

No. 1158

PTERYGIONUL

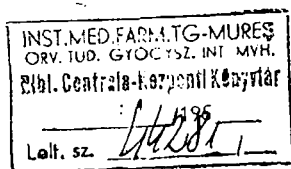
TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1 IULIE 1937.

DE

IULIU A. MUNTEANU



23 MAY 2005

1937

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

Decan : D-nul Prof. Dr. D. MICHAIL

Profesorii :

Clinica stomatologică.....	Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologie	„ „ <i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei	„ „ <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală.....	„ „ <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ <i>Buzotanu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	„ „ <i>Drăgotu I.</i>
Fiziologia umană	„ „ <i>Benetato G.</i>
Semiologia medicală	„ „ <i>Gota I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală.....	„ „ <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală.....	„ „ <i>Hașleganu 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>Papiltan V.</i>
Clinica chirurgicală)	
Medicina operatoare)	„ „ <i>Pop A.</i>
Clinica infantilă	„ „ <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl.).....	„ „ <i>Sturza M.</i>
Balneologia	„ „ <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	„ „ <i>Țeposu E.</i>
Clinica urologică	„ „ <i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	„ „ <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	„ „ <i>Vasiltu T.</i>
Anatomia patologică	„ „ <i>Vasiltu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : D-l Profesor Dr. D. Michail

Membrii :
{

„ „ „ Buzotanu Gh.
„ „ „ V. Bologa
„ „ „ Drăgotu I.
„ „ „ Papiltan V.

Supleant : D-l Doc. Dr. Gavrilă I.





Pterygionul

Definiție. Pterygionul este o producție patologică, de forma unei cute triunghiulare a conjunctivei bulbare al cărui vârf se întinde spre centrul corneei, iar baza se pierde în țesutul conjunctival bulbar a cutei semilunare.

Din cauza aspectului fin striat care-l face să se asemene cu aripa unei insecte, i s'a dat numele de pterygion.

De obicei apare bilateral, mai des de partea nasală a corneei, mai rar de partea temporală. În cazuri foarte rare apare de ambele părți ale corneei în același timp. La bărbați îl întâlnim mai frecvent și mai ales la adulți și bătrâni.

Istoric. Pterygionul îl găsim citat pentru prima dată în papirusul *Ebers din Theba*. *Celso* renumitul medic și filosof roman din timpul lui Augustus; apoi *Aetius* medic din Constantinopol, în secolul V, se ocupă cu tratamentul lui.

În secolul VII, savantul grec *Paul Egin* îl studiază și el. *Forestus* observând forma triunghiulară a pterygionului se exprimă în felul următor: *Non cooperit pterygium oculum nisi in forma sagitae*.

În vechime pterygionul era confundat cu panusul granulos, dar cel dintâi care a făcut diferențierea între panus și pterygion a fost *Chelius*. Secolul al XIX-lea aduce multe clarificări în domeniul etiologiei și patogeniei pterygionului.

Arlt crede că pentru apariția pterygionului prezența ulcerului corneean este strict necesară.

Horner pretinde necesitatea prezenței unei plnguicule în antecedente.

Goldzieher, după cercetări istologice neagă necesitatea ulcerului corneean.

În decursul vremurilor, pterygionul a purtat diferite numiri ca de ex: unguis, polypus oculi, sagitta, pinna.

Debut. Simptome. Evoluție

Debutul pterygionului este aproape neobservat, cu toate că uneori la locul de apariție se prezintă o ușoară conjunctivită bușbară, ce se întinde din unghiul intern al ochiului, pe o linie orizontală care merge la limbul corneean.

Această congestie a conjunctivei aduce după sine o lăcrimare ușoară produsă prin iritarea punctelor lacrimale. Bolnavul are senzația că i-a intrat un corp străin sub pleoape, sau simte o jenă oculară când trebuie să săvârșească lucruri delicate.

Aceste simptome de debut sunt foarte puțin supărătoare așa că în cele mai multe cazuri trec neobservate.

Privit din punct de vedere *obiectiv* pterygionul are forma unei membrane triunghiulare, cu o bază ce se confundă cu conjunctiva bulbară la nivelul cutei semilunare și un vârf ce se îndreaptă spre centrul corneei pe care uneori îl poate depăși. Vârful poate fi ascuțit ori bont și neregulat.

Partea pterygionului care precedă capul și care pare că prepară terenul de propagare, are aspectul unui cearcăn cenușiu, de consistență gelatinoasă și seamănă ca transparentă și culoare, țesutului corneean atins de leucom.

Această formație este ceea ce se numește *cearcănul de invazie* și se observă numai la pterygionul progresiv, lipsind la pterygionul staționar, al cărui vârf apare îngust și cu aspect cicatricial.

Pterygionul are două margini: una superioară și alta inferioară, separate printr'un șanț de conjunctiva bulbară. La examenul cu un stilet se observă că acesta nu trece pe sub pterygion din cauza aderenței pterygionului de conjunctiva bulbară.

Evoluția pterygionului în general este lentă, timp de ani de zile, și fără fenomene inflamatorii. Uneori este subțire, puțin vascularizat având tendința la oprire spontană, alteori este cărnos, puternic vascularizat, invadează

repede corneea și produce scăderea acuității vizuale.

În evoluția sa ajunge la o hipertrofie așa de pronunțată încât jenează mișcarea de lateralitate a ochiului: bolnavul vrând să privească în afară pterygionul se întinde și ochiul bolnav nu mai poate urma deplasarea celui sănătos, producându-se în felul acesta diplopia omnimă.

În decursul evoluției se mai produce o lacrimare cronică prin ectropionarea punctelor lacrimale. Astigmatismul poate și el apărea în cursul evoluției. Uneori se pot desvolta chiste sau se ajunge la cea mai gravă și temută complicație: metaplazia canceroasă.

Cu toate că evoluția pterygionului se face în timp îndelungat, se poate întâmpla ca un pterygion benign în aparență, să ia o dezvoltare rapidă, în urma unei cauze iritative și să invadeze în scurt timp corneea.

Varietăți

Din punct de vedere al numărului. Pterygionul de obicei este unic, totuși se întâlnesc cazuri frecvente când se constată un pterygion în unghiul intern, și altul în unghiul extern al aceluiaș ochiu. Mai rar se întâlnesc patru pterygioane, așezate în formă de cruce, pe acelaș ochiu. (Saint-Ives, Furnari, Cunier Deschamps).

Duplay găsește un pterygion triplu iar Velpeau a observat cinci pterygioane pe acelaș ochiu.

Malgat găsește la un copil de 16 ani, opt pterygioane repartizate în regiunea celor 8 mușchi dreپți, și care având o formă fibroasă păreau a porni chiar din mușchii dreپți ai celor doi ochi.

Din punct de vedere al localizării. Cu toate că pterygionul se localizează în unghiul intern al ochiului, sunt cazuri cu alte localizări, ca și acela al lui *Monphous*, care a găsit la ambii ochi câte un pterygion cu baza în fundul de sac conjunctival și cu vârful pe conjunctiva palpebrală a pleoapei superioare.

Galezowsky a observat un pterygion pe marele oblic și credea că provine chiar din acest mușchiu.

Panas citează un pterygion al unghiului intern, situat dedesubtul diametrului transvers al ochiului.

Din punct de vedere al formei. Forma pterygionului în general este triunghiulară. *Guimaraes* citează un pterygion inversat, al cărui vârf era situat în unghiul intern al ochiului iar baza se întindea pe corneea. Acest pterygion a debutat printr'o ulceratie corneeană.

Etiologie

În etiologia pterygionului se citează o mulțime de cauze, ca :

Ereditatea. O serie de autori din secolul trecut ca Beer, Frederi și Wardrop, credeau că pterygionul este ereditar și congenital, considerându-l ca un chist dermoid.

Sexul. Are importanță în etiologie, întrucât s'a observat că pterygionul îl întâlnim mai frecvent la bărbați decât la femei, ceea ce se explică prin faptul că bărbații sunt mai expuși la iritații și traumatisme oculare, considerând ocupațiile lor de : minieri, lucrători, mecanici etc.

Vârsta. În cele mai multe cazuri pterygionul îl găsim la indivizii trecuți, de vârsta adolescenței, și la bătrâni. Totuși s'au văzut cazuri când se prezintă și la nou născuți, la indivizii adolescenți. Voim cita cazul lui *Malgat* care descrie un pterygion la un tânăr de 16 ani..

Profesiunea. Are rol hotărâtor în apariția și dezvoltarea pterygionului. Il întâlnim la indivizii cari prin profesiunea lor sunt mai expuși la iritații și traumatisme mici și repetate, a conjunctivei ca de ex. la : zidari, lucrătorii din carierele de piatră, minieri, morari lucrători de cai ferate, la cari conjunctiva e iritată prin praful de făină, de cărămidă, mici așchii de piatră, fum dela locomotiva etc.

La țărani e iarăși frecvent și e produs prin conlucrarea a o mulțime de factori iritativi ca : lumina soarelui, căldura, praful, vântul.

Bucătarii, topitorii de sticlă, lucrătorii din uzinele metalurgice sunt purtători de pterygion.

Rolul căldurii ca factor generator de pterygion îl dovedește frecvența acestei afecțiuni în țările calde.

Patogenie

Asupra patogeniei pterygionului s'au emis și susținut foarte multe teorii și ipoteze, așa că există controverse multiple între autori.

Voiu cita pe cele mai importante :

Scarpa este creatorul și susținătorul cel mai vechiu, a *teoriei inflamatorii*, El admite o inflamație catarală a conjunctivei și susține că geneza pterygionului se face trecând prin 3 stadii :

I. Primul stadiu este acela al *oftalmiei cronice varicoase* caracterizat prin dilatarea venelor conjunctivale.

II. Al doilea stadiu este caracterizat prin întinderea venelor varicoase ale conjunctivei până sub epiteliul corneean.

III. Al treilea stadiu este pterygionul.

Ortin este susținătorul și adeptul acestei teorii patogene. *Roux* în teza sa „*Du pterygion*” susține că pterygionul ar lua naștere în felul următor :

La nivelul fantei interpalpebrale conjunctiva este foarte vascularizată și această vascularizare ar lua naștere în urma clipirii continue, centru a elimina praful și corpii străini spre sacul lacrimal. În urma clipirii se produce o iritație care produce pterygionul.

Cele mai plauzabile teorii sunt ale lui *Arlt* și *Fuchs*.

Arlt crede că pterygionul începe printr'un ulcer marginal al corneei, care având tendința de a se cicatriza atrage spre el conjunctiva bulbară.

Deci pterygionul ar fi o atragere pasivă a conjunctivei bulbare spre corneă și nu o proliferare propriu zisă.

Printre cei ce susțin această teorie patogenă este și *Stellwag*, *Horner*, *Wecher* și *Goldzicher*. *Desmarres* o combate.

Fuchs susține o teorie care admite o turburare de *ordin trofic* la nivelul limbului corneean. Această turburare ar fi datorită degenerării pinguiculei care produce turburări de nutriție la nivelul limbului corneean din vecinătate, și concomitent o dispariție a epiteliului corneean, a membranei lui *Bowman* și a lamelor corneene superficiale.

Cicatrizarea acestor leziuni ar aduce după sine o atragere a conjunctivei bulbare, o cută care este pterygionul.

Ricter, și *Mannhardt* se aliază teoriei lui *Fuchs*.

Heubner a arătat că nu există nici o legătură între pinguiculă și pterygion,

Poncet susține originea microbială a pterygionului.

El admite atât teoria lui *Arlt* cât și pe alui *Fuchs*, dar crede că este absolută nevoie de prezența unor microbi (sporuli, vibrioni), pe cari el susține că i-ar fi găsit în membrana lui *Bowmann* în urma secțiunilor și studiilor istologice.

Panas se atașează părerii lui *Fuchs* și așează pterygionul în seria turburărilor trofice, considerându-l ca o degenerescență hialină a straturilor superficiale.

Rognetta susține că pterygionul ia naștere prin ipertrofia fibrelor musculare și aponevrotice a mușchilor dreپți ai ochiului și în special a mușchiului drept intern care este cel mai puternic și mai activ vascularizat.

Winther explică nașterea pterygionului prin trombozarea venelor ciliare anterioare.

Schulek atribuie pterygionul efectului foto-chimic al razelor ultraviolete, cari produc o iritație catarală a conjunctivei și o ipertrofie a fibrelor elastice. *Mackensie* îi atribuie cutei semilunare a conjunctivei.

Diagnostic și diagnostic diferențial

Pterygionul se recunoaște ușor din simptomele înșirate mai înainte. Sunt o serie de afecțiuni cu cari trebuie să facem diagnostic diferențial, și acestea sunt: *Pseudo-ptyerygionul*.

Se prezintă ca și o cută a conjunctivei ce ia naștere și se fixează de corneea prin diferite procese inflamatorii. *Pseudo-ptyerygionul* ia naștere în urma unui traumatism, a unei plăgi, sau în urma arsurilor conjunctivale produse de alcali sau acizi, în urma inflamațiilor acute a conjunctivei (conjuuctivita blenoragică) când se localizează mai ales în partea superioară a corneei, sau se poate ivi în urma inflamațiilor cronice ale corneei ca: ulcere corneene, panus cornean, fliclene periferice.

Privit obiectiv pseudo-ptyerygionul are în jurul său și pe toată întinderea o zonă leucomatoasă, până când pterygionul are această zonă numai în juiul capului său. (cearcăn de invazie).

Până când pterygionul are o evoluție lentă, neobservată și bolnavul consultă medicul mai târziu, pseudo-terygionul are o evoluție mai rapidă și în antecedentele bolnavului găsim cauzele mai sus enumerate.

Pseudo-terygionul este însoțit adesea de simblefaron, n'are tendință invadantă și prin examenul cu un stilet putem trece pe sub el ca pe sub un tunel.

Simblefaronul. Este a doua afecțiune cu care facem diagnostic diferențial. Acesta rezultă în urma plăgilor accidentale sau operatorii, în urma arsurilor, în urma ulcerărilor sifilitice și tuberculoase ale conjunctivei, și la examenul obiectiv se prezintă sub forma unor bride formate din țesut cicatricial, rezistent, întins între conjunctiva palpebrală și sclerotică sau chiar cornee. Simblefaronul produce jenă în mișcările globului ocular, este mai puțin extensibil mai alb și mai puțin vascularizat. La examenul cu un stilet, în caz că avem de a face cu un simblefaron, trecem pe sub bridele cicatriciale ca pe sub un tunel până când în cazul pterygionului stiletul se oprește.

Panusul. E format din țesut vascular neoformativ pătruns în țesutul cornean, se confundă adesea cu pterygionul, însă pe când panusul are limite mai puțin nete, pterygionul le are mai nete. Panusul pare a face parte din țesutul corneean, pterygionul seamănă mai mult a fi un voal întins înaintea corneei.

Panusul în sfârșit are o origine diferită de a pterygionului luând naștere în urma trahomului.

Pinguicula. Are aspectul unei tumorete grăsoase și e formată numai din țesut epitelial și celule degenerate hialin. Ea ocupă straturile profunde ale conjunctivei bulbare și alunecă odată cu această deasupra scleroticei. Unii autori susțin că pingucula ar fi o leziune premergătoare pterygionului, așa că între aceste două afecțiuni n'ar exista decât diferențe de evoluție și volum.

Epiteliome. La nivelul limbului sclero-cornean se dezvoltă uneori două forme de epiteliome: unul exuberant care este *forma infiltrantă* (Steiner) și altul ce se întinde pe conjunctivă și cornee (Bistis).

Aceste epiteliome se pot confunda adesea cu pterygionul. Ceeace le diferențiază este că ele sunt foarte dureroase, puternic vascularizate, sângerează ușor și sunt aderente de părțile profunde. Mersul lor e rapid, forma lor este neregulată, până când la pterygion mersul este lent și forma triunghiulară.

Anatomie-Patologică

Din punct de vedere macroscopic pterigionul are 2 forme :

1. *Pterigionul subțire*, membranos, puțin vascularizat, sângerează greu, este puțin invadant, are mers lent și tendință la oprire spontană.

2. *Pterigionul cărnos*, mai gros decât precedentul, foarte vascularizat, sângerează ușor, produce lăcrimare, este invadant spre corneea și cu evoluție rapidă.

Până la cercetările lui *Fuchs* și *Trapesontzian*, au existat multe controverse în ceea ce privește structura istologică a pterigionului.

Astfel *Scarpa* susținea că pterigionul are suprafața formată dintr'o lamă subțire a conjunctivei, iar parenchimul e format din țesut muscular și tendinos.

Alții susțin că pterigionul este format numai din țesut conjunctiv.

Boncet observă eroziunea membranei lui *Bowmann*.

Panas este de părere că pterigionul ia naștere printr'o transformare fibroasă a limbului cornean și a conjunctivei bulbare. El admite și o distrucție parțială a membranei lui *Bowmann* și o proliferare a stratului epitelial.

În urma studiilor și secțiunilor istologice făcute de *Fuchs* și *Trapesontzian* s'a produs o clarificare a structurii microscopice a pterigionului.

Examen microscopic. Pterigionul este format dintr'un strat epitelial și dintr'o stromă conjunctivă.

Stratul epitelial este alcătuit din 3 rânduri de celule:

1. *Rândul profund* are celule rotunde, cari nu sunt decât celulele bazale ale epiteliului conjunctival.

2. *Rândul mijloctu* compus din celule stelate cari pătrund printre celulele stratului inferior, și

3. *Rândul superficial* compus din celule cilindrice.

Din loc în loc se găsesc și celule caliciforme așezate mai ales la marginea pterigionului. *Trapesontzian* a aflat și celule cu degenerescență coloidală. Epiteliul pterigionului trimite din loc în loc prelungiri, sub formă de diverticuli glandulari, în interiorul stromei, din cari se dezvoltă chistele de retenție.

Stroma dela nivelul corpului este formată dintr'un țesut conjunctiv cu fibrile mai strânse și mai numeroase

ca acelea ale conjunctivei normale. și din fibroblaste alungite. Se mai găsesc și fibre elastice hipertrofiate și în degenerescență hialină, apoi vase multe și dilatate și elemente celulare polinucleare.

La nivelul capului, stroma ia aspect corneean, devine mai scleroasă, mai densă și mai fibrilară.

Corneea suferă și ea modificări :

Membrana lui Bowmann este dislocată sau chiar dispăre, iar lamele superficiale ale corneei sunt alterate, devin neregulate și subțiate lăsând între ele spațiu.

Redslob consideră pterygionul ca fiind un fibrom al regiunii limbice, având un caracter destructiv, invadant și recidivant. Acest fibrom are la margini celule conjunctive tinere cari dislocă lamele corneene și desagregă membrana lui Bowmann.

Complicații

Astigmatismul. Este una dintre complicațiile des întâlnite în evoluția pterygionului, și e produsă prin plierea și deformarea corneei.

Examenul cu discul lui Placido și aparatul lui Javal, confirmă prezența astigmatismului.

Iată la ce concluzii ajunge *Blanchard* în teza sa »*Astigmatisme déterminé par le Pterygion*« (Paris 1904).

1. Pterygionul acționând prin atracția sa, nu numai că descrește conjunctiva, împingând caronculele și lacul lacrimal, însă determină o schimbare a curburei corneei.

2. Astigmatismul ce rezultă este de 2 feluri : a) Un astigmatism neregulat, în sector, limitat la partea internă a corneei. b) Un astigmatism pe care-l putem considera în practică, ca regulat și care se manifestă prin ștergerea meridianului orizontal.

3. Acest astigmatism se însoțește totdeauna de o diminuare a acuității vizuale.

4. El determină adesea crize dureroase astenopice, care se adaugă la durerile de iritație conjunctivală datorite pterygionului însuși.

5. Când este regulat, poate fi corijat cu sticle cilindrice.

6. Însă cel mai bun mijloc, și care se aplică în ca-

zul când astigmatismul este neregulat, este intervenția chirurgicală. Suprimând pterygionul, facem să dispară cea mai mare parte a astigmatismului“.

Diplopia. Este o complicație neplăcută, și e produsă în felul următor: țesutul întins al pterygionului oprește mișcările de lateralitate externă să se producă amplu, iar când bolnavul vrea să privească de partea opusă afecțiunii sale, ochiul bolnav nu urmează mișcările ochiului sănătos și imaginile apar duble.

Diminuarea acuității vizuale. Se ivește în evoluția pterygionului și e datorită: fie astigmatismului, fie oboselii produsă prin durere, fie prin devierea razelor luminoase ce pătrund în ochiu prin pterygion, în diferite sensuri, producând pe retină cercuri de difuziune.

Degenerări în tumori maligne. La nivelul limbului sclero-corneean putem întâlni degenerări maligne ale pterygionului. Citez în acest sens cazul descris de *Bistis*: un epiteliom plat ce se întinde pe conjunctivă și corneă, și cazul descris de *Steiner* care este un epiteliom infiltrant.

Pterygioanele cari sângerează ușor, cari sunt aderente de corneă și cari dau dureri sunt cele mai susceptibile de a degenera malign.

Degenerarea sarcomatoasă e foarte rară, și în acest sens este cazul expus de *Manuel Marin Amat* (Madrid), observat de acest autor la un tăetor de piatră care în urma pătrunderii în ochiu, a unei așchii de piatră a prezentat în unghiul intern al ochiului drept o excrescență mare, neagră ca și cărbunele și care oprea închiderea ploapelor. În urma unui tratament cu radium făcut cu doze masive și în timp scurt. tumora s'a vindecat.

Desvoltarea chistelor în pterygion. Chistele ce iau naștere în pterygion sunt împărțite de *Saemisch* în chiste ce provin: 1. din modificarea conjunctivei fie prin proliferarea stratului epitelial, fie prin plicaturi ale conjunctivei, și 2, din glandele lui Krause și Henle 3. Chiste ce iau naștere din vase limfatice 4. Chiste traumatice.

La examenul obiectiv chistele se prezintă ca niște proeminente ovale sau rotunde cu peretele subțire cu conținutul lichid de culoare ușor gălbuie iar uneori chiar turbure. Chistele se localizează mai ales la nivelul capului pterygionului,

Chistele cari iau naștere prin modificarea conjunc-

tivei sunt datorite numeroaselor prelungiri pe cari epitelul le trimite în stromă sub formă de diverticuli glandulari.

Chistele cari iau naștere din glandele lui *Krause* sunt subconjunctivale au conținut lichid transparent, sunt unice au mărimea unui cap de ac cu gămălie, sunt așezate în partea laterală a fundului de sac conjunctival superior sau inferior.

Ele sunt formate prin obstruarea orificiului glandular. Peretele chistului e acoperit de un epiteliu alcătuit din unu sau mai multe straturi.

Chistele ce iau naștere din glandele lui *Henle* sunt formate dintr'un epiteliu cu 2 straturi: unul cilindric și altul basal cu celule cubice și celule turtite. Se găsesc și celule caliciforme.

Chistele cari iau naștere din plicele și sinuositățile conjunctivei inflamate, sunt chiste de retenție, mici, transparente și se găsesc situate la vârful pterygionului.



Având în vedere evoluția lentă și turburările reduse pe care le produce pterygionul atâta timp cât nu ajunge la pupilă, pronosticul este bun.

Totuși trebuie să fim rezervați în pronostic atunci când pterygionul este invadant și dă complicații, mai ales că știm că uneori un pterygion cu o evoluție lentă, poate lua un mers rapid și atunci pronosticul se agravează.

Trebuie să avem în vedere și frecvența recidivelor, și turburările pe cari le produce la nivelul corneei prin prelungirile pe cari le trimite adesea în interiorul lamelor corneene și cari persistă și după operație.

Tratament

Tratamentul pterygionului este chirurgical.

Indicații operatorii. În caz de pterygion mic, care n'are tendințe invadante, nu ajunge la nivelul corneei și nu dă turburări, tratamentul chirurgical nu e indicat.

Din moment ce observăm că pterygionul are tendințe invadante și amenință corneea și pupila, indicăm operația pentru a preveni complicațiile cum sunt astigmatismul, diplopia și altele.

Înainte de a indica operația trebuie să avem în vedere următoarele :

Să controlăm dacă există sau nu, vreo infecție în vecinătatea pterygionului ca de ex : la nivelul sacului lacrimal sau a căilor lacrimale, iar în cazul când descoperim infecția, trebuie s'o tratăm și numai după ce infecția a dispărut, să operăm, pentru că în caz contrar riscăm să creem o cale de intrare în ochiu a germenilor patogeni. Controlăm și conjunctiva din aceleași considerente.

Dintre procedeele operatorii ale pterygionului cele mai frecvent utilizate sunt :

Excizia (procedeul lui Arlt).

Deviarea (transplantarea) procedeul lui Desmarres, modificat de Knapp și Raynold.

Excizia pterygionului se execută în felul următor :

Se face anestezie locală prin instilație de novocaină — adrenalină, se aplică un blefarostat, apoi capul pterygionului se prinde cu o pensă cu dinți, iar cu un cuțit a lui Graefe se deslipește de cornee. Deslipirea se face în așa fel ca odată cu capul pterygionului să se ridice și o parte din lamele superficiale ale corneei.

Pterygionul se desprinde pe toată întinderea sa, iar la nivelul bazei de implantație se excizează cu foarfecele. Buzele plăgii conjunctivale se subminează iar în urmă se suturează cu fire izolate de mătase. Dacă în urma operației rămân resturi corneene ale pterygionului, se raclează sau se galvano canterizează.

Accastă operație e urmată de recidive și retracții cicatriciale cari produc strabism și jenează motilitatea oculară.

Deviarea (transplantarea) este metoda de preferat. În clinica oftalmologică din Cluj se execută deviarea, modificată de Reynold.

Ea se execută în felul următor : Se face anestezie locală prin instilații de novocaină adrenalină, se așează blefarostatul și se liberează pterygionul până la bază.

Buza inferioară a plăgii conjunctivale se subminează cu o foarfecă curbă închisă, sub partea inferioară a lim-

bului corneean și se creează în felul acesta un tunel subconjunctival. Apoi capul pterygionului se prinde ca un fir de mătase fină care e prevăzut la fiecare capăt cu un ac curb.

Cele 2 ace se trec prin tunelul subconjunctival și se scot la suprafața conjunctivei la o distanță de câțiva milimetri de limbul corneean, și se înroadă. În felul acesta pterygionul este tras în tunelul conjunctival. Buzele plăgii conjunctivale se suturează.

Când avem la un ochi 2 pterygioane unul intern și altul extern se execută devierea fiecăruia într'un tunel subconjunctival.

Când avem 2 pterygioane mari, se operează după tehnica lui *Elliot*: Se disecă fiecare pterygion în parte ca și în procedeul Reynold, apoi se creează un singur tunel subconjunctival care se întinde dela partea nasală la cea temporală a corneei, imediat sub limbul corneean.

Luăm un fir de mătase prevăzut cu câte un ac curb la fiecare capăt iar unul din ace îl trecem prin capul pterygionului nasal, apoi prin tunelul subconjunctival pe care l'am creat și-l scoatem prin partea temporală a corneei unde străbate capul pterygionului temporal.

Se trece apoi acest ac în tunelul subconjunctival până ajungem la extremitatea inferioară a meridianului corneean vertical, apoi îl scoatem la suprafața conjunctivei.

Se introduce și al doilea ac în tunel pe la extremitatea nasală și se scoate la suprafața conjunctivei, aproape de punctul de eșire al primului ac. Se trage de capetele firului de mătase și se introduc cele 2 pterygioane în tunelul subconjunctival în așa fel ca cele 2 capete ale lor să se atingă. Se înroadă capetele firului și se suturează plăgile conjunctivale atât de partea nasală cât și de cea temporală.

În procedeul acesta pterygioanele sunt complet deviate.

Procedeele de mai sus sunt cele mai des utilizate.

Mai de mult se întrebuițau și alte procedee pe care le vom aminti, deși ele aproape au ieșit din uz. Acestea sunt:

Șcarificarea. Se face cu un bisturiu, creînd la suprafața pterygionului șarii care se întretăe. Acest procedeu nu se mai întrebuițează pentru că în loc să oprească evoluția pterygionului îi grăbește evoluția.

Decolarea. Constă în a trece un cuțit prin pterygion și a decola capul de țesutul corneean lăsând pterygionul pe loc până se atrofiază. Acest procedeu expune la recidive.

Ligătura simplă se execută trecând trei fire prin pterygion, unul la nivelul capului, altul la nivelul colului și al treilea la nivelul corpului. Se strâng firele și pterygionul se atrofiază.

Acest procedeu expune la cicatrici mari cari pot da consecutiv diplopie sau chiar strabism.

Pentru a preveni recidivele și cicatricile se întrebunțează procedee ce constau în excizia pterygionului și repararea pierderii de substanță rezultată din excizie.

Autoplastia se execută fie prin : 1) plisarea conjunctivei, 2) fie printr'un lambou pediculat sau 3) printr'o grefă *Ollier-Thiersch*.

Plisarea se face prin decolarea conjunctivei după excizia pterygionului, în așa fel ca aceasta să poată aluneca și să acopere lipsa de substanță dela nivelul plăgii.

Metoda italiană cu lambou pediculat. Lamboul se ia din conjunctiva din vecinătate.

Metoda Ollier-Thiersch. Constă din luarea unei suprafețe epiteliale din altă parte a corpului ca de ex. : din conjunctiva ochiului vecin, din mucoasa vaginală sau din mucoasa bucală, și prin grefarea acestei suprafețe epiteliale în locul pterygionului.

Heteroplastia. Se execută luând o suprafață epitelială dela un alt individ sau dela animal, și grefarea acesteia în locul pterygionului.

Excizia și cauterizarea. A fost încercată de mai mulți autori, pentru a preveni recidivele. După extirparea pterygionului se cauterizează prin termocauter și electrocauter. S'au observat cazuri când totuși pterygionul a recidivat chiar în urma acestui tratament.

Electroliza. Se întrebunțează această metoda în pterygioanele mici și la începutul apariției. Se execută cu un ac fin de platină pe care îl introducem în conjunctivă aproape de vârful pterygionului. Acul este în legătură cu polul pozitiv al unei baterii.

În pterygioanele mici facem ședințe de 30—60 secunde cu un curent de 3—4 miliamperi. După electroliză se obține o escară dură și retractilă care poate da diplopie, de aceea se întrebunțează această metoda numai în caz de pterygion mic și incipient.

Raclajul. A fost preconizat de *Deschamps* și este util în caz de leucom, produs prin capul pterygionului, pe cornee. Se execută în felul următor: După ce se ridică pterygionul, facem un raclajfin a plăgii corneene cu un bisturiu fin, și cu o curetă îndepărtăm resturile raclajului. În decurs de câteva zile plaga corneeană se acoperă cu epiteliu și vindecarea se prezintă fără să mai rămână opacități sau cicatrici.

Câteva cazuri observate în Clinica Oftalmologică din Cluj

G. I. 30 ani, picher CFR. A observat existența unei membrane în unghiul intern al ochiului drept, cu baza la nivelul cutei semilunare și cu vârful la nivelul limbului corneean. Conjunctiva e mai vascularizată la acest nivel. În vecinătatea capului pterygionului există un mic chist limfatic al conjunctivei.

Dgn. Pterygion chistic al O. D. Intră în clinică pentru operație. În ziua de 6 XI 1928 i se face: Extirparea capului pterygionului cu chistul corespunzător și devierea rădăcinii pterygionului subcorneean. În 12 XI plaga conjunctivală fiind cicatrizată se scot firele de sutură și se lasă ochiul liber. Pleacă vindecat.

M. V. 56 ani, plugar. Observă înainte cu 4 luni că ochii i se înroșesc, lacrimează și are secreție conjunctivală. A început a-i scădea vederea. Vine în clinică pt. tratament. La examenul obiectiv se observă lacrimare, secreție conjunctivală; blefarospasm, și conjunctivele palpebrale intens congestionate. Corneele ambilor ochi sunt acoperite de pterygioane interne și externe, lăsând liber din cornee o mică porțiune în părțile superioară și inferioară. Intră în clinică în 24 III. 1928 iar pentru liniștirea fenomenelor i se prescrie, atropină, nitrat de argint și precipitat de mercur. În 23 V. i se face intervenție chirurgicală executând *devierea pterygionului la O. D.* Se tratează post-operator cu nitrat de argint, sulfat de zinc și dionină. În 13 VI. se execută *devierea pterygionului nasal* la O. S. Pleacă ameliorat în 28 VI. 1928.

I se prescrie pentru casă Argirol.

P. I. 37 ani miner. De vreo 10 ani a început să-i crească în partea internă a ambilor ochi, o formațiune cărnosă care e pe punctul de a se întinde pe corneea. Intră în clinică la 20 Aprilie 1928. La examenul obiectiv se prezintă în unghiurile interne a ambilor ochi, câte un pterygion care a invadat deja corneea pe distanță de 1 cm. *Dgn Pterygion intern bilateral.* În 23 IV 1928 i se face operația de *devierea pterygioanelor.* Pleacă complet vindecat în 3 V 1928.

S. D. 68 ani plugar. Boala actuală datează de vreo 5 ani de zile când a observat că-i cresc pe ambele corneea niște formațiuni cărnose cari se accentuau până în ultimul timp când au atins centrul corneei. Intră în clinică în 1 Iunie 1928. La examenul obiectiv se observă conjunctivele palpebrale congestionate. Există și o ușoară congestie pericheratică. Corneele în ambele părți prezintă la locul de elecție câte un pterygion a căror cap merge până în centrul corneei. Baza de implantație a ambelor pterygioane e largă. *Diagnostic Pterygion intern la ambii ochi.* I se face tratament preoperator pentru liniștirea fenomenelor inflamatorii, cu nitrat de argint și precipitat galben de mercur. În 5 VI, se intervine chirurgical făcând devierea *pterygionului la O. D.*, iar în 15 VI. se face devierea subconjunctivală a pterygionului la O. S. Devierea se menține bine. Pleacă ameliorat, rămânând la locul pterygionului adică în partea internă a corneei o zonă leucomatoasă. La plecarea O. D. numără degetele la 25 cm. O. S. observă mișcățile mâinii înaintea ochilor.

CONCLUZII

1. Pterygionul este o producție patologică a conjunctivei bulbare, având forma unei cute triunghiulare, care apare de partea nasală a corneei și al cărei vârf înaintează spre centrul corneei.

2. De obicei apare bilateral de partea nasală a corneei, mai rar de partea temporală, și foarte rar simultan de ambele părți ale corneei.

3. În perioada de invaziune vârful său este înconjurat de un cearcăn de invazie cenușiu. Când pterygionul staționează vârful său nu prezintă acest cearcăn.

4. Apare mai ales la bărbații adulți și bătrâni, și în etiologie joacă rol iritațiile externe și anumite profesii ca: morar, zidar, plugar, muncitor de căi ferate.

5. Asupra patogeniei există controverse. Fuchs admitând că leziunea primitivă s'ar găsi la nivelul limbului corneean și ar fi de ordin trofic, iar Alrt susține că pterygionul apare printr'un ulcer marginal al corneei, care în tendința de cicatrizare ar atrage spre el conjunctiva bulbară.

6. Are evoluție lentă și progresivă, dar poate evolua și rapid.

7. În evoluția sa dă complicații ca: astigmatism, diplopie, diminuarea acuității vizuale, degenerări carcinomatoase.

8. Prin invaginarea epiteliului de acoperire poate da naștere la chiste. Acestea mai iau naștere și din glandele lui Henle și Krause sau din vasele limfatice.

9. Pronosticul e favorabil, dacă pterygionul e staționar, și e mai grav când invadează corneea.

10. Tratamentul e chirurgical și constă din excizia sau devierea pterygionului într'un tunel subconjunctival.

11. Pterygionul recidivează destul de frecvent.

Cluj, la 26 Iunie 1937.

Văzută și bună de imprimat,

Președintele Tezei :

(ss) Prof. Dr. D. MICHAİL

Decanul Facultății :

(ss) Prof. Dr. D. MICHAİL



BIBLIOGRAFIE

1. *Malgat*: Quadruple ptérygion des deux yeux sur un garçon de seize ans. (Revue d'ophtalmologie 1892).
2. *Monphous*: Ptérygion à la paupières supérieurs (Société française d'ophtalmologie 1904).
3. *Maurice Albert*: Le Ptérygion (Thèse, 1906 Lyon).
4. *Roux*: Du ptérygion (Thèse, 1893, Lyon).
5. *Arlt*: Zur nosografie und nosogenie der Flügel-felles.
6. *Desmarres*: Traité des maladies des yeux. 1885.
7. *Dr. D. Michail*: Tratat de oftalmologie. 1928.
8. *Panas*: Traité des maladies des yeux,
9. *Rognetta*: Cours d'ophtalmologie.
10. *Schulek*: De l' étiologie du ptérygion. Annales d' oculistique 1897.
11. *Scarpa*: Traité des maladies des yeux.
12. *Steiner*: Epithelioma et pterygion. Zentrallblatt für Augenheilkunde 1896.
13. *Bistis*: Epitheliome du limbe sclerocornéene. Annales d'oculistique 1897.
14. *Manuel Marin Amat* (Madrid): Sarcome Mélanique developpé sur un pterygion. Annales d'oculistique 1932.
15. *Aubaret*: Ptérygion néoplasique. Zentrallblatt für Ophtalmologie 1923.
16. *Grosz—Hoor*: A szemészet.
17. *Dr. I. Bistis*: Contribution à l'étude des kystes dans le ptérygion. Archives d'ophtalmologie 1921.
18. *Redslob—Strassbourg*: Contribution à l'étude de la nature du ptérygion. Annales d'oculistique 1933.
19. *Bistis*: La pathogénie et le traitement du ptérygion. Annales de'oculistique 1923.
20. *Panas*: Archive d'ophtalmologie. 1902.

21. *Dr. Pedro Mata*: Traitement chirurgical du pterygion par l'extirpation avec autoplastie muqueuse. Annales d'oculistique 1930.

22. *Deschamps*: Du raclage méthodique de la cornée dans le traitement du pterygion. Société d'ophtalmologie 1895.

23. *Ernst Fuchs*: Über das pterygium. Graefe's Archiv.

24. *Ernst Fuchs*. Lebruch de Augenheilkunde.

25. *Axenfeld*: Lebruch der Augenheilkunde.

26. *Morelli-Pisa*: Operation du pterygion avec greffe de muqueuse bucale. Bolletino d' oculistica.

