile moi, transpalpebrale sau trans-sprâncenoase, cari se fac mai ușor, apoi inciziile sunt mai scurte și mai puțin impresionante pentru bolnav dând aceleași rezultate, poate chiar și mai bune.

Angiomul orbitei fiind o tumoră extrem de rară, rar se dau ocaziile să vezi un caz. În Clinica Oftalmologică din Cluj, din anul 1919 până la 1933 10 Iunie avem abia numai 3 cazuri de angiom al orbitei din 52.084 consultații făcute. Deci ar fi un caz la 17,361 sau la % 0,005 de consultații.

Eu n'am avut ocazia să observ nici un caz clinic, despre existența celor din clinică m'am convins din publicațiile făcute asupra lor, foile de observație și preparatele anatomico-patologice.

În penultimul capitol al acestei lucrări voi descrie cazurile din clinică în ordinea cronologică în care s'au ivit și observațiile pe cari le voi face, iar acum voi descrie a doua varietate a angiomului.

... (text partially obscured) ...

... (text partially obscured) ...

A). *Istoric*. Limfangiomul orbitei este o tumoră vasculară extrem de rară. Până în anul 1924 abia 5 cazuri au fost publicate în literatură: Primul caz a fost al lui *Foerster*, al doilea a lui *Ayres*, al 3-lea al lui *Wiesner*, al 4-lea al lui *Wintersteiner*, și al 5-lea al lui *Zdravko Nizetic* (Niș, Serbia) publicat în „*Archives d'oftalmologie*” 1925. După statistica lui *Birch—Hirschfeld*, din 1930, s'ar găsi în literatură cam 20 cazuri publicate. În România nu avem nici un caz publicat: În *Clinica Oftalmologică* din Cluj, nu s'a aflat nici un caz din 52.084 consultațiuni făcute, din 1919—1933 (un. 10).

Aceste date ne arată cât de rară e tumora printre consultațiile făcute.

B). *Definiție*. Limfangiomul orbitei este o tumoră benignă, congenitală sau câștigată după cum a arătat *Wegner*. Se crede, că ar fi produsă în urma unei proliferațiuni a țesutului conjunctiv cu dezvoltarea vicioasă a sistemului limfatic. Vârsta la care apare este variabilă și este mai deasă la bărbați decât la femei.

C). *Simptome*. Se prezintă ca o tumoră de mărime variabilă, elastică, rotundă situată în diferite părți ale orbitei, mai ales în conul muscular. Are o evoluție lentă și progresivă ca și angiomul, dă naștere unei exoftalmii cu strabism sau fără strabism. Produce ca și hemangiomul tulburări vizuale, cu pierderea acuității vizuale, compresii pe nervul optic, cu atrofia lui și a retinei, precum și stază papilară ca și angiomul. La puncția exploratoare se extrage limfă.

D). *Anatomie-patologică*. La examenul macroscopic, tumora prezintă o structură areolară ca și hemangiomul, unde avem o serie de areole despărțite între ele prin niște despărțitori fibroase,

formate din țesut fibrilar conjunctiv dur, printre cari fibre, găsim niște nuclei alungiți dar în un număr foarte redus. Se mai găsesc fibre musculare, elastice și nervoase precum și elemente celulare de natură sanguină, grămezi limfocitare, adevărați foliuli limfatici, dispuși neregulat în tumoră. Pe ici, pe colo găsim mici lobuli grăsoși sau granulații pigmentare de natură hematice.

Lacunele sunt căptușite la exterior prin un endoteliu și unele conțin sânge, iar altele un lichid care se coagulează foarte repede, care nu este altceva decât *limfa*.

Punctul de plecare al limfangiomului este țesutul limfatic hiperplaziat, au o evoluție lentă de ani de zile progresivă, care uneori sub influința unei cauze necunoscute poate lua un mers rapid necesitând intervenția.

E). *Diagnosticul diferential* se face cu celelalte tumori orbitare amintite la hemangiom. Diagnosticul precis numai la mirosocop se poate pune.

F). *Tratamentul* acestei tumori constă în extirparea ei pe cale transosoasă sau prin părțile moi. Odată extirpat nu mai recidivează.

Cu aceste date, pe cari le-am găsit în literatura, pe care am consultat-o, am terminat descrierea hemangiomului și limfangiomului și voiu trece la descrierea celor 3 cazuri de angioame ale orbitei, cari constituiesc subiectul tezei mele. Descrierea acestor cazuri o voiu face-o în ordinea cronologică, în care au fost diagnosticate, operate și publicate, iar la urma fiecărui caz voiu face câteva observații pe cari le cred a fi necesare.

... (text partially obscured) ...

... (text partially obscured) ...

Cazuri

I. Primul caz este din *Clinica Oftalmologică* din Cluj, publicat de Dl. *Docent Dr. P. Vancea* în „*Archives d'Oftalmologie*” 1925.

Observație. David H. un tânăr de 16 ani. S'a prezentat la consultațiile clinice oftalmologice din Cluj, cu o tumoră sub pleoapa inferioară a ochiului drept, însoțită de o diminuare a acuității vizuale a acestui ochiu. La intrare în clinică abia vedea degetele la 1,5 m. neputându-se corecta slăbirea vederii nici cu lentile. Această tumoră o avea de când era micuț și s'a dezvoltat foarte încet. În ultimul timp a luat un mers rapid, provocându-i o exoftalmie foarte evidentă, cu diminuarea acuității vizuale.

Antecedentele heredo-colaterale și personale nu au nici o importanță. Reacția Wassermann este negativă.

La examenul ochiului s'a văzut că pleoapa inferioară era puțin mai depărtată de globul ocular și îndreptată către punctul lacrimal. Tumora se află cam la mijlocul rădăcinii pleoapei inferioare, de mărimea unei nuculițe. Pielea la nivelul tumorii e puțin violacee, tumora nu aderă de piele. La palpație ea este elastică, ovoidă, nepulsatilă. Se prelungește prin un pedicul în cavitatea orbitală, legându-se cu o altă tumoră. Nu dă aderențe de globul ocular, lăsându-i acestuia pe deplin mișcările sale. Fundul de sac conjunctival este hiperemiat.

Acuitatea vizuală a ochiului drept era foarte mult scăzută, la 1,5 m. abia vedea degetele. Această slăbire a vederii nu a putut fi corectată cu lentile. La ochiul stâng 5/5. Reflexele pupilare menținute.

La skiascopie O. D. = -2 D.; ochiul stg. = +3 D. emetrop.

Astigmatism O. D. 175° = 442,5; 75 = 47 D.; O. S. 0° = 45 D. 90°.

Tens. oculară normală.

Tulburări de motilitate nu avem.

Câmpul vizual redus în sus și jos.

Strabism O. D. = 17° în sursum-vergență.

Oftalmoscopia arată la ochiul drept o papilă cu margini șterse, mai ales de partea nasală. Vasele erau turgescențe atât în papilă cât și în afara ei. La examenul radiologic sinurile, frontal și maxilar din dreapta erau mai opace.

Examenul sângelui a dat următorul tablou:

Polinucleare neutrofile	63%
Limfocite	23%
Mononucleare mari	12%
Eusinofile	2%

Diagnosticul diferențial clinic s'a făcut între un chist dermoid, luând o dezvoltare mare în ultimul timp.

S'a făcut intervenția operatorie de Dl. Prof. D. Michail prin o incizie curbă cu concavitatea în sus făcând și o puncție a obținut un lichid sanguinolent sirupos. Tumora avea mici aderențe, cari s'au rupt foarte ușor și apoi s'a enucleat. S'au repus planurile, s'au făcut suturile necesare, ochiul reluându-și poziția lui normală și după cinci zile s'a vindecat plaga „per primam intentionem“.

La 5 zile după intervenție s'a făcut examenul oftalmologic, la care s'a observat că papila nu mai prezenta margini șterse ca înainte, ci acum are margini bine delimitate, fără edem peripapilar, doar numai câteva flexuozități de partea nasală au mai rămas.

La skiascopie mai prezintă încă o refracție de $+3$ D.

Astignometria arată, că meridianele principale ale corneei, cari au fost înclinate și-au reluat poziția normală în așa fel că acum corneea O. D. $0^{\circ} = 42,5$; $D. 90^{\circ} = 46$ D.

Acuțitatea vizuală $1/50$ (cu corecție) $+2$ D. ax. $90^{\circ} = 1/5$.

La examenul anatomo-patologic, tumora extirpată, era rotundă, neregulată, ovoidă de 2 cm. lățime și 3 cm. lungime, avea o consistență dură și o culoare violacee. La secțiun avea niște pereți groși. De pe suprafața de secțiune s'a scurs un lichid sanguinolent. Din pereții tumorei pleacă o serie de travee fibroase,

cari se anastomozează între ele dând naștere la un număr foarte mare număr de cavități pline cu sânge.

Piesa anatomică s'a fixat în lichidul Bouin; s'a făcut apoi secțiuni și s'a colorat cu *hematoxilîn-eosină*, *hematoxilîn-Sudan III* și *Scharlach—Van-Gieson*.

La examenul histologic tumora avea o capsulă groasă la exterior, dură, formată dintr'un țesut fibros adult cu puțini nucleii, interpuși între fasciculele ondulate și paralele cu suprafața tumorei. Acest țesut fibros nu are aceeași grosime peste tot locul, ci e mai îngroșat prin unele locuri. De pe fața internă a capsulei pleacă travee, cari se întretaie și formează alveole delimitate de niște pereți fibroși. Ele sunt pline cu sânge sau unele goale probabil în urma secțiunilor. Țesutul fibros la locul unde se întâlnesc mai multe cavități e mai dens și cuprinde în mijlocul lui vase mici cu pereți foarte groși. Aceste vase le găsim de obicei în jurul cavităților dela centru. Țesutul fibros îngroșat e dispus sub formă de insule și au în centrul lor un vas în jurul căruia se află o serie de insule limfocitare, precum și limfocite așezate difuz. Printre ele găsim celule plasmatică și mastzellen cu toate formele lor de evoluție. Către periferia tumorei găsim și celule grăsoase cu nucleu periferic, nu le găsim în pereții alveolelor.

Cavitățile sunt pline cu hematii și pe ici, colo câte o leucocită.

Se mai găsesc în țesutul conjunctiv numeroase celule mari cari conțin un pigment hematic.

La cazul acesta e foarte important de notat simptomele clinice, pe cari le-a prezentat bolnavul înainte de a fi operat. Bolnavul prezenta o acuitate vizuală foarte scăzută, care cu timpul cu siguranță ducea la orbire. Dar un diagnostic pus la vreme, precum și intervenția care s'a făcut a salvat vederea acestui bolnav, atât de prețioasă, când ne gândim că bolnavul este tânăr. Deci iată cât de mare valoare are un diagnostic pus la vreme, că și în orice boală, cu cât va fi pus mai la timp cu atât șansele de vindecare sunt mai mari.

Tumora prin compresiune asupra globului ocular, i-a produs și o tulburare de refracție a corneei, care a cedat după intervenție, s'a produs și o stază retiniană, care de asemenea a dis-

părut, o diminuare a câmpului vizual sus și jos și-a revenit din nou.

Un alt fapt important la acest caz este studiul anatomo-patologic detaliat, studiu, pe care l-am găsit și în cazul lui *Lagrange* din 1913 publicat în „*Archives d'Oftalmologie*“.

II. Al doilea caz pe care-l voi descrie în această lucrare aparține tot *Clinicei Oftalmologice* din Cluj și a fost publicat de Dl. *Dr. Diaciov* în *Rev. Sanit. Militară*, 1932, Octombrie. Acest caz e interesant prin faptul, că după cum a observat *Dl. Prof. Michail*, este o asociere a unui hemangiom cu un limfangiom. Apoi concomitent cu această tumoră vasculară a ochiului mai avem și una a bolții palatine.

Observație V. V. de 4 ani, vine în *Clinica Oftalmologică* din Cluj, pentru o afecțiune la nivelul conjunctivei drepte. Boala datează dela naștere. Părinții au observat la nivelul conj. bulbare de partea nasală a corneei o pată brună, care cu timpul a crescut, iar în ultimul timp a luat o extensiune foarte mare, având tendința să acopere corneea. La examenul ocular făcut la intrarea în Clinică, prezenta o acuitate vizuală 5/5. La nivelul sprâncenei prezenta o proeminență albăstrui de mărimea unei jumătăți de alună, nedureroasă, mobilă, fără aderențe de țesutul subjacent și piele. Pleoapa inferioară prezintă o echimoză subcutanată și un mic nodul. Asemenea noduli mai avem și la nivelul marginii ciliare a pleoapei superioare. Astfel de dilatări venoase se află și în fundul de sac inferior, precum și pe conjunctiva bulbară, precum și pe orbita palatină.

La examenul bolții palatine, bolnava mai prezenta o asemenea neoformațiune vasculară. Se face de *Dl. Prof. Michail* extirparea tumorei sprâncenoase.

Tumora prezenta mari întinderi și aderențe cu conjunctiva bulbară și cu tarsul. Prin intervenție s'au făcut suturile necesare. Bolnava părăsește clinica complet vindecată.

La examenul ant-patologic al tumorei sprâncenoase *Dl. Prof. Michail* a putut constata, că era constituită din un țesut fibrosiv, care delimita o serie de lacune neregulate, cu un endoteliu cu aspect de cavități limfatice.

Tumora conjunctivală formată din țesut conjunctiv avea fascicole ondulate paralele delimitând cavități pline cu sânge. În pereții conjunctivi ai acestor cavități s'au văzut diseminate o mulțime de leucocite, în unele locuri dispuse în grămezi; cu

formațiuni nodulare. În alte părți erau hemoragii interstițiale. Fibrele conjunctive în multe locuri prezentau degenerări hialine.

Cazul acesta este interesant prin faptul, că avem o combinație de hemangiom și limfangiom, apoi concomitent și un hemangiom al bolții palatine. Mai este interesant aici proliferația în mod difuz a procesului tumoral, alternând conjunctiva bulbară și tarsul.

III. Al 3-lea caz pe care-l voi descrie, a fost publicat de Dl. Prof. D. Michail în „Clujul Medical“, 1 Decembrie 1932. Acest caz este interesant prin particularitățile sale clinice și histologice, pe cari le-a prezentat.

Observație. M. P. fetiță, de 6 ani. Vine în clinică pentru o anomalie la ochiul stâng, însoțită de o scădere a acuității vizuale. Afecțiunea o are dela naștere, observându-se de cei din jur că pleoapele O. S. bombează mai mult ca a celui drept. În ultimele 3 săptămâni globul ocular a proeminat foarte mult și la nivelul pleoapei superioare s'a ivit o tumoretă albastruie.

La examenul fizic, bolnava nu prezenta nimic, decât o ușoară amigdalită cu adenită cervicală. Reacția Wassermann negativ.

Examenul ocular. Pleoapa superioară stângă cade asupra celei inferioare. Tumoreta e situată în treimea nasală a pleoapei superioare și este de mărimea unei alune, proeminând pielea acelei regiuni. La palpație, tumoreta e moale, fluctuantă, reducibilă, nu-și modifică volumul nici prin aplecarea capului înainte și nici prin comprimarea jugularelor. La examinarea pleoapei superioare, se vede pe conjunctiva ei în fundul de sac o tumoretă rotundă violacee cu aspect vascular.

Exoftalmetria arată 14 mm. față de cel drept cu 10 mm. Mai avea în plus și un strabism cu o deviație de 10°.

Oftalmoscopia O. S. prezenta o papilă cu marginea temporală neregulată, colțuroasă, acoperită cu o placă pigmentată. Papila este mai congestionată cu vase șerpuitoare.

Astigmatometria la ambii ochi în 0° = 43,5; 90° = 44 Dl.

Skiascopia O. S. = +1,50 D. e hipermetrop și O. D. emetrop.

A. V. O. S. = ½ și nu se corectază O. D. = I.

Câmpul vizual al ambilor ochi prezintă limite normale.

Motilitatea O. S. e redusă față de cel drept de partea nasală cu 20° (O. S. = 40° și O. D. = 60°) și e mai extins de partea inferioară cu 10° (O. S. = 60° și O. D. = 50°). Dl. Prof. Michail a făcut intervenția prin o incizie curbă supernasală.

Ajungând la tumoră s'a disecat de țesuturile din jur cu cari contracta aderențe profunde. Ea are o culoare violacee. În timpul degajării tumora s'a spart și din ea a țâșnit un lichid sanguinolent, reducându-și brusc volumul, devenind apoi flască și de culoarea țesuturilor din jur, de cari s'a izolat cu mare greutate. După enucleație a făcut repunerea planurilor și s'a suturat plaga. În decurs de o săptămână s'a vindecat complet rămânând un strabism de 15° din cauza paraliziei dreptului extern pentru care s'a revenit mai târziu.

Examenul anat.-patologic. Examenul anat.-pat. cum a arătat Dl. Prof. Michail, tumora extirpată e constituită din o masă fibro-adipoasă cu o bogată infiltrațiune limfoidă, dispusă fie sub formă de manșoane, fie sub formă de foliculi în pereții canalelor vasculare, cari o străbat. Această masă fibro-adipoasă este străbătută de 4 varietăți de formațiuni vasculare cari formațiuni se dispun în felul următor:

a) De partea temporală se înșiră 3 noduli apropiați cu caracterul angiomului cavernos. Mărimea lor scade progresiv către profunzimea orbitei. Ei erau delimitați difuz, au însă în partea temporală o capsulă fibroasă, care dispare către partea nasală. Cavernele acestor noduli sunt aproape toate pline cu sânge, dimensiunile lor se micșorează cu cât înaintăm de partea nasală a tumorei.

b) În mijlocul neoplaziei avem o mare cavitate care străbate tumora dela partea ei anterioară la cea posterioară, care cavitate avea pereții neregulați cu diverticule laterale. Pereții cavității sunt constituiți din un strat fibros, de grosime inegală cu o bogată infiltrație difuză limfocitară, uneori limfocitii au o dispariție foliculară. Cavitatea e căptușită cu un endoteliu, care prin unele locuri e deslipit. Peretele fibros trimite în interiorul cavității lamele fibroase sub forma de septuri incomplete, în cari se găsesc formațiuni limfoide și vasculare. Această mare cavitate ca și un sinus conține foarte puțin sânge alipit de pereții ei, sângele a eșit cu ocazia ruperii lui în timpul intervenției.

c) La partea nasală neoplazia are o serie de cavități largi ovoide delimitate de câte un endoteliu ce acoperă un perete subțire fibros cu o mică infiltrație difuză limfocitară. Alveolele conțin la interior un coagul albuminoid retractat, iar la periferia lui o infiltrație leucocitară. Aceste cavități au în general aspectul unor canale limfatice, ectatice, pline cu limfă coagulată.

d) În pereții despărțitori ai cavernelor avem o serie întreagă de vase de mici calibre.

Acest caz este extrem de interesant, prin particularitățile lui histologice, unde avem combinate 3 elemente anatomice de mare importanță. Avem mai întâiu la periferie un element angiomas, o formă de trecere între angiomul simplu cu margini difuze și cel cavernos cu capsulă la periferie. La mijloc avem o mare cavitate chistică, deci avem de a face cu un element chistic, iar la centru avem o formațiune limfangiomatoasă cu cavități pline cu limfă, deci un limfangiom veritabil.

Prin aceste câteva date se confirmă toate cele spuse la diagnosticul diferențial, când angiomul poate suferi transformări chistice sau se unește și cu un limfangiom. Evident, că pentru a se produce aceste transformări sau cum s'au format aceste elemente anatomice, trebuie să ne gândim la viața embrionară, la anumite procese iritative și predispoziții.

Astfel de tumori sunt extrem de rare. Dl. *Prof. D. Michail* arată că în literatură se găsesc câteva cazuri, a lui *Valude, Cabanes* și două ale lui *Lagrange*. Acest caz descris precum și celelalte asemănătoare nu sunt decât o variantă a angiomelor cavernoase, rezultând din o reacție locală a țesuturilor în urma unui proces inflamator cu tendință sclerozantă, după cum menționează cei mai mulți autori. Probabil, că și infecțiile primei copilării ar putea avea o influență asupra dezvoltării lor. Un alt fapt interesant, care e relevat de Dl. *Prof. D. Michail* în cazul *Domniei Sale*, precum și în cazul publicat de Dl. *Docent P. Vancea* este existența unei hipermetropii, apoi s'a observat că după operație mai rămâne un astigmatism care ar fi datorit compresiunii asupra globului ocular împiedecându-l în dezvoltarea lui și ducând la microftalmie cum a fost cazul lui *Lagrange*.

CAP. V.

Concluziuni.

1. Angiomul orbitei este o tumoră vasculară, benignă congenitală, cu evoluție lentă și progresivă, o întâlnim mai des la copii și tineri, excepțional la adulți și bătrâni.

2. Este o tumoră foarte rară, cazurile publicate în literatură până acum, ating cifra de 132 pentru hemangiome și 20 pentru limfangioame. Cele bine descrise sunt extrem de rare.

8. Structura anatomo-patologică reamintește pe cea vasculară nu au nici o influință asupra stării generale. Afecțiunea este suportată ani de zile fără a aduce o genă deosebită, bolnavul nu consultă medicul decât atunci când îi produce tulburări vizuale.

4. Tulburările vizuale se produc în urma compresiunii globului ocular, nervului optic și vaselor retiniene.

5. Deseori suferă transformări lipomatoase, chistice și fibroase mai rar metaplazii carcinomatoase, cu care ocaziune își schimbă evoluția, schimbându-se și starea generală a bolnavului.

6. Metodele de tratament sunt multiple și cu bune rezultate. Mai sigure și mai des întrebuițate sunt: electroliza și extirparea pe cale sângerândă.

7. În facerea unei intervenții pe cale sângerândă să avem în vedere pe cât mai mult posibil păstrarea globului ocular, chiar și atunci când și-a pierdut vederea, cel puțin din punct de vedere al esteticului, inclusiv în cazuri de indicații.

8. Inciziile făcute vor avea în vedere esteticul, prin urmare vor fi cât mai ascunse și mai puțin vizibile.

9. Tumora extirpată în întregime nu mai dă recidive.

10. Tulburările vizuale după intervenție dispar în întregime.

Cluj, 12. Iunie 1933.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:
Prof. Dr. D. MICHAIL

Decan:
Prof. Dr. GH. MARTINESCU

CAP. V.

Bibliografie

1. *Axenfeld Th.* Lehrbuch der Augenheilkunde. Pag. 681, Iena, 1915.
2. *Birch-Hirschfeld.* Kurzes Handbuch der Ophthalmologie. Pag. 79, Berlin, 1930.
3. *Constantinescu I.* Tratat de oftalmologie. Pag. 397, București.
4. *Dentu et Delbet.* Maladies des yeux. Pag. 363. Paris, 1909.
5. *Diacicov M.* Hemangiom palpebroconjunctival asociat cu limfngiom al sprâncenei și hemangiom al bolții palatine. Publ. în Rev. Sanit. Militară, București 1932.
6. *Dupuy-Dutemps et I. Mawas.* Trois cas d'angiomes caverneux de l'orbite. (Société d'ophthalmologie de Paris) Pag. 266, anul 1913.
7. *Frey P.* Contribution à l'étude clinique et structurele des angiomes caverneux de l'orbite. Teză. Toulouse 1921.
8. *Fuchs Ernest.* Lehrbuch der Augenheilkunde. Pag. 773, Wien, 1921.
9. *Ginestous Étienne.* Ophthalmologie infantile. Pag. 809. Paris, 1922.
10. *Gottfried Arnold.* Mitteilung über ein Hämangio-Endothelioma perivascularare der Orbita (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. Pag. 111, LXXIII, Stuttgart, 1924.
11. *Graur I. și Iva I.* Bibliografia românească oftalmologică, Teză, Cluj, 1932.
12. *Hirschberg I.* Über das angeborene Lymphangiom der Lider der Orbita und des Geschichtes (Zentralblatt für praktische Augenheilkunde XXX. Pag. 2—15 Berlin 1906).

13. *Iokos M.* Contribution au diagnostic des tumeurs vasculaires de l'orbite. (Rapport au congrès de 1895, Paris.)
14. *Kalt.* Angiome encapsulé de l'orbite (Archives d'ophtalmologie) Pag. 418. Paris, 1894.
15. *Lagrange F.* Traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite et des anexes. Volum II. Pag. 196. Paris, 1904.
16. *Lagrange F.* Rapport sur le diagnostic, le traitement des tumeurs de l'orbite. (Rapport présenté le 4 Mai 1903 en 20-e, Congrès de la Société française d'ophtalmologie.)
17. *Lagrange-Valude.* Le limfangiome de l'orbite (Encyclopédie française d'ophtalmologie). Volum VIII. Pag. 725. Paris, 1909.
18. *Michail D.* Angiom chistic limfangiectazic al orbitei (Clujul Medical No. XII 1932.
19. *Morax V.* Précis d'ophtalmologie Pag. 801. Paris, 1921.
20. *Nimier H.* et *Dispagnet F.* Traité élémentaire d'ophtalmologie Pag. 906. Paris, 1894.
21. *Niosi F.* Limfangione chistique de l'orbite Rezum. de T. Bolone in (Archives d'ophtalmologie din Archivio di ottalmologia). Pag. 702. Paris 1924.
22. *Panas* Maladies de yeux. Tom. II. Pag. 422. Paris, 1894.
23. „ Études clinique et anatomique sur un cas dangiome caverneux enkisté de l'orbite. (Annales d'oculistique). Pag. 259. Paris, 1904.
24. *Parinaud* et *L. Roche.* Angiofibrome de l'orbite, modification au procédé de Krönlein. (Annales d'ocultstique). Pag. 241. Paris, 1901.
25. *Peters A.* Auge. Pag. 450 Berlin 1931.
26. *Puscariu Elena.* Două cazuri de hemangiom al orbite. (Com. la Soc. Rom. de ophtalmologie) 1930, 19 III.
27. *Rochon Dwignaud H.* et *P. Descola.* L'ophtalmologie en clientele. Pag. 677. Paris, 1927.
28. *Rollet.* Extirpation des tumeurs orbitaires avec conservations de l'oeil, par les incisions cutanée curvilignes. (Archiv, d'ophtalmologie). Pag. 273. Paris, 1907.
29. *Truc* et *Dejean.* Angiome cavernoux de lorbite. (Archives d'ophtalmologie. Pag. 446. Paris, 1926.
30. *Truc* et *Valude E.* Element d'ophtalmologie. Paris, 1896.
31. *Van Duyse.* Lymfangiome carvенеux élephatiasique de la

- paupievies chez un nouveau né (Archives d'oftalmologie). Pag. 273, Paris, 1899.
32. *Vancea P.* Considerations sur un cas d'angiome caverneux de l'orbite (Archives d'oftalmologie. Paris, 1926.
33. *Wecker L. et Langolt E.* Traité complet d'oftalmologie. Pag. 383. Paris, 1869.
34. *Weefier—Masselon.* Manuele d'oftalmologie. Pag. 826. Paris, 1899.
35. *Wintersteiner H.* Der Lyphangioma cavernosum orbitae. (Graefes Archives für Oftalmologie). Pag. 613. Leipzig, 1898.
36. *Zdravko Nizetic* (Niš, Serbia). Le Lymfagiome carveneux de l'orbite (Archiv. d'oftalmologie). Pag. 745. Paris, 1925.

