

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 1157

DACRIOADENITELE

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE ... IULIE 1937

DE

GUȚIA VALER

DACRIOADENITELE

TEZĂ

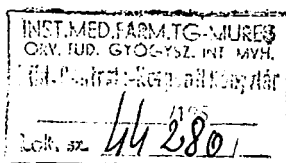
PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ
ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE --- IULIE 1937

DE

GUȚIA VALER

23 MAY 2005



Decan : Domnul Prof. Dr D. Michail

Profesori :

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologia	” ” ” <i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	” ” ” <i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei	” ” ” <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” ” <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ” ” <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	” ” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	” ” ” <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” ” <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	” ” ” <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	” ” ” <i>Kernbach M.</i>
Clinica Oftalmologică	” ” ” <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ” ” <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ” ” <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ” ” <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” ” <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	” ” ” <i>Pop A.</i>
Medicina operatorie	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	” ” ” <i>Sturza M.</i>
Balneologia	” ” ” <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermatovenerică	” ” ” <i>Țeposu E.</i>
Clinica urologică	” ” ” <i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	” ” ” <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	” ” ” <i>Vasiliu T.</i>
Anatomia patologică	” ” ” <i>Racoviță E.</i>
Biologia generală	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Chimia	Dl. Agr. Dr. <i>Secăreanu S.</i>
Fizica medicală	Dl. Conf. Dr. <i>Bărbulescu N.</i>

Juriul de promoție :

Președinte: Dl. Profesor Dr. *D. Michail.*

Membrii: { ” ” ” *V. Bologa,*
 ” ” ” *Gh. Buzoianu.*
 ” ” ” *I. Drăgoiu.*
 ” ” ” *V. Papilian.*

Supleant: Supleant: Docent Dr. *I. Gavrilă.*

PĂRINȚILOR MEI

INCHIN ACEASTĂ LUCRARE
IN SEMN DE DRAGOSTE ȘI
RECUNOȘȚINȚĂ



THE SOUTH

AND

THE

WEST

AND

THE

WEST

AND

THE

WEST

AND

THE

WEST

AND

THE

WEST

AND

THE

WEST

AND

THE

WEST

Introducere

Primul care a descris Dacrioadenitele, a fost Todd, chirurg din Dublin, care a publicat o lucrare în 1824, dând o teorie patogenică fondată pe propagarea infecției dela conjunctivă.

Makenzie a descris o formă acută putând succeda unui traumatism, expunerii la frig, sau poate și rezultatul propagării unei oftalmii.

Chiar dela începutul sec. al XIX-lea autorii aveau noțiunea destul de precisă asupra afecțiunii glandelor lacrimale, făcând împărțirea pe care o menținem și noi astăzi în, Dacrioadenite acute și dacrioadenite cronice.

În anul 1870 observațiile s'au înmulțit. Ele aparțin lui Gayol, Brière, Sichel fils, Adler, cari spuneau că dacrioadenitele survin după rușeolă. Alții ca D'Armagnac și Selingsohn afirmău că survin în cursul blenoragiei.

Lindner în influență și Lapersonne, D'Elschnig prin acțiunea frigului.

Schroeder și Norris în urma Oreillonului.

Prima descriere de ansamblu o face însă Panas în tratatul său din 1894.

În lucrarea de față pe lângă o descriere clasică a dacrioadenitelor împreună cu anatomia și fiziologia glandei lacrimale, am căutat să dau o importanța mai mare dacrioadenitelor acute primitive, epidemice, cari astăzi în urma studiului și statisticilor făcute la noi de Dna Nicolau din București și în străinătate de alți autori, prezintă un moment etiologic-patogenic important. După descrierea tratamentului, trec în prezentarea unui caz de dacrioadenită cronică (Limfom simetric al glandei lacrimale) venit în clinica noastră în anul 1924 și prezentat de Dl. Prof. Michail ca al doilea caz în literatura oftalmologică.

Noțiuni de anatomie și fiziologie a glandei lacrimale

Glanda lacrimată este așezată în partea superioară, anterioară și externă a orbitei și se împarte în: o porțiune principală sau orbitală și o porțiune accesorie sau palpebrală.

Aceste porțiuni a glandei lacrimale sunt separate între ele prin mușchiul ridicător al pleoapei superioare și printr-o expansiune fibroasă, care pornește de pe marginea externă a acestui mușchi și tendonului său, pentru a se fixa de marginea externă a orbitei și de fața profundă a pielii care acoperă comisura externă a pleoapelor.

Glanda lacrimală în ansamblu are culoare galbenă roză. *Porțiunea principală sau orbitală a glandei lacrimale* (gl. numită a lui Gallien). În foseta lacrimală având forma unei migdale alungite oblic în jos și înafară. Ea începe să crească la vârsta de 3—5 ani, odată cu orbita, și atinge maximumul său de volum între 8—10 ani, în timp ce la bătrâni se atrofiază.

Porțiunea palpebrală a glandei lacrimale. (Gl. accesorie a lui Rossemüller) ocupă partea externă a pleoapei superioare. E alcătuită din 15—40 de lobuli, de formă neregulată patruleteră. Marginea sa anterioară este paralelă cu marginea superioară a tarsului și stă în contact cu fundul de sac conjunctival superior, de care este unit prin canalele excretorii ale glandei.

Canalele excretorii ale glandei lacrimale sunt în număr de 6—10 dintre cari o parte deservesc separat fiecare porțiune a glandei, iar o altă parte colectează lichidul secretat de ambele porțiuni ale glandei. Toate aceste canale merg paralel și se deschid prin orificii distincte, apropiate, în partea externă a fundului de sac conjunctival superior. Orificiile de deschi-

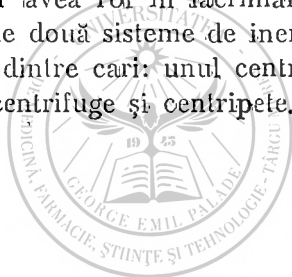
dere se așează într'o curbă, cu concavitatea în jos și înăuntru, paralel cu marginea superioară a tarsului și la 4—5 mm. de ea.

Văsele gl. lacrimale: *Arterele*, provin din ramificațiile terminale ale arterei lacrimale, ea însăși o ramură a arterii oftalmice. Artera lacrimală dă ramuri atât pentru glanda orbitală, cât și pentru cea palpebrală.

Venele gl. lacrimale se unesc în trunchiul vinei lacrimale care se varsă în oftalmică.

Limfaticele gl. lacrimale sunt încă puțin cunoscute.

Nervi gl. lacrimale. Cercetările recente asupra inervației organo-vegetative a ochiului și a anexelor sale tind să demonstreze că gl. lacrimală are o dublă inervație vegetativă și anume: una *parasimpatică*, care procură inervația secretorie a glandei pentru producerea lăcrimărei reflexe, și alta *simpatică* care se crede că ar avea rol în lăcrimarea psihică emotivă. Fiecare dintre aceste două sisteme de inervație este constituit din câte doi nuclei dintre cari: unul central și altul periferic, precum și din căi centrifuge și centripete.



Dacrioadenitele

Acestea sunt afecțiuni de natură inflamatorie a glandelor lacrimale și sunt mai todeauna rezultatul unei afecțiuni de origine hematogenă, metastatică.

Ele se prezintă sub două aspecte clinice diferite și anume: *dacrioadenita acută* și *dacrioadenita cronică*.

Dacrioadenita acută.

Dacrioadenita acută este o inflamație localizată: uneori la glanda lacrimală palpebrală, alte ori la glanda lacrimală orbitală, iar alteori la ambele glande deodată. Pot apărea unilateral, în care caz cea de-a doua glandă poate fi afectată simultan, sau la câțva timp după prima.

Simptome. Întâiu voi descrie simptomele dacrioadenitelor acute în general, insistând după aceea asupra particularităților simptomatice a dacrioadenitelor acute primitive, epidemice, în legătură cu 10 cazuri prezentate la Clinica Oftalmologică din București (1932—1933).

Debutul este de obicei brusc, începând cu tumefacția jumătății externe a pleoapei superioare, având marginea liberă, deformată în formă de S culcat și alungit. Tegumentele regiunii devin eritematoase și destinse. Dacă procesele inflamatorii sunt localizate numai la glanda palpebrală, tumefacția e mai atenuată. Dacă însă fenomenele inflamatorii cuprind și porțiunea orbitală, atunci tumefacția se extinde la întreaga pleopă superioară, ochiul neputându-se deschide deloc, sau numai cu multă greutate. Conjunctiva

bulbară se imperemiază, mai ales în partea jumătății sale temporale, luând un caracter chemotic, dar nescrotant. În aceste împrejurări trăgând de pleoapa superioară în sus și făcând bolnavul să privească în jos și înăuntru, vedem proeminând în partea externă a sacului conjunctival superior, marginea rotunjită și tumefiată a glandei lacrimale palpebrale. Fenomenele inflamatorii sunt însoțite totdeauna de o durere locală spontană, care se accentuează la mișcările globilor oculari, spre a deveni vie la presiunea jumătății temporale a pleoapei superioare. Prin presiunea digitală constatăm o îndurație caracteristică, dureroasă, corespunzătoare sediului glandei lacrimale palpebrale. Fenomenele inflamatorii sunt însoțite totdeauna de o durere locală spontană, care se accentuează la mișcările globilor oculari, spre a deveni vie la presiunea jumătății temporale a pleoapei superioare. Prin presiunea digitală constatăm o îndurație caracteristică, dureroasă, corespunzătoare sediului glandei lacrimale. Concomitent cu aceste fenomene inflamatorii se mai poate observa și tumefacția ganglionului preauricular corespunzător, iar uneori și o stare febrilă.

Perioada acută a fenomenelor inflamatorii durează în majoritatea cazurilor 1—3 zile și 4—6 zile în mod excepțional, când inflamația ia un caracter flegmonos. Afețiunea durează aproximativ 2—3 săptămâni în care timp glanda își recapătă volumul normal. În cazurile când inflamația ia un caracter flegmonos, glanda supurează, iar colecția purulentă se evacuează spontan, fie la suprafața pielii, dând naștere unui fistule a glandelor lacrimale, sau de cele mai multe ori la suprafața conjunctivei. În această ultimă împrejurare presiunea externă face să țâșnească prin orificiul conjunctival un amestec de puroi și lacrimi. Vindecarea se produce totdeauna fără ca inflamația să dea naștere la modificări aparente ale secreției lacrimale.

În dacrioadenitele acute primitive, epidemice, boala survine în plină sănătate; tumefacție bruscă și violentă a glandelor lacrimale acompaniată cu febră de 38°—38,6°. Câteodată este precedată de-o stare prodromală de 3—7 zile, caracterizată prin schimbarea stării generale: indispoziție, inapetență,

cefalee, limbă suburală și un leger catar faringian. Tumefacția bruscă și maxima dela debut diminuează progresiv în două cazuri; ea diminuează neregulat, cu puseuri repetate și de intensitate variabilă, acompaniată de febră legeră, durere și modificarea stării generale în 8 cazuri. În unicul caz monolateral și supunat, ganglionul preauricular e hipertrofiat.

Durata e cam 1, până la 2.5 luni sau chiar 3 luni. Afară de triada simptomatică clasică: 1. tumefacția pleoapelor; 2. inflamația dureroasă și hipertrofia glandelor lacrimale; 3. cheimoza conjunctivei bulbare în tot unghiului extern, am mai observat și alte simptome sau complicații, semnalate foarte rar (sau chiar deloc) în cazurile publicate prezent.

Astfel avem: deviația internă și de multe ori în jos, a globilor oculari, cu mișcări limitate mai ales la partea externă. Durere în partea internă și inferioară a orbitei.

Ptoză parțială, perzistentă (în 7 cazuri și după vindecare). Edemul regiunii frontale, temporale și cel al feței; durere în articulația temporo-maxilară în 3 cazuri. Exoftalmie într'un singur caz.

Starea generală alterată; inapetență, astenie pronunțată, transpirație profundă chiar după vindecare; durere la nivelul glandelor periorbitare, cefalee intensă. În trei cazuri durere occipitală cu insomnie. Într'un caz secreția lacrimală complet suprimată. Suprimată numai dimineața în două cazuri.

La examenul de laborator, am găsit în sânge o eosinofilie care se intensifică în puseuri în trei cazuri. Dispare la sfârșitul boalei.

Etiologie și Patogenie.

Dacrioadenita acută e considerată de majoritatea autorilor ca o boală foarte rară, iar formele acute primitive încă și mai rare. Unii autori admit că infecția în formele primitive se poate ivi numai în urma traumatismelor penetrante și infectante ale regiunii glandelor lacrimale.

Din observațiile făcute pe 10 cazuri în anul 1932—1933 și publicate în „Annales D'Oculistique 1933, pg. 772, Septembrie” de Dna Nicolau, prezint mai jos cele observate de Dsa.

Bolnavii s'au prezentat: în lunile Noembrie (3 cazuri), Decembrie (3 cazuri) 1932, Ianuarie (2 cazuri), Februarie (1 caz), Martie (1 caz) 1933. În acest interval nu a fost epidemie de gripă, decât numai câteva cazuri sporadice, și nici un caz de oreillon în anturajul bolnavilor. În toate cazurile boala a venit în plină sănătate, prezentând simptomele descrise la capitolul respectiv.

Culturile secreției conjunctivale (făcute în cazurile unde era o mică secreție) au fost negative.

La examenul de laborator, în secreția conjunctivală, nu s'a găsit nici o formă microbiană în 7 cazuri; rar bacili xerozis în două cazuri.

Hemocultura negativă. Culturile din lichidul cefalo-ra-chidian tot negative.

Culturile cu emulsii a glandelor lacrimale pe medii aere și anaerobe de asemenea sunt negative.

În *trei cazuri* s'a făcut biopsia glandei lacrimale palpe-nale și rezultatul examenului histopatologic îl voi expune la capitolul respectiv.

Cercetările experimentale: astfel s'a practicat: 1. instilațiuni cu emulsie a glandelor, pe corneea iepurelui de casă.

2. Injecțiuni intravenoase în glandele lacrimale la epure și maimuță, cu emulsii de glande.

3. Injecțiuni în glanda lacrimală cu filtrat de glandă, la epure și maimuță. *În toate cazurile rezultatele au fost negative.*

Așa dar, după sezonul în cari au apărut aceste dacrioadenite acute primitive și după examenul clinic și de laborator observațiile publicate au ajuns la rezultatul că:

1) Dacrioadenitele acute primitive apar din timp în timp sub formă de epidemie. Între epidemii cazurile sunt rare și izolate.

Galezowski semnaleză o epidemie în 1875; *Groenouw*, în 1889 până la 1890; apoi cazuri mai numeroase în 1901 și 1907; după aceste date cazurile diminuează pentru a apărea din nou mai frecvente după 1927.

Înainte epidemiei cazurile se înmulțesc progresiv, pentru a diminua gradat după: sunt ani în cari nu se semnaleză nici-un caz.

În România au fost: un caz (1929), 1 caz (1930), 3 cazuri (1931), 7 cazuri (1932), 5 cazuri (1933) (până în Aprilie). Așa dar, epidemia de dacrioadenite din 1932—1933.

2) În mod constant, boala prezintă un caracter sezonier, ea apare în sezonul rece, mai ales iarna, cu maximum de frecvență în Decembrie și Ianuarie, excepțional vara. 2 cazuri în Iulie, dintre care unul la Upsala, altul în August în Belgia.

Cazurile găsite în literatură în cari e notată data bolii, de la 1870—1933, dau următorul tablou:

Septembrie: 4 cazuri; Octombrie 7 cazuri; Noiembrie 11 cazuri; Decembrie 12 cazuri; Ianuarie 15 cazuri; Februarie 11 cazuri; Martie 10 cazuri; Aprilie 6 cazuri; Mai 1 caz; Iunie 1 caz; Iulie 2 cazuri (1 caz în Suedia). August 1 caz (Belgia).

Salvati în studiul dacrioadenitelor acute (Bulletin of ophthalmological Society of Egypt 1932) publică o serie de 14 cazuri observate în 13 ani cu următoarea repartiție:

Septembrie 1 caz; Octombrie 2 cazuri; Noiembrie 2 cazuri; Decembrie 3 cazuri; Ianuarie 1 caz; Februarie 2 cazuri; Martie 2 cazuri; Aprilie 1 caz.

Astfel, aceste tablouri demonstrează că, *apariția bolii iarna și în lunile reci și umede nu e un simplu hazard.*

3) În literatură s'au găsit 254 cazuri de dacrioadenite acute, dintre cari 79 cazuri cu etiologie nedeterminată.

Unele dintre acestea au fost publicate sub numele de dacrioadenite simple, spontane sau primitive.

Astfel o bună parte din aceste cazuri nu au o etiologie bine determinată. De altă parte *Lor* (1901) vorbește în multe cazuri de dacrioadenite secundare, cauza însă fiind discutabilă, neavând nici chiar formele supurate cauză totdeauna bine determinată.

Cele mai deseori, cauza menționată a fost oreillonul, gripa sau blenoragia, boli cari apar în toate sezonurile, precum și metastazele lor; e greu de admis că singura localizare pe glanda lacrimală face excepție și că apariția s'a e condiționată de sezonul rece și umed.

Ori care ar fi cauza menționată, dacrioadenita acută are întotdeauna aceeași evoluție și prognostic; vindecare rapidă, cu

sau fără tratament ,aceiași în bolile cronice, persistente, cu metastaze rebele asemănătoare celor din blenoragie.

4) Prin cercetările din Clinica Oftalmologică din București și a altor autori din străinătate, s'a văzut că e imposibil de a obține culturi microbiene din glande, la fel în formele supurate, când puroiul e cules perfect steril.

5) Hemoculturile sunt negative.

6. Culturile din lichidul cefalo-rachidan sunt negative.

7) In secțiunea biopsică a glandei lacrimale, s'au găsit unele formele microbiene, cari arată un proces inflamator (vezi anat.-patologică).

8) Prin instalații oculare și injecții în glandele lacrimale și intravenoase cu filtrat, sau emulsie de glandă, nu s'a putut reproduce boala experimental, astfel că laptele n'au găsit agentul infecțios.

Toate aceste fapte ne conduc la concluzia că „*dacrioadenita acută primitivă e o boală autonomă, dată de un agent specific încă necunoscut și care are afinitate pentru glanda lacrimală.*“

Faptele găsite: eosinofilia sanguină, uneori o reacție meningeală cu glicorachie, transpirație accentuată la fel după vindecare, simptome nervoase multiple, „*ne conduc la o ipoteză probabilă, a unui virus filtrant, ca agent al dacrioadenitelor acute primitive virus asemănător cu cel al oreillonului, însă nu identic.*“

Dacrioadenita acută secundară a fost considerată de autorii vechi (Todd) ca având punctul de plecare pe conjunctivă. Astăzi însă acestea sunt considerate ca inexistente, Aoelea pe cari le întâlnim ca dacrioadenite acute, menționate în tratatele clasice, sunt considerate cele mai adeseori ca forme secundare metastatice.

Putem deci admite în general că, aproape totalitatea dacriodenitelor acute (afară de cele primitive epidemice studiate mai sus), sunt rezultatul localizării metastatice la glanda lacrimală a unei infecțiuni generale. Astfel ea se ivește foarte adeseori în cursul oreillonului, constituindu-i uneori primul simptom.

Se mai poate ivi în cursul blenoragiei când putem avea

concomitent și accidente iriene sau articulare. Apoi, în cursul rugeolei, tifosului, erizipelului, pneumoniei, gripei, etc.

Anatomie patologică.

Din cauza evoluției sale benigne, examenul anatomo-patologic a fost rareori făcut. În general se remarcă o înegală repartiție al leziunilor inflamatorii, cari ating unii acini, lăsând pe alții intacti. Grosso și Sourdille au notat proliferarea și căderea epiteliilor tubulare, infiltrația celulară a pereților lor și necroza celulelor secretante, cu leziuni vasculare importante.

La examenul histopatologic făcut la 3 cazuri din glanda lacrimală palpebrală s'a găsit:

O infiltrație difuză sau în focar, mai mult sau mai puțin intensă în jurul acinilor glandulari. Infiltrația e constituită din celule rotunde, celule plasmatică, polinucleare neutrofile și câteva eozinofile. Tubii au un aspect neregulat, epiteliul este turtit. Puternică infiltrație în jurul tubilor excretori cari sunt uneori comprimați de celulele epiteliale turtite. Infiltrația se oprește de obicei la membrana bazală, fără să penetreze în tubi. Focare de infiltrație în țesutul conjunctiv. Vasele sunt hiperemiate, dilatate și câte odată au peetele subțiat și înconjurat de un mașon de infiltrație.

Diagnosticul.

Diagnosticul diferențial al dacrioadenitelor acute trebuie făcut cu *orgetetul*, diferențiindu-se prin sediul cu totul diferit al indurației inflamatorii.

Apoi cu *osteoperiostitele stafilococice, tuberculoase și sifilitice* ale marginii orbitare superioare, în cari însă presiunea digitală evidențiază sensibilitatea dureasă periostală a marginii orbitare superioare și nu a glandei lacrimale subjacente. Puncția examenul bacteriologic și reacția Wassermann dă clarificarea definitivă a diagnosticului diferențial ezitant.

În fine diagnosticul diferențial îl mai facem cu *flegmo-*

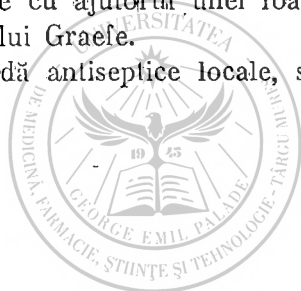
nul orbitei în care: starea generală e rea, exoftalmia a globului ocular și imobilitate, iar le presiunea asupra lui durere extremă.

Tratament.

Evoluând spontan spre vindecare, nu necesită nici un tratament. Pentru calmarea durerilor recomandăm comprese umede, calde și evitarea oboselei oculare în perioada acută a inflamației.

În cazurile în cari afecțiunea a provocat formarea unei colecții purulente, aceasta e evacuată printr'o incizie conjunctivală, făcută la nivelul părții externe a fundului de sac conjunctival superior, fie cu ajutorul unei foarfeci mici, fie cu ael al unui cuțit al lui Graefe.

Se mai recomandă antiseptice locale, salicilat de sodiu, proteino-terapie.



Dacrioadenita cronică

Este o inflamație de lungă durată, lipsită de fenomene reacționale, care interesează una sau ambele glande lacrimale. Se caracterizează printr'o tumefacție progresivă a glandei lacrimale, care proemină în partea externă a pleoapei superioare sub aspectul unui relief îndurată și este lipsită de orice tulburare aparentă a secreției lacrimale. Această tumefacție e de obicei indolentă.



Etiologie.

Dacrioadenita cronică e produsă uneori de aceleași cauze cari provoacă și dacrioadenita acută. Chiar în clinica noastră oftalmologică s'a ivit un caz de limfom simetric al glandelor lacrimale orbitare, ivit în urma febrei tifoide și pe care îl voi descrie la sfârșit, în cadrul cazuisticeii noastre.

În majoritatea cazurilor însă dacrioadenita cronică e datorită unei infecțiuni cronice și în special sifilisului ereditar și dobândit (terțiar) și tuberculozei.

Poulard a descris o dacrioadenită cronică însoțită de inflamația glandelor salivare, mamare și testiculare, care s'a ameliorat mult prin tratamentul antisifilitic.

Dacrioadenita cronică poate însoți uneori inflamația cronică a glandelor salivare, constituind sindromul cunoscut sub numele de „boala lui *Mickulicz*“, a căreia natura este încă necunoscută. Cu toate acestea unii autori ca *Axenfeld*, *Brückner* și *Meissner* o cred datorită unei tuberculoze atenuate, deoarece în unele cazuri a fost găsită concomitent cu o irită tuberculoasă. Boala lui *Mickulicz* a fost descrisă de el în 1892,

apoi au mai studiat-o *Kummel* și *Tiltze* caracterizând-o printr-o hipertrofie lentă și progresivă a glandei salivare acompaniată uneori de o hipertrofie a glandelor lacrimale; evoluția de cele mai deseori este lentă (luni sau ani), fără alterarea stării generale.

Pr. Carreras într-o comunicare făcută în 1933 (Archive D'Oftalmologie Hispano americaine pg. 506.) „Un caz de sindrâm a lui *Mickulicz*“, conchide și el în cele din urmă că etiologia bolii lui *Mickulicz* e foarte variabilă. Tuberculoza e cele mai deseori cauza și se crede că ar fi o contaminare de origine bovină.

M. M. Redstob și *Hoëtesheller* într-o comunicare a lor (Archives D'Ophthalmologie 1928, pg. 539.) citează cazul unei femei de 54 de ani cu dacrioadenită tuberculoasă bilaterală. Are o tumefacție a ganglionilor cervicali și un început de leziuni apicale. Examenul histologic arată un proces avansat de tuberculoză.

Tuberculoza glandelor lacrimale și degenerescența cazeoasă e extrem de rară. Bacilul se găsește numai excepțional. Din contră la piesa examinată, cazeificarea era foarte avansată și s'a putut pune în evidență bacilul tuberculozei.

Autorii spun că putem așeza dacrioadenita tuberculoasă bilaterală, fără umflarea glandelor salivare, dar acompaniată de tumefierea ganglionilor cervicali, în sindromul lui *Mickulicz*. Deci tuberculoza ar putea duce și chiar duce uneori la o inflamație cronică a glandelor lacrimale și uneori bilaterală.

Sifilisul poate da o simplă inflamație infiltrativă sau o gomă.

În fine, leucemia și pseudo-leucemia, limfo-sarcomul, sarcomul și limfomul etc. pot produce o infiltrație a orbitei și a glandelor salivare.

Anatomie patologică.

În dacrioadenita cronică tuberculoasă constatăm distrugerea lobulilor glandulari prin noduli epiteloizi cu celule gigante și prin infiltrația difuză limfocitară. Bacilii Koch au fost găsiți foarte rar în leziuni.

În dacrioadenita cronică sifilitică avem distrugerea elementelor glandulare. Uneori printr'o evoluție gomoasă a leziunilor, care interesează și regiunile vecine.

În boala lui Mickulicz (Frost) e o proliferare a țesutului conjunctiv interstițial și infiltrație limfocitară a glandei. În cazul dela clinica noastră de limfom simetric al glandei lacrimale, există alături de infiltrația limfocitară difuză și adevărate formațiuni foliculare limfatice, cari înlocuiesc țesutul glandular, în timp ce elementele glandulare rămase, se găseau în colaps.

Diagnosticul.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu *tumorile orbitei* și ale *pleoapelor*, diferențiindu-se prin examinarea atentă a sediului afecțiunii.

Apoi, cu *luxația glandei lacrimale* în care caz lojea lacrimală e liberă la palpație.

Cel mai greu e cu *tumorilor glandelor lacrimale*, fiindcă ambele evoluează mult timp în mod identic. Examenul histologic le diferențiază.

Diagnosticul etiologic al dacrioadenitelor cronice se face prin examenul histopatologic, prin inoculări și prin reacția Wassermann. De multe ori rămâne neclarificat.

Tratament.

În dacrioadenita cronică sifilitică aplicăm tratamentului antisifilic. De acesta se face uz și în cazurile în cari etiologia leziunilor glandulare e neclară.

În dacrioadenita tuberculoasă se execută extirparea glandei lacrimale bolnave neproducând nici o turburare în secreția ei. Acest tratament îl facem și la acelea a căror origine e necunoscută.

În boala lui Mickulicz o parte din autori recomandă tratamentul arsenical (Fuchs), alții ca *Aubineau*, *Poulard* recomandă radiumentherapia, iar alții ca *Brückner*, *Meissner* indică roentgentherapia. Cum în majoritatea cazurilor dacrioadenita

cronică are o etiologie necunoscută. ne adresăm metodei rapide de extirpare, care dă rezultate excelente.

Extirparea se face în doi timpi: extirparea glandei lacrimale palpebrale și extirparea glandei lacrimale orbitare, când este cazul.

Extirparea glandei lacrimale palpebrale. Se face cu ajutorul anesteziei locale, insulându-se mai întâiu cocaină 2% în sacul conjunctival și apoi subconjunctival un amestec de novocaină-adrenalină, în partea externă a fundului de sac conjunctival superior. Depărtăm apoi pleoapele la nivelul unghiului extern cu ajutorul unor mici cârlige boante, după tehnica lui Axenfeld, sau cu ajutorul degetelor. Astfel, glanda lacrimală palpebrală sare ca împinsă de un resort, sub conjunctiva bulbară, la nivelul unghiului palpebral extern. Cu o foarfecă se face o incizie conjunctivală, ce merge de la comisura palpebrală externă până la mijlocul fundului de sac conjunctival superior, prin care proemină imediat lobulii glandei lacrimale palpebrale. Aceștia sunt prinși cu o pensă cu dinți și disecați dinlăuntru înafară cu vârful unei foarfeci. La sfârșit plaga conjunctivală este lăsată fără sutură.

Extirparea glandei lacrimale orbitare. Se face deasemenea cu ajutorul anesteziei locale, făcând mai întâiu o injecție superficială, sub tegumentele regiunii supero-externe a orbitei, iar după aceea o injecție profundă la nivelul lojei lacrimale orbitare.

Se practică o incizie ușor curbă, de doi cm. care începe în mijlocul coardei sprincenei, terminându-se în apropiere unghiului extern al ochiului. Incizia interesează pielea, mușchiul orbicular și se evidențiază marginea supero-externă a orbitei la nivelul căreia se incizează septul orbital. Prin tracțiunea în jos cu un cârlig a buzei inferioare, apare imediat sub marginea superioară a orbitei, glanda lacrimală orbitală, care este recunoscută prin culoarea sa cenușie-roză și prin aspectul său lobular. Cu ajutorul unei pense cu dinți și a unei spatule, cât și prin mici mușcături cu vârful unor foarfeci, glanda este desfăcută din mijlocul țesuturilor învecinate. Desfacerea prezintă oarecare dificultate d'alungul marginii posterioare a glandei, fiindcă la acest nivel instrumentele acționează chiar

în interiorul lojei lacrimale, înafara controlului privirei operatorului. În cursul extirpării, incizia prea sus a septului orbital, trebuie evitată, fiindcă în loc să evidențiem glanda, expunem la ernierea grăsimii orbitare și la accidentul ptozei prin lezarea mușchiului ridicător al pleoapei superioare. În ultimul moment se face eliberarea marginii posterioare a glandei, ca nu cumva secționarea pediculului vascular al glandei să producă emoragie abundentă, îngreunând dela început operația.

După extirparea glandei, buzele plăgei sunt reunite prin câteva fire de sutură. În zilele următoare observăm o ușoară ptoză și echimoze ale regiunii palpebrale corespunzătoare, cari nu au nici o importanță. Cicatrizarea are loc în 5—6 zile.



Cazuistică

Dacrioadenitele în general fiind afecțiuni destul de rare și cazuistica va fi mică. Studiile clinice și experimentale au mers cu pași lenți, tocmai din cauza acestei rarități, neîncercându-se complect nici chiar până în prezent patogenia acestei afecțiuni. Trăim în domeniul ipotezelor, cari sunt confirmate destul de rar, din cauza puținelor cazuri ce ni se prezintă.

Pe lângă faptele de mai sus, evoluția mai ales în formele acute e foarte scurtă, neavând nici posibilitatea de a intra pe bolnav în clinică pentru observație.

În formele cronice, e adevărat că mersul boalei are o durată mai lungă și tratamentul în majoritatea cazurilor e operator. Totuși, și aci foarte rar avem ocazia ca să intervenim, fiind totul în legătură directă cu numărul restrâns al lor.

Astfel, în clinica noastră oftalmologică, până acum de abea am avut ocazia să avem un singur caz de dacrioadenită cronică (limfom-simetric al glandei lacrimale), prin anul 1924. El a fost scos în evidență de Dl. Prof. Michail în anul 1924 ca al doilea caz citat în literatura oftalmologică.

În cele ce urmează, descriu etiologia, evoluția, și tratamentul cazului de limfom simetric, precum și considerațiile făcute de Dl. Prof. Michail asupra lui, documentând practic unele fapte afirmate în cursul acestei lucrări:

Irina B. de 30 ani, casnică, vine la Clinica Oftalmologică din Cluj la 7 Februarie 1924, pentru o tumefacție a ambelor pleoape superioare, care îi dă un aspect inestetic. Câteodată bolnava ar avea și vederea tulburată din cauza acestor tumefacții palpebrale.

Diagnostic: limfom simetric al glandei lacrimale de origine tifică.

Istoricul boalei: de aproximativ un an a suferit de o febră tifoidă. La o lună după vindecare a observat că pleoapa superioară stângă a început să i se tumefieze și să se înroșească cauzându-i ușoare dureri. Aceasta tumefacție a mers progresiv, accentuându-se; de o lună a început aceleași fenomene la pleoapa superioară dreaptă. Pe măsură ce pleoapa superioară stângă se tumefia, a simțit la partea supero-externă a orbitei stângi o tumoră care făcea corp cu marginea sa osoasă. Tumefacția pleoapelor nu era aceeași în cursul unei zile, adeseori dimineața fiind mai accentuată ca în restul timpului.

Examenul general: pacienta este de constituție robustă. Reacția Wassermann e negativă, urina normală. Examenul somatic nu indică nici-o leziune aparentă. Afebrilă. Are 3 copii sănătoși.

Starea prezentă: regiunea pleoapei superioare stângi prezintă un aspect edematos, localizat spre jumătatea sa temporală și interesând cu deosebire regiunea corespunzătoare a sprâncenei și a rădăcinei pleoapei. Prin acest edem pleoapa superioară stângă este în ușoară ploză. Culoarea roză a edemului. Ușoară senzibilitate; dealungul jumătății temporale a marginei superioare a orbitei e o tumoră cu rezistență cartilaginoasă, făcând corp cu scheletul osos al tavanului orbital. Tumora are forma unei migdale, alunecând pielea pe ea. Examenul glandei lacrimale pe fața conjunctivală ne arată un aspect normal. Globul ocular stâng e ușor jenat, încât bolnava acuză la mișcările forțate la stânga și în sus o mică diplopie. Palpația marginei orbitare superioare lasă să se perceapă o indurație anormală. Glanda lacrimală palpebrală este normală. Globii și anexele normale. Acuitatea vizuală a ambilor ochi 5/5.

Tratament și evoluția boalei: la 8 Februarie 1924 se face extirparea unei tumori care îngloba glanda lacrimală orbitală stângă. Tumora e bine încapsulată în partea anterioară.

La 13 Februarie scoatem firele de susținere, plaga fiind cicatrizată normal.

La 18 Februarie aspectul bolnavului este normal.

Revine în clinică la 27 Iulie 1924, având la ochiul stâng înfățișare normală, dar la ochiul drept acuză exact aceleași fenomene ce le avea înainte la celălalt ochiu. Starea generală este la fel ca în trecut.

La examenul hematologic formula leucoitară și proporția globulelor roșii și albe se menține la limitele normale.

La 28 Iulie se face extirparea tumorei, care îngloba glanda lacrimală dreaptă.

Inoculările în camera anterioară la iepure din tumoră au dat rezultate negative.

Anat. patologică arată la glandele lacrimale extirpate înlocuirea celei mai mari părți a parenchimului glandular de către un țesut limfoid, dispus în general difuz, mai rare ori sub formă de noduli și însoțind cu deosebită predilecție traectul vaselor sanguine lacrimale. Acelaș examen ne evidențiază în părțile centrale ale glandelor, câteva mici focare de necroză, dar nicăieri nu s'a putut pune în evidență celule gigante tip Langhans, nici prezența bacililor Koch, sau alte forme bacteriene.

Bolnava s'a prezentat în serviciul nostru cu fenomenele descrise mai sus, având în antecedente o febră tifoidă după care aproape imediat au apărut fenomenele palpebrale.

Studiul detaliat al elementelor glandulare însăși ne-a arătat că acestea au suferit alterațiuni istologice:

a) Fenomene de proliferare a epitelului acinilor lacrimali, rar.

b) Fenomene de dislocare a epitelului secretor prin invazia limfoidă agresivă, foarte des.

c) Fenomene de necroză a acinilor glandulari, deasemenea.

Toate acestea ne dovedesc că am avut de-a face cu o tumoră care ar fi provenit dela țesutul glandular însuși.

Tuberculoza și sifilisul în baza examenelor de laborator nu pot fi considerate ca moment etiologic.

Cazul trebuie încadrat în cazul limfomelor simple simetrice a glandei lacrimale.

Evoluția clinică e în cursul febrei tifoide și în cursul ei a avut un caracter moderat inflamator, ceea ce nu e cazul în

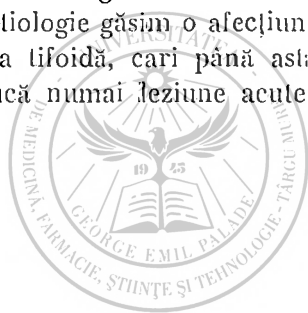
tumorile limfoide lacrimale, ce însoțesc pseudoleucemia și leucemia, ci acel al unor leziuni infecțioase cronice.

Este probabil că acest caz e un limfom lacrimal simetric de ordin infecțios și că febra tifoidă ar fi responsabilă de apariția sa.

Poate fi și în oreillon, rușeolă, scarlatină, influență, reumatism, tifos, uretrită blenoragică.

Cazul nostru dovedește însă că febra tifoidă este capabilă să dea în urma evoluției sale clinice, nu numai leziuni lacrimale simetrice acute, ci și inflamații similare cronice, cu caracterul unor adevărate tumor limfoide.

Astfel prin aceasta, fixăm în cadrul limfomelor inflamatorii simetrice ale glandelor lacrimale, descrise de Meller, pe lângă cazurilor cu etiologie tuberculoasă și sifilitică și pe acelea în a căror etiologie găsim o afecțiunea generală infecțioasă acută ca febra tifoidă, cari până astăzi erau considerate ca apte să producă numai leziune acute ale glandelor lacrimale.



Concluziuni

1. Dacrioadenitele sunt afecțiuni foarte rare de natură inflamatorie a glandelor lacrimale.

2. Se prezintă sub două aspecte clinice diferite: dacrioadenite acute și dacrioadenite cronice.

3. În procesele inflamatorii acute simțim în apropierea glandei, o tumoră dureroasă, pe când în cele cronice e de obicei îndolată.

4. Dacrioadenitele acute primitive apar din timp în timp sub formă de epidemii. Între epidemii cazurile sunt rare și izolate.

5. În mod constant boala prezintă un caracter sezonier: ea apare în sezonul rece, mai ales iarna, cu maximum de frecvență în Decembrie și Ianuarie, excepțional vara.

6. Din examenul clinic și probele de laborator, care au fost toate negative, rezultă că dacrioadenita acută primitivă este o „BOALĂ AUTONOMĂ, DATA DE UN AGENT SPECIFIC ÎNCĂ NECUNOSCUT ȘI CARE ARE O AFINITATE PENTRU GLANDA LACRIMALĂ.”

7. Faptele găsite: eosinofilie sanguină, uneori o reacție meningială cu glicorachie, transpirație accentuată, la fel după vindecare, simptome nervoase multiple, ne conduc la ipoteza probabilă „A UNUI VIRUS FILTRANT, CA AGENT AL EI, VIRUS ASEMĂNĂTOR CU CEL AL OREILIONULUI, DAR NU IDENTIC.”

8. Așară de dacrioadenita acută primitivă, dacrioadenita acută secundară este rezultatul localizării la glanda lacrimală a unei infecțiuni generale pe cale hematogenă, metastatică, cum ar fi în decursul:

oreillonului, blenoragiei, rugeolei, tifosului, erizipelului, pneumoniei, gripei, etc.

9. Dacrioadenitele cronice evoluează lent și au în etiologia lor sifilisul și tuberculoza. Când sunt prinse și glandele salivare avem sindromul lui Mickulicz, cu etiologie puțin cunoscută, deși unii autori o atribuie tuberculozei. Ca momente etiologice mai sunt încriminate și leucemiile și pseudoleucemiile.

10. Tratamentul în formele acute este aproape nul, evoluând repede spre vindecare. În cele cronice de origine sifilitică, tratament antisifilitic. În formele tuberculoase și fără etiologic bine cunoscută se face extirparea glandei, iar în boala lui Mickulicz extirparea sau un tratament arsenical, radium-terapie, roentgen-terapie.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății de Medicină:

(ss.) Prof. Dr. D. MICHAIL.

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL.



Bibliografie

1. *Tratat de Oftalmologie*, de Prof. Dr. *D. Michail*, 1928.
2. *Traité D'Ophtalmologie*. *Morax*.
3. *Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde*, Dr. Theodor *Axenfeld*, 1920.
4. *Archives D'Ophtalmologie*. 1928.
5. *Archives D'Ophtalmologie*. 1931.
6. *Archives D'Ophtalmologie*. 1932.
7. *Archives D'Ophtalmologie*. 1933.
8. *Archives D'Ophtalmologie*. 1934.
9. *Annales D'Oculistiquo* 1933. Tomo CLXX, pg. 772, Sept, (Contributions a L'Etude de la Dacryoadénite Aigue primitive Epidemique) par Mmo Nicolau, (Bucarest).
10. *Clujul Medical*, 1924.
11. *Encyclopedio Francaise D'Ophtalmologie*, 1909.

