

UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I.“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 1366

Studiu statistic
asupra
iridociclitelor cu privire
la etiologia lor



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE FEBR. 1939.

DE
VARGA ÁRPÁD

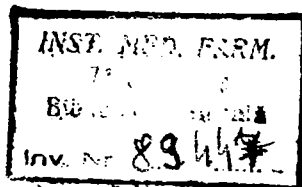
Studiu statistic
asupra
iridociclitelor cu privire
la etiologia lor



TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE FEBR. 1939.

DE
VARGA ȆRPĂD

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : D-nul Prof. I. Drăgotu

Profesori :

Clinica stomatologică.....	Prof.	Dr.	Aieman I.
Bacteriologie	"	"	Baroni V.
Fiziologia umană	"	"	Benetato G.
Fizică	conf.	"	Bărbulescu N.
Istoria medicinei	Prof	"	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	"	"	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	"	"	Buzolanu Gh.
Istologia și embriologia umană	"	"	Drăgotu I.
Semiologia medicală	"	"	Gota I.
Clinica ginecologică și obstetricală	"	"	Griqortu C.
Clinica medicală	"	"	Hașteganu I.
Medicina legală	"	"	Kenbach M.
Clinica oftalmologică	"	"	Michall D.
Clinica neurologică	"	"	Minea I.
Igiena și Igiena socială	"	"	Moldovan I.
Chimia biologică	"	"	Manta I.
Radiologia medicală	"	"	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	"	"	Patitan V.
Clinica chirurgicală)	"	"	Pop A.
Medicina operatorie)	"	"	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	"	"	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia	supl.	"	Stuza M.
Balneologia	Prof.	"	Secăreanu S.
Chimia	"	"	Tătaru C.
Clinica dermato venerică	"	"	Țeposu E.
Clinica urologică	"	"	Urechta C.
Clinica psihiatrică	"	"	Vasiltu Titu
Anatomia patologică	"	"	Racoviță E.
Biologia generală	"	"	

JURIUL DE PROMOȚIE :

<i>Președinte :</i>	D-l Profesor Dr.	D. Michall
<i>Membrii :</i>	{	" " " M Kernbach
		" " " V. Bologa
		" " " M. Sturxa
		" " " C. Tataru
<i>Supleant :</i>	D-l Doc. Dr.	P. Vancea

CAP I.

Studiul iridociclitelor dă o indicație prețioasă asupra prognosticului acestor afecțiuni. Sub iridociclite înțelegem afecțiunile inflamatorii ale irisului și ale corpului ciliar. Segmentul anterior al tractusului uveal, irisul și corpul ciliar sunt în general în același timp atinși de procesul inflamator. Inflamația localizată numai la corpul ciliar e foarte rară. În iritele acute mai în todeauna e interesat și corpul ciliar. Foarte des chiar și choroïda participă la inflamațiile mai violente și astfel se produce o inflamație a întregii membrane vasculare al globului ocular. Deci nu se poate studia separat capitolul iritelor de cel al ciclitelor, ci numai împreună, sub denumirea de iridociclite.

Irisul este partea anterioară a uveei, este o membrană perforată cu diam. de 11 mm. ce joacă rolul unui diafragm cu atribuțiunea de a concentra razele luminoase în zona optică. Această membrană desparte camera anterioară de cea posterioară. Are culoare variabilă după grosimea ei cât și după bogăția pigmentară. Fața anterioară este cea colorată și are aspect catifelat din cauza cutelor de contracțiune cari sunt mai pronunțate în zona centrală sau pupilară pe când în zona periferică sau zona ciliară predomină criptele ciliare. Fața posterioară este neagră cu strițiuni radiate.

Marginea internă formează pupila, cea externă se continuă cu corpul ciliar. Linia de demarcațiune între aceste două segmente o formează unghiul cilio-irian. Ca structură istologică este formată dintr'un endotelium ante-

rior, care acoperă stroma ce cuprinde cromatoforele, celulele grămezi, vasele și sfîneterul irian și dintr'un epiteliu posterior ce are un strat musculo epitelial (fibrele dilatatoare) și un strat epitelial.

Corpul ciliar este partea cea mai groasă a membranei uveale datorit mușchiului ciliar și proceselor ciliare. Este și el de aspect inelar și se întinde dela rădăcina irisului până la equatorul ochiului. Are formă triunghiulară cu o față irină, una sclerală și o față vitreană. Partea anterioară este formată din procesele ciliare în număr de 70-80, partea posterioară este plană. Istologic este format din lamina fusca sub care se află mușchiul ciliar, pe urmă vine stroma ciliară, după care urmează membrana vitreoaasă, care este acoperită de epeliul ciliar. Acest epeliu are două straturi, unul pigmentar și celălalt format din celule clore.

Vasele irisului și ale corpului ciliar provin din arterele ciliare lungi posterioare și arterele ciliare scurte anterioare. Nervii sunt motori și senzitivi, cei dilatatori provin din simpaticul cervical alături de cei vasomotori, cei constrictori provin din parasimpatic. Nervii senzitivi îi aparțin ramurei oftalmice al trigemenului.

Corpul ciliar are rol glandular, rol optic, static, nutritiv și neuroprotector. Corpul ciliar secretă umorul apos, care are diferite căi de filtrație: înainte prin canalul lui Schlemm, prin venele feței anterioare a irisului și corpului ciliar, în mijloc, în jurul vaselor suprachoroide, înapoi prin canalul lui Schilling și spațiile perivascularare al nervului optic.

După etiologia lor avem iridociclite de origine exogenă și iridociclite de origine endogenă. Cele exogene sunt datorite traumatismelor, plăgilor operatorii, corpurilor străini (plăgi penetrante) și ulcerelor corneene. În această categorie distingem infecții supurative cauzate de piogeni: pneumococ, streptococ etc. și infecții cu o evoluție mai

puțin rapidă cu exudat plastic, unde micro-organismul ne e necunoscut, însă caracterele clinice sunt susceptibile de a se transmite la celălalt ochiu dând loc leziunii analage (așa zisa oftalmia simpatică a lui Mackenzie).

Afecțiunile traumatice ale irisului și procesului ciliar sunt de două feluri: 1 afecțiuni cauzate prin contuzia globului ocular și 2 afecțiuni prin plăgi penetrante. Primele au importanță scăzută fiind aseptice și cauzează numai turburări ale vederii, fără alt pericol mai grav. Constau în iridodializa respectiv ciclodializa rupturi radiate ale irisului, colobomul ciliar traumatic, răsfrângerea irisului și emoragiile corpului ciliar. Cele prin plăgi penetrante au importanță covârșitoare, căci prognosticul lor devine grav îndată ce capsula este perforată. Prin acțiunea directă a traumatismului se produce prolapsul irian adică proeminența irisului printr'o plagă traumatică, operatorie eventual ulcerativă a corneei sau a limbului cornean.

Astfel putem avea numai ciupirea sau un grad mai intens hernia sau prolapsul irisului, care ia aspectul unui cap de muscă. Ca o consecință a acestei leziuni avem infecția secundară și glaucomul secundar Prin plăgile traumatice pătrund în interiorul ochiului agenții infecțioși cât și toxinele lor și dau iridociclita supurată infecțioasă primitivă, când însă pătrund pe lângă un prolaps irian sau printr'un ulcer cornean cauzat de o conjunctivită gravă pneumo sau streptococică, eventual în urma arsurilor, avem iridociclitele supurate secundare.

Prin aceste plăgi traumatice de multe ori pătrund în interiorul ochiului diferiți corpi streini (cili, cărbune, praf de pușcă, pudră, fier, etc.) cari pot cauza reacții diferite din partea irisului. Astfel un cil prin implantarea lui poate da naștere unui chist perlat al irisului, sau prin implantarea unui fragment cherato conjunctival se poate produce un chist seros la nivelul irisului. Din cauza micilor fragmente de fier disolvate și oxidate se produce sideroza irisului — adică colorația ruginică

mai ales în zona pupilară — care alături de iridociclite produce cataractă și pigmentația retinei, ducând în cele din urmă la atrofia progresivă a ochiului.

Iridociclita se desvoltă cu atât mai ușor cu cât plaga este mai întinsă și cu cât este mai interesat corpul ciliar, ori dacă o parte a corpului vulnerant rămâne în ochi. Diagnosticul prezenței unui corp străin în ochiul afectat de iridociclita se diagnostică dificil. Trei semne mai importante cunoaștem pentru aceasta: 1. persistența injecției pericheratice și a durerii, 2. sensibilitatea corpului ciliar la palpare într'un punct circumscris, 3. exagerația și persistența presiunii intraoculare, care persistă până volumul ochiului se reduce în mod vizibil. Este foarte rar, ca acești corpi străini să se inchisteze, dar chiar și inchistați sunt un pericol permanent pentru ochi, putând produce în orice moment inflamația organului, uneori după un timp îndelungat de latență.

Iridociclitele postoperatorii sunt datorite agenților patogeni, ce pătrund în interiorul organului în timpul sau după operație. După Orloff patogenia se explică însă printr'o infecție endogenă, hemosporice, care găsește teren favorabil în resturile cristaliniene. Pe lângă aceste cazuri mai sunt și iridociclite toxice datorite acțiunii toxice a lichidelor intaretiniene. Aceasta intoxicare a lichidelor intra oculare s'ar datori acțiunii toxice a masei cristaliniene rămase după diverse operații de cataractă și venirii lor în contact cu țesutul irian. Rădicarea acestor mase cristaliniene este metoda cea mai bună de a preveni iridociclitele postoperatorii toxice.

Între iridociclite de origine externă mai numărăm și cele cauzate de perii omizilor cari dau așa zisa oftalmie nodulară. Perii omizilor ajungând în interiorul membranelor cauzează noduli miliari roșii cenușii și în cele din urmă duc la atrofia globului.

Simptomele iridociclitei traumatice sunt: durerea la partea superioară a orbitei cu exacerbație nocturnă, edemul pleoapei superioare, chemozis inflamator, infiltrația marginilor plăgii, ipopion, fotofobie și lăcrămare. În aceste cazuri suferința irisului precedă suferinței corpului ciliar, dar în curând se atașează și semnele ciclitei, care sunt durerea ciliară nocturnă, precipitate de descemetită, exudate fibroase retrocrystaliniene și modificările tonusului. Apare membrana ciclitică și pupila se colorează în galben cenușiu.

Agentul cauzal în cele mai multe cazuri este pneumococul de a cărui virulență depinde evoluția bolii — așa că putem avea infiltrația numai a polului anterior sau și a polului posterior.

Iridociclitele endogene sunt cauzate de diferiți agenți infecțioși, cari provin din sângele infectat. La aceste cazuri avem o infecție generală cu localizare oculară. Pot fi cauzate de agenții specifici cât și de alte afecțiuni nespecifice, când avem așa zisele oftalmii metastatice. Spre deosebire de cele traumatice cari evoluează mai mult acut sau subacut aceste iridociclite evoluează mai mult subacut sau cronic. Toate aceste infecții dau leziunea inflamatorie caracteristică a irisului și a corpului ciliar cu simptomatologia aproape identică. Aceste iridociclite endogene se caracterizează prin dureri la partea superioară a orbitei cu exacerbație nocturnă, printr'o injecție perichetrică profundă, prin schimbarea culoarei irisului din cauza edemului, hiperemiei și alterațiilor pigmentare. Relieful irisului devine omogen, din cauza spasmului sfincterian avem mioză și miopie funcțională. Găsim fotofobie, blefarospasm și lăcrimare. Exudatul care se produce poate da ocluzia pupilei, iar inflamația și exudatul fibrinos pot duce la sinechiile iriene cele mai variabile; astfel se pot produc sinechii localizate, dințate, inelare (secluzia pupilei) pu'ând realiza așa zisul iris în tomată

sau iris în pâlnie. Sinechia iriană periferică duce la glaucom secundar. Procesul inflamator însă nu rămâne localizat numai la iris și procesul ciliar, ci de multe ori avem o reacție din partea endoteliului cornean propagată dela endoteliul irian (monticuli) ori o cataractă capsulară plecată tot dela inflamația membranei vasculare.

Propagarea inflamației poate cauza un microabces al vitrosului, edem al coroidei cu sau fără depigmentație și poate da chiar edem al papilei. Poate duce la panoftalmie, în cazul însă când inflamația este mai atenuată se formează un țesut scleros ce micșorează globul ocular. Acest țesut fibros se organizează în vitros.

Iridociclitele specifice prezintă alături de semnele tipice al iridocic'itei endogene anumite semne, cari ușurează diagnosticul. Astfel iridociclitele sifilitice, cari apar în formele grave ale luesului, în perioada secundară pot lua aspectul descris mai sus, dar au și forme specifice cum este iridociclita papuloasă când găsim noduli irieni inflamatorii — așa numitele condilome iriene, sau cum este forma gomoasă. Gomele iriene localizate la zona pupilară au formă emisferică, pe când cele localizate la zona ciliară au formă ovoidă. Papulele sunt roșii cărămizii pe când gomele sunt gălbuie, cenușii. Prin rezorbția acestor noduli se produc sinechiile posterioare cele mai bizare. Gomele se află atât în iris cât și în corpul ciliar. Iridociclitele difuze cronice au evoluția lungă cu faze de amelioare, se produc exudate fibrinoase mai mult sau mai puțin accentuate, produc glaucom secundar. Evoluiază cu suferința coroidei. Aceste formeluetice dau foarte des infiltrația corneei, uneori sunt însoțite de erupțiuni flictenulare limbică sau dă o sclerită. Deseori produc choroidită anterioară, turburări ale vitrosului, uneori retinite exudative sau chiar deslipire de retină. S'au semnalat și papilite, atrofia nervului optic cât și nevrită retrobulbară.

Iridociclitele tuberculoase de obicei sunt unilaterale la început, pe urmă devin bilaterale. Sunt de aspect variat, pot fi difuze și nodulare și evoluziază succesiv trecând prin procesul de irită iridociclită, iridocicloidită spre cecitate. Tuberculoza miliară a irisului și a corpului ciliar începe tot prin iridociclită difuză, dar în curând se formează noduli cenușii pe fața anterioară a irisului, granulele se înmulțesc și ating toată membrana vasculară provocând scăderea progresivă a vederii. Tuberculul irian conglomerat nu este decât o tuberculoză iriana confluentă, o formă ulcero cavernoasă perforantă, care se începe ca o irită torpidă, nodulul, care se formează aproape de unghiul de filtrație a camerei anterioare, mărindu-se în mod progresiv, atinge atât cornea cât și corpul ciliar. Se produce ipema și ipopion ca zeos alături de hipertonie oculară și în cele din urmă se ajunge la perforația globului ocular.

Iridociclitele leproase la început au aspect difuz ca și cele sifilitice și tuberculoase, mai târziu se formează leproamele miliare ori un leprom solitar. De obicei coexistă cu leziuni cutanate și nervoase.

Iridociclitele blenorașice apar simultan cu localizările articulare și au tendință la recidivă, tot așa cele reumatismale ce însoțesc reumatismul poliarticular acut. S'au văzut iridociclite în infecțiuni focale (afecțiuni sinusale) și s'au semnalat în septicemii streptococice și pneumococice. Așa este cazul publicat de Pandelesco unde a apărut o iridociclită în plină sănătate urmată după 15 zile de o pneumonie lobară. După vindecarea pneumoniei s'a ameliorat și leziunea oculară.

S'au semnalat iridociclite în sporotrichoză concomitent cu leziunile cutanate, s'au publicat iridociclite cari au apărut în recidivele febrei recurente, în boala lui Wei, în cursul unei bronșite acute, în disenterie. Sunt destul de frecvente iridociclitele de proveniență intestinală, când

ar fi o infecție metastatică cu coli sau după alții o iridociclită toxică în urma autointoxicației intestinale. S'au semnalat iridociclite recidivante în legătură cu diareile cronice, tot așa în legătură cu suferința vezicii biliare. Iridociclitele metastatice mai rare sunt cele gripale, cari au debut brusc și evoluție acută, cele a oreillonului, a tripanosomiazii cele din tifosul exantematic, din variolă, angine stafilococice. Sunt extrem de rare cele gutoase (foarte dureroase) și diabetice. S'au semnalat iridociclite în săptămâna treia a febrei tifoide, — a reușit de altfel și producerea experimentală a iridociclitelor prin inocularea intraoculară la epuri, cobai și măgar a virusului murin și a tifosului exantematic.

S'au semnalat iridociclite malarice, cari se vindecă prompt prin chinizare, s'au semnalat iridociclite recidivante cari erau în legătură cu o flebită latentă și s'au mai semnalat iridociclite grave bilaterale în timpul gravidității — în ultimele luni, înainte de naștere.

Sunt iridociclite cari apar în urma unor leziuni nervoase, astfel sunt cazuri publicate în urma unei alterații ale nervului trigemen, un alt caz provocat de suferința simpaticului care s'a și vindecat prin autohemoterapie.

Iridociclitele subacute joacă un rol foarte mare în producerea hipertensiunii intraoculare. Pot da un tablou clinic ce se diferențiază foarte greu de glaucom primitiv, însă printr'un examen minuțios se descoperă cauza. Bolnavii cel mai des se prezintă pentru o singură pân-gere subiectivă, ce le-a apărut brusc; scăderea progresivă și constantă a acuității vizuale. Turburările apar de obicei dimineața sub formă de arsuri ce dispar în cursul zilei. Aceasta stare sementine dela 15 zile până la o lună; mai târziu arsura devine tot mai perzistentă și apar cercurile oculare caracteristice. În acest studiu avem deja și dureri periorbitare și orbitare dar fotofolie și lacrimare nu avem. Există însă o injecție perichera-

tică, dar conjunctiva își păstrează culoarea albă gălbue. Irisul este infiltrat, marginea pupilară prezintă ușoară sinechi vizibilă după dilatație cu atropină. Când ciclita e pură irisul deseori este normal. Uneori corneea prezintă precipitate pe fața sa posterioară, uneori în cantitate foarte mare. Precipitatele se localizează în fața orificiului pupilar. Cel mai des iau formă triunghiulară și se așează în partea inferioară a corneei, însă pot să fie localizate exact în fața orificiului pupilar.

Din punct de vedere clinic avem iridociclite acute subacute și cronice. Simptomele iridociclitei acute au fost mai sus descrise și sunt de origină traumatică sau supurate metastatice. Iridociclitele subacute evoluează cu reacții mai atenuate, însă cu accidente glaucomatoase și cu pericolul oftalmiei simpatice, care se produce destul de frecvent (adică se produce iridociclita subacută gravă la ochiul sănătos transmis dela celălalt ochi cu iridociclita traumatică).

Forma cronică a iridociclitelor produce scăderea progresivă a vederii. Există o formă de ciclita cronică fără irită, care evoluează cu fenomene foarte atenuate, însă produce scăderea progresivă a vederii. Evoluează cu precipitate fine de descemetită și câte odată cu turburarea vitrosului. În aceste cazuri trebuie exclus glaucomul primitiv la care însă nu găsim precipitate corneene și nici exudat pupilar.

Iridociclitele mai pot fi împărțite în primitive și secundare. Toate cele descrise sunt secundare, cele primitive sunt mai frecvente la femei decât la bărbați. La ele este intru câtva în raport cu debutul și cu încetarea ovulației. Forma seroasă se găsește mai ales între 14—16 ani, forma mixtă între 18—50 ani și forma plastică la femei în menopauză. Turburările de menstruație la unele femei produc agravarea iridociclitelor.

Trebuie să menționez iridociclitele congenitale, cari sunt extrem de rare. S'au întâlnit în sifilis congenital

sub formă de iridociclite difuze purulente și s'au pus în evidență spirocheți în lichidul de puncțiune al camerei anterioare (Rosenstein). În contradicție cu aceste cazuri Mayer admite numai tuberculoza, ca factor etiologic în iridociclitele congenitale excludând sifilisul.

Prognosticul iridociclitelor în general este rezervat. Dacă luăm pe rând toate formele, ne putem orienta mai precis. Prognosticul iritelor supurate toxice este destul de bun, formele ușoare se rezorb în întregime, cele grave sunt înlocuite cu un țesut fibros cicatricial, care în cele din urmă duce la atrofia irisului și a corpului ciliar. Prognosticul iridociclitelor supurate este rezervat. Când percepția și proiecția luminoasă este păstrată, operațiile ulterioare pot ajuta, când au dispărut acestea, prognosticul este grav. În toate aceste cazuri există pericolul oftalmiei simpatice. Prognosticul iridociclitelor sifilitice în general este bun, căci aceste forme se vindecă însă sunt expuse la recidive și precedă de multe ori sifilisul nervos. Aceste forme apar în perioada secundară — după Morax chiar la prima generalizare, în anii de după șancrul inițial și dacă sunt bine tratate dispar definitiv.

La iridociclite tuberculoase prognosticul este grav, sub 10 ani și viața este în pericol, căci poate să producă meningită tuberculoasă, mai târziu este vizual grav, căci produce scăderea progresivă și în cele din urmă pierderea vederii.

Iridociclitele leproase, încă au un prognostic grav, căci produc pierderea vederii.

La alte iridociclite de origine endogenă prognosticul este bun, astfel cele din septicemiile pneumococice se vindecă în 2—3 săptămâni, cele de origine intestinală se vindecă tot așa, cele paludice, cele reumatismale, cele blenoragice etc. reacționează la tratament și se vindecă în scurt timp.

Deci iridociclitele acute supurate pot cauza pierderea vederii și a ochiului, cele subacute produc glaucom

și cele cronice scăderea progresivă a vederii. În caz de iridociclită cu ipotonie avem o circumstanță agravantă.

După Marax prognosticul iridociclitelor în general e grav, sunt cazuri unde bolnavul se vindecă complet; însă la complicațiuni și la redeșteptarea bolii trebuie să contăm în totdeauna.

În acele cazuri unde etiologia iridociclitelor ne este necunoscută să presupunem origina tuberculoasă și să facem un prognostic rezervat. (Terrien).

Tratamentul iridociclitelor este variabil. Când avem de a face cu un traumatism, care a cauzat prolapsul irian, în primele 2—3 ore se face reducerea în camera anterioară cu ajutorul unei spatule și se aplică pilocarpină și pansament oclisiv. După 3 ore dela accident se face rezeția porțiunii prolapse cu galvanocauter și acoperire conjunctivală, și se aplică atropină. Când avem corpi străini, trebuie să-i extragem și pe urmă aplicăm atropină și pansament. Fragmentele de fier se extrag cu electromagnet. În cazuri de consecințe tardive ale traumatismelor, când s'a produs un chist seros ori un chist perlat, facem extirparea acestora prin cheratotomie laterală

Tratamentul iritelor supurate toxice este etiologic, și local, ca la cele supurate infecțioase, unde se face aseptizarea sacului conjunctival prin spălături și instilații, injecție subconjunctivală de cianură de mercur și termofore. Intredeschiderea buzelor plăgii este necesară pentru a permite drenarea puroiului. Când infecția se propagă la polul posterior, se face enucleația. Se face și un tratament general, galactoterapie, antinevralgice și ca tratament paraspecific ser antidifteric.

Iridociclitele endogene se tratează în general prin midriatice (atropină) antinevralgice (dionină, antipirină), termoterapia oculară, sângerări de vecinătate, cură de sudație, (1 ctg. pilocarpină) proteinoterapie. Tratamentul

chirurgical se referă la complicații. În glaucom secundar se face paraçenteza camerei anterioare, transfixia irisului, iridectomia antiglaucomatoasă, iridocapsulectomia — în ultimul caz enclleația.

Iridociclitele sifilitice au un tratament local simptomatic ca și la toate iridociclitele endogene și un tratament general antisifilitic. În special preparatele arsenicale și cele mercuriale sunt de recomandat.

Iridociclitele tuberculoase tot așa au un tratament local și general. Ca tratament general se recomandă roborante, repaos, cura de aer, supraalimentație etc. ca tratament local este o terapie specifică cu tuberculină, sau cu emulsie de bacili, care dă rezultate frumoase mai ales dacă se fac concomitent și injecții de lapte. În inflamații acute se folosesc doze mici de tuberculină — fără să dea reacțiuni considerabile (Kahann). În inflamații cronice se dau doze mai mari. După cercetările mai noi autohemoterapia în camera anterioară ar da rezultate excelente. Se poate face și un tratament local nespecific medicamentos — se mai recomandă radioterapia. Cuervo aplică în iridociclite tuberculoase și sifilitice un tratament preconizat de el, care constă în administrarea zilnică timp de 3 zile a zece cc gluconat de Ca + 10 cc electargol. A patra zi aplică un purgativ. Mai administrează săptămânal 5 ctgr aur, timp de cinci săptămâni. Kessler publică rezultatul obținut cu allocrysină la 27 bolnavi — cari s'au ameliorat simțitor. El dă total 3—5 gr. aur, și dozele, cari se dau la intervale de 5—7 zile, se urcă treptat dela 0,05—0,20. Tratamentul chirurgical este indicat în caz de afecțiuni localizate și constă în excizii iriene parțiale.

În caz de iridociclite leproase facem un tratament local, ca mai sus și un tratament general cu oleu de chalmogra. În caz de iridociclite blenoragice facem un tratament specific cu vaccin antigonococic și un tratament local simptomatic. Când bănuim reumatismul aplicăm un

tratament cu salicilat, în caz de iridociclite malarice obținem rezultat prompt prin chinizare. Când iridociclita este de origine intestinală aplicăm regim desinfectant, autovaccin sau injecție de lapte și obținem rezultatul dorit.

Tratamentul iridociclitelor cu hipertensiune constă, după Pascalin în administrarea regulată a atropinei și în puncțiuni corneene.

Tratamentul chirurgical al iridociclitelor în general este rar indicat. După Fuchs nu se intervine decât în trei cazuri: 1 spre a face o breșă optică, 2. când avem o scădere pronunțată a tensiunii. 3. în caz de accidente glaucomatoase.



CAP. II.

Iridociclitele sunt afecțiuni destul de frecvente. În Clinica Oftalmologică din Cluj din 1920 până azi au fost următoarele cazuri:

Cazurile de iridociclite pe an dela 1920—1938.

A n i	No. total	No. cazuri lor de iridociclite	Expri-mat in %	No. cazuri-lor irită	Expri-mat in %	No. total al cazuri-lor de irite + ndocic-lite	Expri-mat in %
1920	803	17	2.10	9	1.10	26	3.20
1921	730	17	2.32	8	1.09	25	3.41
1922	747	26	3.48	14	1.87	40	5.35
1923	853	18	2.11	9	1.05	27	3.16
1924	782	16	2.04	10	1.27	26	3.31
1925	735	20	2.72	8	1.08	28	3.80
1926	732	29	3.96	8	1.09	37	5.05
1927	610	19	3.11	8	1.31	27	4.42
1928	698	24	3.43	13	1.72	37	5.15
1929	657	26	3.95	2	0.30	28	4.25
1930	657	27	4.10	4	0.60	31	4.70
1931	533	15	2.81	6	1.12	21	3.93
1932	566	17	3.00	5	0.88	22	3.88
1933	277	3	1.08	2	0.72	5	1.80
1934	533	22	4.11	6	1.12	28	5.23
1935	652	21	3.22	7	1.07	28	4.29
1936	830	35	4.21	8	0.96	43	5.17
1937	905	25	2.70	12	1.32	37	5.02
1938	914	46	5.03	10	1.09	56	6.12
Total 423		Total 149		Total 572			

Din acest tablou reese, că procentul iridociclitelor variază între 2% și 5%, adică avem de a face cu o afecțiune importantă a cărei etiologie necesită un studiu detaliat. În acești 19 ani în Clinica Oftalmologică din Cluj au fost tratați 423 bolnavi cu iridociclită și 149 bolnavi cu irită. Întrucât aceste afecțiuni reprezintă numai două etape în evoluția inflamatorie a membranei vasculare al ochiului — cu o etiologie comună — le studiam împreună.

Clasificarea cazurilor după sex.

Anii	Iridociclite — Irite			
	Bărb	Femei	Bărb.	Femei
1920	12	5	6	3
1921	11	6	5	3
1922	17	9	12	2
1923	12	6	7	2
1924	11	5	6	4
1925	15	5	6	2
1926	18	11	5	3
1927	16	3	7	1
1928	16	8	11	2
1929	20	6	2	—
1930	19	8	1	3
1931	14	1	6	—
1932	10	7	5	—
1933	1	2	2	—
1934	14	8	5	1
1935	17	4	6	1
1936	25	10	7	1
1937	18	7	9	3
1938	36	10	8	1
Total	302	121	116	33

Exprimând în procente, iridociclitele sunt cu mult mai frecvente la bărbați — 71.394% — decât la femei — 28.61% tot așa și iritele sunt 77.85% la bărbați, pe când la femei sunt reprezentate numai prin 22.15%.

Acest lucru este natural luând în considerare frecvența preponderentă a traumatismelor, deci a infecțiilor exogene la cari mult mai expuși sunt bărbații prin munca lor.

Clasificarea cazurilor după vârstă

Anii	No. cazurilor de iridociclită	Exprimat în %	No cazurilor de irită	Exprimat în %	No. total de iridocicliă + irită
0- 1	1	0,23	0	0	1
1-10	23	5,43	5	3,35	28
10-20	54	12,76	14	9,39	68
20-30	89	21,04	37	24,83	126
30-40	85	20,09	51	34,22	136
40-50	76	17,99	26	17,45	102
50-60	46	10,87	9	6,04	55
60-70	32	7,56	4	2,68	36
70-80	16	3,78	3	2,01	19
80-90	1	0,23	0	0	1
Total: 423		Total: 149		Total: 572	

Cazurile de iridociclite sunt mai frecvente între 20 și 40 ani din cauza că puterea de muncă a bărbaților este la apogeu în această vârstă și sunt mai expuși, atât la accidente, cât și la infecții cari pot cauza septicemii și iridociclite endogene. Frecvența cazurilor scade cu vârsta, mai mărită între 40—50 anii scade cu incetul dar se mai întâlnește și după 80 ani. La nou născut este extrem de rară această afecțiune, de obicei este congenitală. În acești 19 ani prelucrați era un singur caz, o fetița de cinci săptămâni, care prezenta o iridocicliă subacută cu exudate și aderențe și care era luetică. Reacția Wasserman era negativă la fetiță, dar întens pozitivă la mama, care era sub tratament. La copii până zece ani nu este frecvență — din cele 23 cazuri, cari au survenit timp de 19 ani, 14 sunt de origine traumatică din cauză neindemnării și jocurilor de copii, între 10—20 ani frecvența se urcă simțitor spre a-și ajunge culmea între 20 și 40 ani.

Clasificarea cazurilor după profesie:

muncitor	75	fochist	9
plugar	112	frânar	7
casnică	91	hornar	8
copil	19	fierar	7
elev	15	măcelar	4
student	8	preot	2
funcționar	18	păstor	2
CFR (muncitor)	22	servitor	6
CFR (impiegat)	8	birjar	5
invățător	8	vopsitor	4
asistent univ. . .	2	hamal	3
judecător	3	laborant	2
șef de atelier . .	4	portar	2
notar	5	artist	3
pensionar	3	comisar	2
invalid d. r. . . .	2	zugrav	3
pantofar	12	instalator	2
mecanic	13	brutar	3
lăcățus	8	croitor	4
ucenic, calfă . . .	6	șofer	2
comerciant	11	băiaș	1
strungar	7	picher	2
turnător de fier	9	chelneriță	2
		cerșitor	2
Total: 572			

Iridocitele sunt mai frecvente la plugari (economi), cari dau 19,58% din totalul cazurilor. In ordinea frecvenței urmează casnicele cu 15,90%, muncitorii (zileri) cu 13,11% muncitorii la căile ferate cu 4.02%, copiii cu 3.49% funcționarii cu 3.14%, elevii cu 2.62 și urmează rândul meseriașilor, cari dau un procent mai scăzut de 2%. Peste acest procent este cel al lăcătușilor și mecanicilor, cari dau 2.27% respectiv 2.27% de iridociclite. Frecvența cazurilor e mai mare la cei expuși la traumatisme și penetrarea corpurilor vulneranți, astfel la fochiști turnători de fer, fierari, strungari, frânari, mineri, hornari etc. De altfel în general această afecțiune este mai frecventă la oameni simpli — țărani și meseriași, cari sunt mai expuși atât la traumatisme, cât și la diferite infecții, decât intelectualii.

Clasificarea cazurilor după etiologie.

Traumatism	153	Rino faringită	5	Bronșită cronică	3
Tuberculoză sigură . . .	45	Otită	5	Cistită cronică	2
Tuberculoză probabilă..	49	Afecțiuni dentare	10	Prostatită cronică . . .	4
Sifilis cogenital	1	Trachom . .	1	Ulcus rodens	2
Sifilis câștigat	50	Ulcer cornean	2	Diabet	2
Post operatorii	11	Blenoragie . .	13	Febră tifoidă	3
Reumatism . .	25	Nefroseloroză hipertensiune	5	Gripă	5
Sinuzită	13	Disenterie . .	3	Artrită	3
Rinită hipertrofică	4	Septicemii . .	5	Gastro-enterită	4
Deviație de sept	2	Amigdalite..	7	Fără etiologie prezentă	135
total :					572

Exprimat în %

Ttraumatism	26.74	Blenoragie	2.27
Tuberculoză sigură	7.86	Nefrecleroză hipertensiune ..	0.87
Tuberculoză probabilă.. . . .	8.56	Disenterie	0.52
Sifilis congenital ..	0.17	Amigdalite	1.22
Sifilis câștigat	3.74	Septicemii	0.07
Post operatorii ..	1.90	Bronșită cronică ..	0.52
Reumatism	4.36	Cistită cronică ..	0.34
Sinuzită	2.27	Prostatită cronică ..	0.69
Rinită hipertrofică	0.69	Ulcus redens	0.34
Deviație de sept ..	0.34	Diabet	0.34
Rino faringită cronică	0.87	Febră tifoidă	0.52
Otită	0.87	Gripă	0.87
Afecțiuni dentare ..	1.74	Artrită	0.52
Trachom	0.17	Gastro-enterită ..	0.69
Ulcer cornean	0.34	Fără etiologie prezentă	23.59

Cele mai multe cazuri sunt de origină traumatică. Aproximativ un sfert al tuturor cazurilor este de origină traumatică, deci externă, iar celelalte (3/4) treisferturi sunt metastatacice (origine internă). În ordinea frecvenței urmează tuberculoza, sifilisul, reumatismul și blenoragia. Ne asociem la afirmația lui Gimbett, care susține, că originea principală a iridociclitelor endogene este tuberculoza, sifilisul și septicemiile, dar menționăm im-

portanța reumatismului. Streptococul viridans agentul reumatismului probabil are o afinitate electivă pentru membrana vasculară a ochiului. Se găsește în focarele dentare sau amigdalene și se propagă pe cale hematică.

Reprezintă alături clasificările etiologice a iridociclitelor endogene observate la Clinica Oftalmologică din Brno (tab. I.) prelucrate de Kahann, și la Clinica Oftalmologică din Praga (Tab. II.) prelucrate de Hulla spre a ne orienta mai precis :

Tab. I. 233 cazuri de iridociclite endogene.

Tuberculoză sigură	61	26.4 %
Tuberculoză probabilă	54	23.4 „
Reumatism	42	12.1 „
Blenoragie	16	6.9 „
Sifilis	15	6.4 „
Hipertensiune nefroscleroză	7	2.8 „
Diabet	6	2.6 „
Neirită	3	1.2 „
Sinusită	2	0.8 „
Apendecită cronică	1	0.4 „
Artrită	1	0.4 „
Fără etiologie	25	10.7 „
Boala e mai frecventă la bărbați decât la femei.		

logie sunt mai frecvent. Probabil aici avem de a face cazul lui Terrier, căci după el în fiecare caz de iridociclită cu etiologie necunoscută trebuie să presupunem originea tuberculoasă. Evoluția ne clarifică mai târziu. La noi sunt frecvente iridociclitile cauzate de vre'o afecțiune focală, cari dau metastare iriene.

În ceea ce privește frecvența iridociclitelor tuberculose și sifilitice sunt mai frecvente la bărbați, decât la femei, din 45 cazuri de tuberculoză sigură 31 au fost bărbați și 14 femei, cea mai mare parte a survenit între 30 și 40 ani și puține cazuri în primii două zeci de ani.

Ca și acelaș raport arată și Knapova, când demonstrează, că iridociclitile tuberculoase reprezintă 44.59% din totalul iridociclitelor cu endogene și din acest procent 26.12% reprezintă bărbați și 18.46% femeile. Din acest procent de 44.59% jumătate erau leziuni unilaterale (21.12%) și jumătate erau bilaterale (23.43%).

La noi cele mai frecvente cazuri erau cele unilaterale.

Cunoașterea etiologiei iridociclitelor are o importanță covârșitoare din punct de vedere al prognosticului și al tratamentului. La stabilirea etiologiei joacă un rol decisiv probele de laborator și luarea antecedentelor cât se poate de conștiincioasă și detaliată.

Concluziuni.

1. Iridociclitele sunt afecțiuni destul de frecvente, procentul lor variază între 2% și 5%. În Clinica Oftalmologică din Cluj începând dela 1920 până în anul 1938 inclusiv au survenit 572 cazuri.

2. Această afecțiune este mai frecventă la bărbați 71·39%, pe când la femei abia de 28·61%, ceea ce este în raport cu frecvența accidentelor și a infecțiilor la cari sunt mai expuși bărbații.

3. Cazurile de iridociclită sunt mai frecvente între 20—40 ani — tocmai în anii de muncă fizică. Frecvența scade cu vârsta. Între 20—30 ani numărul iridociclitelor exprimat în procente este 21·04%, între 30—40 ani este 20·09%, între 40—50 ani este 17·99%, și de aici scade progresiv, dar totuși se mai întâlnește și peste 80 ani.

4. Iridociclitele sunt mai frecvente la plugari, cari dau 19·58% din totalul cazurilor. În ordinea frecvenței urmează casnicele cu 19·50%, muncitorii (zilerii) cu 13·11%, muncitorii la C. F. R. cu 4·02%, copii cu 3·49%, funcționarii cu 3·14%, elevii 6·62% și urmează rândul meseriașilor, cari dau un procent însemnat.

5. Etiologia iridociclitelor este variabilă. Se împart în exogene și endogene. Dintre cele exogene traumatismul e mai frecvent (26·74%) dintre cele endogene tuberculoza (16·42%), sifilisul (8·91%), reumatismul (4·19%) și blenoragia (2·27%) sunt mai frecvente, dar cele metastatice (septicemice) sunt tot atât de importante.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății de Medicină :

(ss) Prof. Dr. I. Drăgoiu

Președintele tezei :

(ss.) Prof. Dr. D. Michail

Bibliografie.

Adamantiodes: Les Iridocyclites toxiques provoqués par des masses cristalliniennes. Annales d'oculistique.

Axenfeld: Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde. 1921.

Bargy: Trois cas d'iridocyclite à tripanosomes. Archives d'Oftalmologie 1928.

Birger Malling Bergen; Iridocyclitis et glaucôm. Arch. d'Oftalmologie 1924.

Blanc: L'iridocyclite typique expérimentale. Arch. d'Oftalm.

Bogarož: De l'hypertension au cours de Iridocyclites Težã 1921.

Breck: Iridocyclite bilatérale grave suite de grossesse. Arch. d'Oft.

Carrère; Iridocyclite purulente récidivante. Arch. d'Oft.

Cuervo: Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des iridocyclites aiguës diffuses. Težã Paris 1937.

Fuchs: Traitement chirurgical de l'iridocyclite Arch. d'Oft. 1934.

Fledehins: Iridocyclite dans le maladie du Weil. Arch. d'Oft.

Fromeschetter et Straifft: Iridocyclite récidivante à la suite d'autointoxication intestinale. Annales d'oculistique.

- Gimbett: Rapport sur l'iridocyclite.
- Gilbert: Iridocyclite chronique et tbc de l'iris 1921.
- Huila: L'etiologie des iridocyclites. Annales d'occulistique 1933.
- Jiri Frantz: Iridocyclites sifilitiques.
- Johanson: Zur Athiologie der Iridocyclitis. Zeitschrift für Augenheilkunde 1937.
- Kahann: Iridocyclites endogenes 1931.
- Knapova: Iridocyclites tuberculeuses. Annales d'occulistique.
- Lagrange: Iridocyclitis et infection focale.
- Maria: Iridocyclite de type sympathique.
- Moreau: Le traitement des Iridocyclites tuberculeuses par l'autohemoterapie dans la chambre anterieure. Annales d'occ.
- Mati: Mon experience de la methode auto-hemotherapique dans les chambre anterieur dans les Iridocyclites.
- Mervos: Irită cronică în raport cu afecțiunea vezicii biliare.
- Mayer: Iridocyclite congenitale. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1930.
- Mihail: Tratat elementar de oftalmologie.
- Masquero: Iridocyclite paludique 1930.
- Morax: Précis d'oftalmologie 1921.
- Orloff: Etiologie de l'iridocyclite post operatoire.
- Pandulesco: Iridocyclite prepneumonique. Annales d'occ.
- Puşcariu: Deux caz d'iridocyclite suppuré d'origine grippale. Annales d'occ.
- Rosenstein: Siphilis du corp ciliere et iridocyclite purulente heredosiphilitique.
- Sedan: Sur deux cas d'iridocyclite suppuré d'origine grippale 1933.

Weekers : L'iridocyclite due à une lesion de trigmen. Arch. d'oft.

Worms et Pernie : Iridocyclite à rechutes d'origine intestinal.

Wecher et Landolt : Précis d'ophtalmologie.

Weingott : Patogenie, étiologie et traitement de l'iridocyclites glaucomateuses 1936. Arch. d'opht.

