

8817
UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I., CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1114

TUBERCULOMUL CONJUNCTIVEI BULBARE

T E Z Ă

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1937

DE

VOIOSU MARIA

C L U J

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.



* 4 4 0 0 0 4 0 9 5 *

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I, CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1114

TUBERCULOMUL CONJUNCTIVEI BULBARE

T E Z Ă

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE _____ 193_____

DE

VOIOSU MARIA

INST. MED. FARM. TG-MUREȘ
ORV. TUD. GYÖGYSZ. INT. MYR.
Bibl. Centrala-Központi Könyvtár

Lolt. sz.

1936

23 MAY 2005

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I”, CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAİL.

Profesor:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	Aleman I.
Istoria medicinei	" "	Bologa V.
Bacterologie	" "	Baroni V.
Patologia generală și experimentală	" "	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	Buzoianu G.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu Cr.
Istologia și embriologia umană	" "	Drăgoiu I.
Semiologie medicală	" "	Goia I.
Clinica medicală	" "	Hațieganu I.
Clinica chirurgicală	" "	Pop A.
Medicina operatoare	" "	Kernbach M.
Medicina legală	" "	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. "	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	Prof. "	Michail D.
Clinica oftalmologică	" "	Minea I.
" neurologică	" "	Moldovan I.
Igienă și igienă socială	" "	Negru D.
Radiologia medicală	" "	Papilian V.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Drăgoiu I.
Fiziologia umană	Supl. "	Sturza M.
Balneologie	Prof. "	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	" "	Țeposu E.
" urologică	" "	Thomas P.
Chimia biologică	" "	Urechia C.
Clinica psihiatrică	" "	Vasiliu T.
Anatomia patologică	" "	S. Secăreanu
Chimie	Agr. "	N. Bărbulescu
Fizică	Conf. "	

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte: Domnul Prof. Dr. D. Mihail

Membrii:	{	Domnul Prof. Dr. I. Drăgoiu
		" " " I. Hațieganu
		" " " I. Aleman
		" " " V. Bologa

Supleant: Domnul Doc. Dr. P. Vancea

INTRODUCERE.

Teza de față se ocupă cu studiul anatomo-clinic al unui caz de tuberculom al conjunctivei bulbare. Acest caz a fost comunicat de Dl. Prof. Michail în ședința Soc. Anatomice dela 22 Martie 1936, și de această comunicare a D-nei Sale m'am servit foarte mult la alcătuirea acestei teze. În serviciul clinice de ochi au mai fost studiate și alte cazuri de tuberculoză conjunctivală, unele chiar foarte rare. Studiul clinic și anatomo-patologic al acestor cazuri, foarte interesant prin el însuși, a fost practicat mai ales cu scopul de a clarifica patogenia acestor leziuni cari, cu toate datele noi pe cari clinica, anatomia patologică și medicina experimentală le-a dat la iveală în anii din urmă, rămâne totuși obscură.

Evident, acest modest studiu n'are pretenția să rezolve problema patogeniei tuberculozei conjunctivale, dar valorificarea științifică a oricărui caz, poate uneori aduce clarificări de o reală valoare practică și științifică.

NOȚIUNI SUMARE DE ANATOMIA CONJUNCTIVEI.

Conjunctiva se dezvoltă după cum se știe din foița externă prin invaginarea acesteia.

Aproximativ către a 3-a lună, din viața intrauterină prin sudarea pleoapelor primitive se formează fundul de sac conjunctival. Structura istologică a conjunctivei diferă după zona care se examinează; astfel buza mucoasă a marginii libere se deosebește ca structură de conjunctiva tarsală, de aceea a fundurilor de sac, aceasta de conjunctiva bulbară și de conjunctiva regiunii limbului.

Cu toate acestea, în toate zonele se pot deosebi două straturi principale: stratul epitelial și corionul dermoconjunctival:

Stratul epitelial este acela care conferă proprietățile distinctive ale diferitelor zone conjunctivale.

Intr'adevăr, el este cilindric în porțiunea palpebrală a conjunctivei și pavimentos stratificat în partea sa oculară propriu zisă.

Epiteliul cilindric al conjunctivei tarsiene și al peretelui anterior se compune în general din două straturi:

Stratul superficial, format dintr'un singur rând de celule cilindrice sau piramidale cu baza externă, cu nucleu profund.

Stratul profund e format din celule turtite granuloase cu nucleu ovalari orientați paralel cu suprafața. La nivelul fundului de sac între aceste două rânduri de celule se mai găsește încă un strat intermediar cu celule poligonale.

Stratul celular epitelial din porțiunea bulbară e constituit dintr'un număr de 6—8 celule situate între membrana bazală și suprafață.

Aceste celule se disting în celule profunde sau bazale ușor alungite cu nucleu ovalar, a cărui axă e paralelă cu axa celulei și ocupă de regulă jumătatea externă. Celulele stratului intermediar constituit din celule poligonale cu nucleu ovalar se colorează mult mai puternic decât nucleul celulelor profunde.

Stratul superficial este constituit din celule cubice sau turtite, ori alungite paralel cu membrana bazală, cu nuclei ovalari orientați în acelaș sens.

Unele din celulele stratului superficial, cunoscute sub numele de celule caliciforme sau celule cu mucină au nucleul împins către periferie iar conținutul lor se colorează puternic în roșu violet cu tionină.

Unele din aceste celule sunt rotunde, altele prezintă o prelungire, — piciorul celulei, — format dintr'o protoplasmă granuloasă.

Celula caliciformă are o membrană cu dublu contur care, într'un punct opus nucleului prezintă un orificiu circular din care iese mucusul.

Aceste celule caliciforme se găsesc cu deosebire în conjunctiva bulbară și în conjunctiva fundului de sac.

În sfârșit la nivelul limbului sclero-cornean caracterul pavimentos stratificat al epiteliului conjunctival se accentuează, celulele superficiale turtindu-se mult de tot; cele bazale iau o dispoziție cubică din cilindrică, cum era la nivelul corneei.

Corionul mucoasei este separat de epitelu printr'o membrană bazală mai puțin clar delimitată ca membrana lui Bowman, al cărui omolog este; schematic, poate fi împărțit în 2 straturi: un strat superficial în care se constată obișnuit un număr apreciabil de leucocite, din care cauză a fost numit stratul adenoidean și unul mai profund numit stratul fibros.

Stratul superficial al corionului este constituit dintr'un țesut conjunctiv delicat, fascicule foarte fine, mai

mult sau mai puțin infiltrate cu leucocite. El prezintă o dispoziție papilară numai la nivelul limbului.

Ochiurile formate de reticulul fibro-conjunctiv se sprijină pe vasele capilare foarte numeroase în această zonă și pe fibrele elastice. Este de 6—10 ori mai gros și trecerea dela stratul superficial la el nu e marcată prin nimic. Aproape inexistent la nivelul tarsului, corionul crește la nivelul conjunctivei bulbare și a fundurilor de sac conj. unde poate atinge o grosime de 1—6 mm.

Ca structură stratul profund e constituit din fascicule conjunctivale puternice, amestecate cu fibre elastice, iar vasele și nervi regiunii se găsesc în acest strat.

În afară de celulele caliciforme cari, în oarecare măsură pot fi considerate glande cu mucus unicelular, se mai găsesc la nivelul conjunctivei două feluri de formațiuni, cari au fost descrise ca formațiuni glandulare.

Unele, cunoscute sub numele de glande tubuloase sau glandele lui Henle se întâlnesc la nivelul fundurilor de sac și ale conjunctivei tarsiene.

Pe o secțiune antero-posterioară ele apar ca formațiuni epiteliale cari pătrund în interiorul dermului, un fel de plică mucoasă, un șanț, sau chiar adevărate invaginațiuni în deget de mână la nivelul mucoasei tarsale. Peretele acestor formațiuni e format dintr'un epiteliu cu două straturi asemănător cu epiteliul conjunctival al regiunii tarsiene.

Ele sunt lipsite de vase și origina lor glandulară n'a fost încă definitiv stabilită.

Glandele acinoase sau glandele lui Krause și Ciaccio sunt formațiuni aberante identice glandelor lacrimale. Ele sunt formate din două grupe principale: glandele acinoase ale fundului de sac superior sau glandele lui Krause și glandele acino-tarso-conjunctivale sau glandele lui Ciaccio situate în tars deasupra glandelor lui Meibomius.

Structura acestor glande nu diferă de aceea a glandelor lacrimale propriu zise și sunt considerate chiar ca glande lacrimale accesorii.

EXPUNEREA CONCEPȚIILOR ACTUALE ASUPRA DESVOLTĂRII TUBERCULOZEI ÎN SPEȚA UMANĂ:

Manifestațiunile patologice ale tuberculozei ca și ale oricărei boale infecțioase, țin de doi factori: *virusul și terenul*. Multă vreme studiul terenului a fost singura preocupare a cercetătorilor cari urmăreau să demonstreze existența frecventă la tuberculoși a unor simptome constituționale comune, cari în vremea din urmă au intrat în caracteristica terenului.

După vechile concepții, acestui de al doilea factor, — terenul, — i se atribue o mai mare importanță în producerea tuberculozei decât microbului însăși.

Astăzi în urma studiilor privitoare la modalitatea de infecțiune a omului, precum și a studiilor tot mai numeroase de fiziologie experimentală, concepțiile asupra desvoltării bacilozei la om pot fi rezumate printr'o ecuație de forma următoare:

$$\text{baciloza} = \frac{\text{numărul bacililor Koch}}{\text{imunitatea antibacilară câștigată.}}$$

Din această ecuație rezultă că manifestațiile patologice ale bacilozei sunt cu atât mai importante cu cât au fost provocate de un mai mare număr de bacili într'un organism foarte puțin sau lipsit complet de imunitate. Invers, infecția e cu atât mai lentă cu cât ea se desvoltă pe un teren mai puternic imunizat și sub influența unui număr mai mic de bacili.

Această concepție se bazează pe un suficient număr de probe pe cari le voi trece repede în revistă.

Multă vreme s'au considerat drept bacilari numai tuberculoșii propriuși, iadică bolnavi cari prezentau

manifestațiuni patologice evidente dintre cari cea mai cunoscută era ftizia.

Cercetările clinice și de laborator au lărgit însă considerabil cadrul bacilozei arătând că începând dela o anumită vârstă, toți oamenii sunt purtători de bacili. Controlul făcut în sălile de autopsie ca și reacțiunile biologice efectuate la indivizi de toate vârstele au demonstrat frecvența crescândă cu vârsta a leziunilor bacilare la indivizi în aparență sănătoși.

Pe de altă parte reacțiunile tuberculinice practicate în serii la indivizii de vârste diferite au dat rezultate aproape superpozabile acelora din sălile de autopsie.

Astfel după Calmette,

dela 0—1 an, 5% din indivizi sunt baciliferi.

dela 1 an — 4 ani, 20% " " "

dela 2 ani — 5 ani, 55% " " "

dela 5 ani — 15 ani, 77% " " "

dela 15 ani în sus 89% " " "

Dacă marea majoritate a oamenilor sunt contaminați de bacilul tuberculos e că și pericolele contagiunii sunt numeroase.

Se credea altădată că bacilul Koch se găsește peste tot și că universalitatea sa explică extrema frecvență a bacilozei umane.

Astăzi se știe însă că diseminarea infecției tuberculozei umane este exclusiv realizată de răspânditorii de germeni virulenți. Afară de câteva cazuri excepționale, se admite că animalele nu joacă de cât un rol cu totul șters în această contagiune.

Tuberculoza se transmite deci dela om la om.

Și această noțiune devenită de multă vreme clasică evidențiază rolul important în propagarea boalei, a locuințelor rău aerate și a coabitării permanente în sânul căminului familiar cu un tuberculos contagios, etc.

Tuberculoșii eliminând bacilii pe căile hepato-intestinale (Calmette) arată că contagiunea se poate face prin materiile fecale sau prin picăturile proiectate prin tuse după cum susține Seiffert.

Shipman și Ford cred că un individ sănătos poate prin sărut să transporte bacilul tuberculos și să contamineze anturajul său.

De asemeni, laptele femeilor tuberculoase poate deveni o sursă de infecție, pentru copii (Chaubrente și Vallée).

Nobécourt și Leon Bernard au semnalat pe de altă parte în anumite cazuri excreția bacililor de către rinichi în diversele forme de tuberculoză ale copilului.

Dar toate aceste surse de contagiune constituiesc un factor puțin important față de sputa baciliferă.

Cea mai mare parte dintre clincieni cred că adevărata sursă de contagiune interumană constă în sputa baciliferă. Contagiunea poate să se facă plecând dela un bolnav în mod indirect prin intermediul obiectelor cari au servit tuberculosului sau mai simplu chiar prin apartamentul unde a fost adăpostit câteva timp.

Astăzi totuși se tinde să se restrângă importanța acestor contaminări indirecte, precizându-se că bacilii tuberculoși nu sunt dotați cu o vitalitate prea mare.

Cari sunt căile prin cari bacilii tuberculozei pătrund în organismul uman?

Calmette a arătat posibilitatea infecției umane prin conjunctivă, însă posibilitatea acestui mod de infecțiune pare puțin frecventă.

Guérin, Grysez și Calmette au arătat că dacă se lasă să cadă pe globul ocular al unui cobai, fie un fragment de spută-tuberculoasă, fie o picătură de emulsie de cultură, conținând 0,01 mgr. de bacili virulenți se poate produce o tuberculoză ganglionară tipică fără ca să producă cea mai mică leziune a ochiului, a învelișurilor sale, sau a țesuturilor din jur. Această tuberculoză începe prin ganglionul retromastoidian invadează cei doi ganglioni rino-faringieni, ganglionii din partea anterioară a gâtului, apoi cei tracheo-bronchici ajungând în timp de 1—5 săptămâni să cuprindă și alte grupe viscereale, pentruca în cele din urmă să se fixeze în plămâni. Acest mod de infecțiune e deci foarte sigur iar ca formă clini-

că tuberculoza care se dezvoltă se apropie de forma scrofuloasă întâlnită în special la copii.

Infecțiunea tuberculoasă spontană la ochi se observă destul de rar și nu se întâlnește decât la indivizi cari prezintă în acelaș timp o altă formă de tuberculoză.

Intr'adevăr ea este mai ales o complicațiune a tuberculozei generalizate.

Coroida, irisul și camera anterioară pot fi sediul tuberculozelor de origină vasculară.

Conjunctiva și cornea pot fi infectate prin intermediul mâinilor murdărite cu spută sau la ftizici prin mici plăgi oculare.

Leziunea produsă este însoțită întotdeauna de tumefierea ganglionilor preauriculari — ai unghiului maxilarului — sau cervicali, în cari cazuri tumefacția constituie chiar semnul inițial.

În afară de calea oculară mai avem și alte căi de infecțiune. Astfel o eroziune la nivelul mucoasei buconaso-faringiene poate favoriza localizarea microbului la suprafață dând ceea ce Dieulafoy numea în 1895 „tuberculoza larvată a celor trei amigdale“. Gingivitele, cariile dentare și suprafața cutanată pot fi deasemenea porți de intrare ale tuberculozei, însă două mari căi de penetrație rămân cele mai importante: *calea intestinală și calea respiratorie.*

Calmette considera prima cea mai importantă, deși marea majoritate a autorilor clasici susțin că tuberculoza pulmonară e o tuberculoză de inhalație.

Evident nu voi intra în discuția tuturor acestor căi de pătrundere și nici asupra considerațiunilor pe cari se bazează concepțiunile moderne ale infecției t. b. c., deoarece ar trebui să mă depărtez cu mult de subiectul lucrării mele. În capitolul care urmează voi arăta diferitele forme clinice și anatomo-patologice ale t. b. c. conjunctivale.

FORMELE TUBERCULOZEI CONJUNCTIVALE.

Tuberculoza conjunctivei este în general o afecțiune rară și apare în copilărie și în vârsta adolescenței.

Ea începe printr'o ușoară secreție conjunctivală, edem palpebral, ptoză și senzație de corp străin în ochi. Se localizează mai des la nivelul conj. tarsale mai rar la nivelul conj. bulbare.

Ori care ar fi localizarea, se prezintă sub trei aspecte clinice diferite: nodulară, vegetantă și ulcerativă.

1. *Forma nodulară* sau miliară se caracterizează prin apariția unor noduli galbeni-cenușii cu tendința la confluență.

În cursul evoluției lor acești noduli se pot rezorbi spontan sau se cazeifică golindu-și conținutul în canalele excretorii ale glandelor meibomiene, ori se ulcereză la suprafața conjunctivei.

2. *Forma vegetantă* se prezintă sub un aspect polipoid și un aspect pseudo-trachomatos.

a) *Forma polipoidă* ia imaginea unui polip mucos muriform de culoare roză, uneori sesil alteori pediculat, localizându-se cu predilecție la nivelul tarsului și luând aspectul unei creste de cocoș.

b) *Forma pseudo-trachomatoasă* se caracterizează prin numeroase vegetații papilare cari acoperă întreaga suprafață conjunctivală, dându-i o mare asemănare cu trachomul de care de altfel se deosebește cu destulă greutate mai ales în faza sa inițială.

c) *Forma ulcerativă* e caracterizată printr'o ulceratie cu marginile polielice tăiate drept, cu fundul acoperit de un exudat cenușiu sub care apar noduli miliari.

caracteristici. Aceasta formă de regulă însoțește pe celalalte două descrise mai sus.

În evoluția sa ulceratiunea conjunctivală are două tendințe: sau către cicatrizare spontană, sau către extensiune. În acest ultim caz ea poate duce la distrugerea pleoapei cu creierea de colobomuri palpebrale ulcerative. Toate aceste forme ale t. b. c. conj. se însoțesc de o adenopatie preauriculară destul de precoce (15 zile dela apariția primei leziuni conjunctivale) sub aspectul unei împăstări rapide, dureroase ce nu întârzie să se fistulizeze, ori sub forma simplă a unui ganglion îndurat, ce aluneacă sub deget și nu e dureros.

Durata adenopatiei este de câteva luni fiind în strânsă legătură cu evoluția leziunii.

În altă ordine de idei tuberculozele conjunctivale se împart în:

- I. Tuberculoza conjunctivală primitivă.
- II. Tuberculoza conjunctivală secundară.
- III. Tuberculomul conjunctivei bulbare.

Această formă de tuberculom al conj. bulbare este extrem de rară.

Reis și Krämer cari s'au ocupat cu studiul statistic al chestiunei, n'au descoperit în întreaga literatură oftalmologică decât numai 13 asemenea cazuri.

Afecțiunea poate să apară la toate vârstele, ea fiind semnalată între 4—74 ani.

Tuberculomul conjunctivei bulbare apare obicinuît ca o neoformație cu suprafața mamelonată, care proemină în vecinătatea limbului, uneori ca un bob de linte sau mazăre, așezat de partea nasală sau temporală, alteori făcând înconjurul limbului cu aspect semilunar, ca în cazul studiat mai sus. În sfârșit nu rareori el formează un adevărat inel în jurul corneei. Mult mai rar s'a notat prezența acestei neoformații în vecinătatea inserției sclerale a tendoanelor mușchilor dreپți externi și interni.

În afară de această formă nodulară a tuberculozei conjunctivale bulbare mai există și o formă difuză în

sulară. Uneori tuberculomele conj. bulbare evoluează simultan cu alte manifestațiuni similare oculare, printre cari se notează: irita, sclerita, tulburările cristaliniene, tulburările vitrosului și iperemia papilei.

Diagnosticul diferențial al afecțiunii oferă uneori dificultăți reale. S'a confundat astfel afecțiunea în special cu sarcomul și epiteliomul.

Pentru a evita astfel de confuziuni Lafon ajunge la concluzia că nu există alt mijloc de diferențiere mai precis ca examenul istologic, la care alți autori mai adaugă examenul bacteriologic — care de multe ori rămâne negativ, — tuberculino-diagnosticul și inoculările la animale.

Întâmplarea a contribuit însă ca tocmai Lafon, pe baza unui examen istologic, să facă diagnosticul eronat de mixo-sarcom al conjunctivei bulbare, pe care a trebuit să-l corecteze ulterior prin examenul istologic al unei recidive. Grație examenului biomicroscopic aceste erori de diagnostic nu mai sunt astăzi posibile și cazurile de diagnostic diferențial extrem de dificil, examenul istologic practicat asupra întregii neoplazii excizate, va fi capabil să precizeze totdeauna natura leziunii. Cât privește origina infecției tuberculoase conjunctivale, își dispută astăzi prioritatea două concepții patogenice. Una dintre aceste concepții admite că infecția tuberculoasă a conjunctivei are o origine *exogenă*, care a fost de altfel dovedită pentru un număr de tuberculoze interesând conjunctiva palpebrală.

De ce totuși tuberculoza conjunctivală exogenă este atât de rară în raport cu marea răspândire a bacilului Koch? Este o chestiune grea de explicat cu toate că cercetările experimentale ale lui Valude au evidențiat că tuberculoza conjunctivală experimental nu se poate obține decât prin inocularea unei mari cantități de bacili Koch și numai în adâncimea conjunctivei.

A doua concepție patogenică a tuberculozei conjunctivale susține origina sa *endogenă*. După Chevalle-reau și Chaillon și mai ales Lafon, toate localizările bul-

bare ale tuberculozei conjunctivale, absolut fără nici o excepție, au o origină endogenă.

Localizarea predilectă a tuberculomului conj. bulbare în imediata vecinătate a limbului cornean, în dreptul finei rețele vasculare perilimbice, cât și faptul că 10 dintre cele 13 cazuri de t. b. c. a conj. bulbare au coincis cu leziuni tuberculoase viscerale, pledează evident în acest sens. Krämer însă, pe baza faptului că în 3 din cazurile de t. b. c. a conjunctivei bulbare nu s'au găsit leziuni tuberculoase viscerale concomitente, trage concluzia că aceste cazuri cel puțin trebuiesc să fie considerate ca având o origină exogenă.

După Dl Prof. Michail, această concepție exogenă a lui Krämer nu este admisibilă, fiindcă tuberculul conglomerat al conjunctivei bulbare trebuie să aibă aceeași origină endogenă ca și tuberculul conglomerat irian, căruia îi este perfect comparabil.

În aceeași ordine de idei se poate pune întrebarea dacă și formei miliare endogene a tuberculozei iriene nu-i corespunde în clinică o formă miliară a tuberculozei conjunctivale bulbare, tot atât de discretă și lipsită de reacțiune ca și cea dintâi. Nu este exclus că tuberculii miliari ai conj. bulbare să apară sub masca flictenelor și în acest caz să aibă o frecvență cu mult mai accentuată decât aceia care li-se atribue în general.

STUDIUL ANALITIC AL OBSERVAȚIEI PERSONALE.

K. R. de 24 ani, cu un an mai înainte a prezentat înroșirea ochiului drept, însoțită de lăcrimare, fotofobie și blefarospasm.

După un scurt timp a observat apariția unei tumorete gălbui de partea nasală a limbului cornean a aceluiași ochi. Această tumoretă a crescut continuu cu tot tratamentul ce i s'a administrat, fapt care a determinat pe bolnavă să se prezinte la clinica oftalmologică din Cluj. În antecedentele sale nu s'a putut constata nimic particular. Starea ei generală era satisfăcătoare, iar R. W. negativă.

Examenul ocular a arătat că ochiul drept al bolnavei avea vederea normală și că nu prezenta nimic anormal în afară de o neoformațiune alungită, semilunară, care înconjura limbul cornean de partea nasală, lungă de 1 cm. largă de 3 mm., care pătrundea în acelaș timp în straturile superficiale ale periferiei corneei.

Această neoformațiune cu suprafața mamelonată, era aderentă de limb și prezenta puncte presărate intens gălbui.

Examenul biomicroscopic a arătat în plus că tumoreta era alcătuită, pe de o parte dintr'o infiltrație difuză a conjunctivei limbice care pătrundea sub formă de valuri în straturile superficiale ale periferiei parenchimului cornean, iar pe de altă parte dintr'o presărare de numeroși noduli cu aspect tipic de tuberculi miliari, printre cari șerpuiau numeroase capilare ale rețelei vasculare perilimbice. S'a excizat în totalitate neoformația și s'a examinat piesa din punct de vedere anatomo-pa-

tologic. Cu acest prilej s'a constatat că dermul conj. bulbare prezenta pe de o parte o infiltrație difuză limfocitară, iar pe de altă parte numeroși foliculi, alcătuiți dintr'un centru cu celule epiteloide cu numeroase celule gigante, cu mici focare cazeificate și cu o periferie limfocitară.

Cei mai superficiali dintre acești foliculi subțiau epiteliul conjunctival, iar pe alocurea îl erodau, pentru a-și elimina conținutul lor.

Examenul bacteriologic nu a putut evidenția prezența bacililor lui Koch la nivelul leziunilor.

După aspectul său anatomo-clinic poate fi considerat ca aparținând unui tuberculom al conjunctivei bulbare. În cazul studiat mai sus, origina endogenă a leziunii pare verosimilă, deși examenul general al bolnavului nu a evidențiat nici o leziune tuberculoasă viscerală. Lipsa adenopatiei regionale, care însoțește constant tuberculozele exogene ca și faptul clinic că tuberculoza miliară endogenă iriană apare deseori neînsoțită de leziuni tuberculoase viscerale observate în cazul nostru, întărește această ipoteză.

Infecțiunea tuberculoasă endogenă a conjunctivei se realizează pe două căi și anume: a) infecția conjunctivei palpebrale pe calea arterei faciale, a arterelor palpebrale și a arterelor conjunctivale posterioare, b) iar aceia a conjunctivei bulbare pe calea arterei oftalmice, a arterelor ciliare anterioare și a arterelor conjunctivale anterioare.

Arterele conjunctivale anterioare și posterioare, prin calibrul lor fin, prin desprinderea lor aproape în unghiul drept din arterele ciliare anterioare și din arterele palpebrale, constituiesc elemente anatomice favorizante ale fixării embolilor bacilari, atât la nivelul conjunctivei limbice și la inserția sclerală a tendoanelor mușchilor dreapți, cât și la nivelul conjunctivelor palpebrale.

CONCLUZIUNI.

1. Tuberculomul conjunctivei bulbare este o afecțiune extrem de rară.

2. El poate apare la toate vârstele, în literatură fiind semnalat între 4—74 ani.

3. Tuberculomul conj. bulbare apare sub trei aspecte clinice:

a) ca o neoformațiune cu suprafața mamelonată proeminând în vecinătatea limbului.

b) ca puncte izolate așezate în partea nazală sau temporală.

c) ca un inel în jurul limbului.

4. Tuberculomul conj. bulb. poate evolua simultan cu alte manifestațiuni tuberculoase locale sau generale.

5. Diagnosticul clinic al tuberculomului prezintă mari dificultăți deși examenul biomicroscopic introdus recent în clinică ușurează mult acest diagnostic.

6. Tuberculomul conj. bulbare este o fbc. produsă pe cale endogenă.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:

ss. Prof. Dr. D. MICHAIL

Decanul Facultății:

ss. Prof. Dr. D. MICHAIL

BIBLIOGRAFIE.

1. Aimet: Sur la tuberculose de la conjunctive oculaire.
2. Aurand: Double tbc. conj. ulcéreuse consecutive à une tbc. rhino-lacrurale suivie de tbc. rénale et de mort. La clinique d'Ophthalm. 1926.
3. Bruckner: Étude histologique et perméabilité de la conj. aux. bac. tbc. Annales d'Oculist. 1929.
4. Calmette: L'infection bacillaire et la tuberculose.
5. Chaillous: Du diagnostic de la conj. Parinaud avec la tbc. de la conj. Buletins et Mem. de la soc. Fr. d'Ophthalm.
6. Fuchs: Tbc. conj. Soc. de sciences med. de Vienne 1886.
7. Gayet: De la tbc. de l'Oeil Arch. f. Opht. 1885.
8. Haab: De la tbc. de l'Oeil Arch. f. Opht. 1879 XXV.
9. Lagrange et Valude: Enciclopédie française d'Opht.
10. Lafon: Annal. d'Oculist.
11. Michail: Tratat de oftalmologie.
12. Michail: Clujul medical 1920.
13. Moauro: Tuberculose de la conjunctive bulbaire.
14. R. Krämer: Das Tuberkulom der Conjunctive bulbi und seine diagnostischen Schwierigkeiten.
15. ä. Guzmán: Über epibulbäre Tuberkulose. A. 1913, XXIX.
16. W. Reis: Primäre Tuberkulose der conj. bulbi.
17. Valude: Archiv. d'opht. 1889.
18. Vancea: Tbc. conj. primitivă postraumatică.
19. Villard: Ann. d'oculist TC. XXX.
20. Verrey: Tbc. prim. de conj. Annales d'oculist. XCVII.
21. Armaignac: Annales d'oculist. 1897.



