

No.

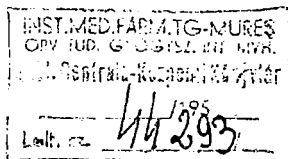
1170

OFTALMIA METASTATICĂ DUPĂ OPERAȚIA CATARACTEI



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1937.

DE



PĂUNESCU I. VIRGIL

23 MAY 2005

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAIL

Profesori:

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

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președintele : Domnul Prof. Dr. *D. Michail*
 Domnul Prof. Dr. *I. Aleman*
 Membrii : { " " " *G. Buzoianu*
 " " " *M. Kernbach*
 " " " *E. Țeposu*
 Supleant : Domnul Doc. Dr. *P. Vancea*

Introducere.

Se înțelege sub numele de cataractă, opacități plasate în câmpul pupilar între pupilă și vitros aparținând corpului cristalin.

Aceste opacități, împiedică razele luminoase de-a mai putea parveni la retină

Operația de cataractă, adică extracția corpului cristalin, e cunoscută în mod empiric încă din vechime, azi ocupând incontestabil primul loc dintre operațiile oculare și una dintre cele mai dificile ale chirurgiei, prin rapiditatea cu care trebuie executată.

De funcțiunile vitale depind funcțiunile fiziologice pe care chirurghul caută a-le conserva, căci nu e puțin a reda cuiva o vedere poate de ani de zile pierdută și pe care mulți și-au luat orice speranță a o mai redobândi.

Oculiștii secolului al XVIII-lea și acei ai jumătății celui de al XIX-lea dăteau o importanță covârșitoare cauzelor îndepărtate ale maladiilor oculare pentru a nu remarca relațiunile existente între oarecari inflamațiuni supurative ale ochiului și alte stări inflamatorii ale organismului. E cazul oftalmiei metastatice.

Se grupează sub numele de oftalmie metastatică toate localizările oculare, iriene, coroidiene sau retiniene, care survin în cursul infecțiunilor generale ca: septicemii streptococice sau pneumococice.

Adeseori punctul de plecare al infecțiunilor endogene ale irisului, își are originea la nivelul aparatului digestiv, respirator, genito-urinar sau masticator.

În consecință în aceste cazuri se impune o examinare minuțioasă a stării generale a organismului.

În lucrarea de față, citez două cazuri clinice unde fenomenele de irido ciclită produse pe cale endogenă, la unul își are originea la nivelul aparatului digestiv, colită și la celalalt are origine dentară, abces radicular. E suficient a da cuvenita atențiune acestor afecțiuni pentru a evita complicațiuni de temut. Trebuie să adaug că nu toate cele câteva cazuri de oftalmie metastatică după operația cataractei, descrise în literatură, au avut un sfârșit fericit ca în cazurile noastre. De pildă, cazul lui Wopfner în cursul unei pneumonii crupoase a sfârșit prin pierderea ochiului.

În altă ordine de idei, în această lucrare mi-am propus a intercala cele două observațiuni clinice în capitolul etiologiei, pentru a avea posibilitatea să fac și-o succintă interpretare a lor.

Nu pot trece peste acest deosebit eveniment, fără a aduce omagiile și sentimentele mele de adâncă recunoștință precum și frumoasele amintiri, acelor care și-au dat cu drag tributul lor de părinți sufletești în decursul celor 6 ani de studii.

O datorie mă oprește a intra în subiectul acestei lucrări înainte de a aduce respectuoasele mele mulțumiri și admirație Domnului Profesor Dr. Michail, rugându-l a primi expresiunea sentimentelor mele de vie recunoștință pentru cunoștințele căpătate în Clinica Domniei Sale.

Domnului Doc. Dr. P. Vancea sincere mulțumiri pentru amabilitatea ce mi-a arătat în timpul cât am lucrat în clinică pentru teză.

Etiologie.

Oftalmia metastatică poate să apară în cursul diferitelor infecții generale. Infecțiunile mai cu seamă de origine endogenă sau exogenă, pot duce la localizări septice oculare, cu predominanța septicemiilor streptococice de origine puerperală sau chirurgicală. Agentul patogen; *streptococul* sub forma unei infecțiuni care poate fi pueparală, postscarlatinoasă, erizipelatoasă, amigdaliană, *pneumococul* infecțiune pneumococică și *gonococul*, se localizează în coroidă sau retină, dând naștere unui focar supurativ.

Influența resturilor cristaliniene, ca spin iritativ, asupra complicațiilor post-operatorii tardive, după extracția cristalinului a fost pentru prima oară semnalată de Morax. Pe măsură ce rezorbția lor are loc, se remarcă dispariția simptomelor iritative.

Și Lagrange insistă asupra rolului, masselor cristaliniene, opiniunea sa fiind categorică. — El admite că la bătrâni mai ales, unde resturile cristaliniene se rezorb lent, constituie pentru iris o cauză iritativă.

Röthh a efectuat însămânțări din sacul conjunctival pe medii de cultură, înainte de extracția cristalinului cu 24 de ore. La examenul microscopic a pus în evidență stafilococi. Când infecția izbucnise, buzele plăgii erau așezate inepabil. Exudatul a apărut pentru prima dată la nivelul irisului ca și cum microorganismele ar fi ajuns prin vasele iriene deschise, în ochi,

Se atribuiau altă dată iritele și irido-ciclitele post-operatorii, unei smucirii a irisului. În timpul din urmă Leber a demonstrat că infecția are loc printr'o mică pierdere de substanță, o mică fistulă a plăgii. Fistulizarea cicatricei prin întreprinziunea țesutului este cauza mai bine demonstrată, și totodată mai frecventă a inflamațiilor post-operatorii tardive. Fistulele capilare câteodată invizibile, sunt greu de depistat, rămânând adesea necunoscute.

Oftalmia metastatică poate să se manifeste din primele zile. **Schweintz** a observat infecțiuni tardive, raportând chiar un caz unde, la 8 ore după operație, survine o re-deschidere a plăgii. La 24 ore se închide, ca la 40 zile după extracția cristalinului să apară dureri, infiltrația corneei și o irido-ciclită. Cu tot tratamentul energic, ochiul a fost pierdut. Examenul microscopic demonstrează că infecțiunea a fost produsă de un filament al capsulei inclavat în plagă.

În unele împrejurări stadiul stării generale a organismului, arată adeseori punctul de plecare al infecțiilor endogene ale irisului, care de cele mai multe ori își au originea la nivelul aparatului digestiv, respirator sau aparatului genito-urinar.

Greens a publicat un caz unde depistase o cistită, care probabil la 8 zile după extracția cristalinului, a dus la o irido-ciclită purulentă.

Wopfner în 1902 comunică un caz de panoftalmie metastatică după operație de cataractă și ca o complicație a unei pneumonii crupoase. La examenul bacteriologic a pus în evidență în puroiul globului ocular și-al secrețiunii pulmonare, prezența unică a baccilului Friedländer. Baccilii preferau regiunile unde s'a format în țesuturi exudat fibrinos.

Pascheff în 1914 la un diabetic cu irido-ciclită-coroaidă purulentă după operația cataractei, a pus în evidență la examenul bacteriologic al puroiului globului ocular, un baccil fără cili și capsulă, anaerob, fără a coagula laptele. Agentul era f. patogen, căci injectat în corpul vitros pro-

ducea panoftalmie, Axenfeld examinând acest baccil l-a clasat în grupa colibacililor cu particularitatea că nu produce indol și nu coagulează laptele. Acesta, dealfel un caz foarte rar, căci parcurgând literatura nu găsim analog nimic menționat.

Observațiuni clinice.

Cazul clinic No. 1. Bolnava M. A. în vârstă de 48 ani cu domiciliul în comuna Boereni Jud. Someș intră în serviciul Clinicei Oftalmologice în ziua de 16 III. 1933. În antecedente hereditare și personale nimic important. Boala actuală oculară În 1930 s'a lovit la ochiul drept cu o creangă. În iarna anului 1932 a observat că-i scade vederea ochiului stâng. Internându-se în clinică, a fost operată. La trei săptămâni, a observat scăderea vederii și la ochiul drept care s'a accentuat până la dispariția aproape completă. De 3 luni zărește numai lumina cu el. De două săptămâni constată formarea unei mici tumorete la partea temporală o pleoapei sup. drepte.

La examenul exterior al ochiului drept, câmpul pupilar în totalitate este ocupat de-o masă opacă cenușie. Opalescență care nu este altceva decât cristalinul opacifiat. În 17 III 933 se execută iridectomie preparatoare la O. D. În zilele următoare ochiul e liniștit. În 22. III. extirparea transcutanat a chalazionului pleoapei superioare. Într'o săptămână vindecare comletă.

În ziua de 28 se face extracția obișnuită a cataractei ochiului drept cu smulgerea capsulei ant. Decursul operator în primele 4 zile este normal.

La a 5-a zi după operație bolnava acuză dureri la nivelul ochiului drept. Toată noaptea a avut insomnie din cauza durerilor. Se admistreză 10. c. c. lapte și 1. c. c. cianură de Hg. Durerile continuă. Bolnava face un edem al pleoapei sup. OD. Corneea opalescentă, ușor ruгоasă. În camera anterioară se constată un exudat fibrinos. Pupila ușor voalată dar bine dilatată.

În acest timp bolnava face un acces de colită.

Se intervine pe ochiul drept executându-se o paracenteză a camerei anterioare prin puncție cu lancea și galvanocauterizarea mijlocului cicatricei limbice unde este ușor depresionată. În 5. IV durerile au dispărut complet. Bolnava se simte slăbită. În intervalul dela 6—23 IV. bolnava acuză o oarecare tenziune nu prea accentuată, în ochiul drept. Se fac injecții cu lapte intramuscular, și 1 c.c. cianură de Hg. Exudatul din camera anterioară complet rezorbit. În ziua de 26 III părăsește serviciul Clinicei, la cerere, urmând acasă cu termofor + atropină până la descongestionarea definitivă a ochiului, urmând să revină ulterior pentru o eventuală irido-capsulectomie.

Nasul, cavitățile nazale erau în stare bună. Căile lacrimale permeabile. Ca și în cazul profesorului Pascheff, nu ne rămâne prin exclusie decât ideea unei infecții endogene de natură metastatică. Oricum colibacilul fiind obișnuitul microb al florei intestinale, ne-am gândit că infecția endogenă, respectiv fenomenele de irido-ciclită, poate fi de origină intestinală.

Torres Estradas publică în anul 1924 un caz de irido-ciclită dublă prin abces dentar.

Orloff atrage atențiunea asupra frecvenței oftalmiilor metastatice postoperatorii printr'un apendice inflammat sau dinte cariat Raportează pe scurt două cazuri a căror infecțiune este de origine dentară.

Cazul No. 2. Bolnava F. R. în vârstă de 22 ani cu domiciliul în comuna Vata de jos jud. Hunedoara întră în serviciul Clinicei Oftalmologice în ziua de 18. VII 933. — În antecedente hereditare și personale nimic important.

Boala actuală datéază din luna Martie a. c., debutând la O. S, prin scăderea acuități vizuale, bolnava având senzația unui val verde-galben înaintea ochiului, ce devine din ce în ce mai dens. Aceleași fenomene le-a observat și la ochiul drept la un scurt interval de timp.

În ziua de 20 VII. 933 paracenteză superioară ochiul stâng cu eliminarea în totalitate a maselor cristaliniene. În 29. VII. ușoară fotofobie, pupila rotundă, în profunzimea vitrosului prezentând o rețea cenușie. În ziua de 4. VIII.

la examenul oftalmoscopic se constată aparența unei deslipiri de retină. În 18. VIII. bolnava a avut puternice dureri hemicraniene cu caracter matinal. Ochiul stâng examinat digital, era hipertensiv. În 22 VIII. bolnava fiind examinată din punct de vedere stomatologic se constată o periodontită la 5. 8. La extracție abces radicular. Ochiul rămâne liniștit până în ziua de 6. XI. când se constată în camera anterioară a ochiului stâng o ușoară ipemă care dealfel în decurs de 2 săptămâni se rezoarbe.

Iată un al doilea caz unde nu colita, ci un abces dentar dă fenomene de oftalmie metastatică postoperatorie. — Intervenindu-se în cavitatea bucală, și extrăgând dinții bolnavi s'a constatat că un permolar și un molar prezentau abcese radiculare.

Orloff în 1935 excluzând infecția bacteriană, atribuie oftalmiilor metastatice postoperatorii, acțiunea anafilactică și toxică a opacităților cristaliniene rămase în ochi după extracție.

Opiniunea, că ochiul a fost un „locus minore resistentiae” nu trebuie considerată o frază fără importanță, de oarece intervenția operatorie și mai ales extracția cristalinului, mai departe rezorbțiunea resturilor cristaliniene nu pot rămâne fără repercusiune.

Block cu ocazia cercetărilor în legătură cu metastazele purulente în pneumonii, a ajuns la concluzia că o traumă nepericuloasă ar putea da loc la colonizări baccilare care circulă în sânge sau limfă. Chiar fără presupunerea unei vătămări printr'o traumă operatorie, n'ar fi de neglijat predispoziția ochiului la multe îmbolnăviri generale, aceasta datorită ochiului în general și arhitecturii retinei și fineței aparatului vascular în special. Această predispoziție particulară a ochiului pentru participarea la îmbolnăviri generale își găsește explicația în concluzia cercetărilor experimentale ale lui Stocks, că metastaze în infecții generale pot avea loc într'un mare număr al cazurilor și la ochi cari n'au fost expuși anterior vreunei excitații.

Influența terenului este importantă și indiscutabilă. —

Fără îndoială surmenajul, debilitățile, oferă o priză micro-organismelor care acompaniază toate traumatismele.

Se poate afirma că ochiul lezat constituie un rezervor pentru microbii circulației sangine.

Reumatismul, arterioscleroza, artritisul, diabetul au oarecare influență, capabile a declara o irido-ciclită pe un ochi neatins ; dar pe unul mutilat ?



Patogenie.

Microbii ajung la nivelul membranelor interne ale ochiului pe cale sangină.

Tetsutaro Schimamura pentru a elucida existența unei infecțiuni endogene toxice a ochiului a făcut o experiență, provocând la iepuri plăgi aseptice ale corneei. A injectat subcutan sau intravenos produși solubili filtrați ai bacterium coli, piocianic și stafilococului aureus. În aceste condițiuni a constatat că plăgile aveau aceeași evoluție ca și la animalele martore.

E probabil că în experiențele contradictorii ale lui **Tornatolo**, s'a produs o infecțiune secundară exogenă, respectiv, iritații cu punct de plecare sacul conjunctival care la tehnica întrebuințată de autor pare foarte posibilă.

Chestiunea infecțiunii endogene a ochiului se presupune și admitea principial. În ultimul timp grație studiilor microscopice și bacteriologice, a primit o importanță reală.

În formele grave ale metastazelor purulente, retina aproape exclusiv este punctul de plecare a infecției endogene. Dacă privim modificările vaselor retiniene în a cărei rețea s'a produs necroza, ca o dovadă, socotim punctul de plecare al îmbolnăvirii ochiului aci. Aceste vase ne arată poarta de intrare indiscutabilă a infecției, unde se poate urmări cu ușurință invazia microorganismelor.

În cazul lui **Wopfner**, unde panoftalmia metastatică după operația cataractei, este o complicație a unei pneu-

monii, nu se poate vorbi despre o infecție exogenă a ochiului posibilă la un interval de 5 zile dela operație. Pentru aceasta pledează lipsa fenomenelor de reacțiune la nivelul plăgii corneene. Au lipsit semnele inflamațiunii conjunctivale, mai cu seamă că sunt f. rare cazurile unde bacilul Friedländer se găsește în sacul conjunctival. Regiuni ca suprafața anterioară a irisului în unghiul cornean, canalul lui Schlemm unde se filtrează umorul apos, sunt caracteristice printr'o participare la procesul de indurație a țesutului. Trebuie luat în considerare momentul negativ că nu s'a putut dovedi prezența microorganismelor în vasele porțiunii anterioare a irisului, cu excepția părților cele mai anterioare ale irisului, unde endoteliul apărător al camerei anterioare a fost în parte distrus. Studiul istologic complet al ochiului, ne arată infecția generalizată a organului, având ca poartă de intrare artera centrală.

Oftalmia metastatică, care se prezintă într'o fază mai avansată sub aspectul clinic al unei panoftalmii, ce se termină în general prin atrofia globului ocular, este provocată printr'o embolie septică a capilarelor sau micelor artere retiniene sau coroidiene. Embolia unei artere mai mari, ca de exemplu: artera centrală a retinei este excepțională.

Brusselmaus într'un caz unde au apărut simultan o tenonită supurată și-o coroidită plastică cu origină net septicemică și puerperală, și-a explicat dubla infecție coroidiană și tenoniticiană, printr'o dublă metastază datorită focarelor de diseminare simultane dar distincte intra și extraoculare.

Dupuy-Dutemps a putut descoperi existența unui traiect fistulos infectat, prin semnele următoare căutate cu lupa. În cazuri nesigure: eroziunea epitelială pe linia cicatricii, infiltrația corneeană în vecinătatea punctului suspect, vasele conjunctivale superficiale cufundate brusc în cicatrice, traversând dintr'o parte în alta pentru a penetra în interiorul ochiului. Irido-ciclitele prin fistulizarea cicatricii, după operație de cataractă, s'au produs prin infecția

cu germeni patogeni veniți depe suprafața conjunctivală în urma penetrațiunii prin cicatricea vicioasă.

Lagrange susține că resturile cristaliniene sunt un excelent mediu de cultură pentru microbi și-o cauză iritativă pentru ochi. Ba mai mult, această iritație depinde de situația lor.

Numai în cazul când sunt proiectate înainte în camera anterioară dau fenomene iritative, perzistând până la rezorbția completă a acestor masse cristaliniene.

În vasele oculare localizarea microbiană teoretic se face după 3 maniere.

a) *Un embolus septic pleacă dintr'un punct al torenului circulator — valvulă aortică, endocardită vegetantă — ca în septicemii ce foarte adesea se observă, pentru a ajunge în teritorul vascular al ochiului.* Aceasta datorită faptului că artera oftalmică se detașează în unghi drept din carotida internă și că în al doilea rând calibrul său este destul de considerabil.

b) *Fără a fi un embolus preexistent, microbii vin a face embolii la nivelul capilarelor retiniene sau coroidiene.* Arterele retiniene fiind neanastomozate, de tip terminal, se obliterează producând o oprire a circulației într'un teritoriu. Astfel ar urma o necroză care favorizează dezvoltarea leziunilor.

c) *O tromboză septică vine a se produce cu ajutorul stazei sangine și alterațiunilor vasculare.*

Tromboza e determinată de acțiunea toxinelor, toxine care creiază fenomene de vasoconstricție sau vasodilatație, în urma căreia se întreține o jenă circulatorie. Apoi urmează acțiunea continuă a septicemii, creind leziuni endoteliale vasculare.

În timpul din urmă teoria embolusului fiind părăsită rămân în picioare doar teoria embolii și-a trombozei pentru a explica patogenia oftalmiei metastatice.

Afecțiunea poate debuta :

A) *La nivelul segmentului posterior al ochiului.*

1. Prin arterele musculare rezultă infecția capsulei lui Tenon dând tenonita.

2. Prin arterele ciliare scurte posterioare dând coroidita.

3. Prin artera centrală a retinei dând retinita.

B) *La nivelul segmentului anterior.*

Prin arterele ciliare lungi posterioare dând iritele. Aceste diferite afecțiuni se pot vindeca, dar mai adesea infecția câștigă teren invadând tot globul ocular, dând naștere astfel panoftalmiei.

Infecțiilor slabe sau mijlocii trecerea bacteriilor în corpul vitros n'are loc decât în cazul unei iritații recente a ochiului. În cazul infecției generale bacteriile trec în corpul vitros chiar în absența iritațiilor.



Manifestațiuni clinice.

Oftalmia metastatică se poate manifesta sub diferite forme clinice :

1. **Tenonita** când localizarea agentului e în spațiile celulelor lui Tenon. Tenonita apare în cursul maladiilor infecțioase ca de ex : gripă, febră tifoidă, sau ca o complicație a stărilor infecțioase cu punct de plecare definitiv recunoscut, sistemul genito urinar. În acest cazuri, metastaza infecțioasă pare a atinge primitiv sistemul irido-coroidian sub o formă insidioasă și numai secundar capsula lui Tenon.

Forma aceasta clinică debutează cu dureri periorbiculare. Mișcărilor globului ocular sunt dureroase pentru care motiv rămâne imobil. La câteva zile apare un nou simptom, injectarea subconjunctivală paralel cu o tumefiere a pleoapelor. Exoftalmia e directă și nici odată considerabilă. Tenonita nu e o afecțiune gravă prin ea însăși, dacă se intervine precoce. Foarte adeseori se vindecă, nelăsând turburări funcționale importante. Dar dacă luăm în considerare iridociclita care o acompaniază, afecțiunea poate avea o evoluție gravă. În rezumat, prezența unei exoftalmii cu chemozis, edem palpebral fără dureri, în cursul unei infecții generale ne atrage atențiunea unei tenonite.

2. **Corio-retinita** prin care înțelegem localizarea infecțioasă în cursul afecțiunilor locale sau generale, a cărei poartă de intrare este îndepărtată de ochi, dar al cărui agent este vehiculat de torentul sangin. Proliferarea microbiană și afluxul leucocitar se pot localiza dela început fie

în țesuturile coroidii fie ale retinei, sau deodată în amândouă. Ea poate evolua sub două aspecte :

a) *Corio-retinita purulentă* cu injecțiunea epibulbară, echimoză și turburări de vedere. La două trei zile supresiunea completă a percepțiunii vizuale. Regiunea orbitară sensibilă, dureri insuportabile. La examenul oftalmoscopic ; turburări difuze ale irisului, mai târziu prezența unui ipopion în camera anterioară. Corio-retinita purulentă, complicându-se în mod frecvent cu panoftalmia, e forma cea mai gravă. Perforația se poate produce în sclerotică, sau în vecinătatea inserțiunii mușchilor dreپți. După evacuare, simptomele cedează.

b) *Retinita metastatică*. Un studiu mai aprofundat demonstrează că supurația debutează în retină, de unde înv. darea acestei membrane. Există o retinită metastatică asemenea unei coroidite metastatice bine distincte. La examenul anatomo-patologic s'au constatat alterațiuni mai avansate decât în coroidă. Fiind o formă benignă nu produce reacțiuni inflamatorii exterioare, turburări vizuale, decât foarte rar poate prezenta o ușoară injecțiune epibulbară, echimoză, care atrage atențiunea medicului. În multe cazuri aspectul corneei și-a camerii anterioare rămân normale. — Afecțiunea e indoloră. La examenul oftalmoscopic mici plăci rotunde de degenerescență. Afecțiunea termină prin vindecare.

3. Iritele operatorii sunt sub dependența infecției microbiene când o afecțiune inflamatorie interesează simultan și cu aceași intensitate atât irisul cât și corpul ciliar, primește numele de irido-ciclită. Ciclitele produse pe calea exogenă — în urma traumatismelor perforate, plăgilor operatorii — iau aspectul irido-ciclitei acute supurate provocată de microbii obișnuiți ai supurației — pneumococi, stafilococi, streptococi.

Irido-ciclitele supurate endogene primesc numele în general de oftalmii metastatice produse prin aceiași microbi ai supurației cari produc și irido-ciclitele supurate exogene. În irido-ciclita acută supurată, conjunctiva bulbară este intens congestivă și echimotică, edemul pleoapelor e prezent, iar bolnavul acuză dureri foarte vii. Dilatând pupila prin

atropină, se constată un disc central format din exudat. Irisul are aspectul iritei supurate cu ipopion. În cazurile de intensitate mijlocie, fenomenele inflamatorii diminuează lent, lăsând în urmă, ochiului, o funcțiune vizuală alterată. În cazurile foarte grave, inflamația se extinde la polul posterior al globului ocular, pentru a determina panoftalmia purulentă, care poate perfora în apropierea limbului corneean.



Evoluție și complicații.

Oftalmia bilaterală nu este excepțională. Se poate face prin oricare din cei doi ochi. Secundul este prins câteva zile mai târziu. Leziunile fundului de ochi ale secundului sunt asemănătoare cu acele ale primului. În unele cazuri, ochiul secund n'a fost prins decât târziu, atunci când leziunile primului erau oprite în perioada de stare. Extrem de rar se întâmplă ca doi ochi să fie prinși simultan. Ochiul poate fi conservat ca organ, dar din punct de vedere funcțional este pierdut.

Oftalmia metastatică se complică adeseori cu o panoftalmie sau flegmonul ochiului, când vorbim de accidente postoperatorii tardive. Panoftalmia este infecția supurată a întregului conținut intraocular, în cursul căreia capsula oculară este sediul unui abces.

Panoftalmia poate surveni în urma :

Traumatismelor	} plăgi penetrante, corpii străini
Afecțiunilor infecțioase ale corneei	} ulcerul cornean
Intervențiilor chirurgicale	} glaucom, cataractă.

Ablația cristalinului facilitează infecția globală a ochiului. Bolnavul acuză în primele 24—36 ore dureri oculare ce cresc în intensitate. Ascenziuni termice. Congestia polului anterior, edemul mai mult sau mai puțin marcat la marginea liberă a pleoapelor, fotofobie și-o sensibilitate vie la presiune ne anunță existența acestei complicații redutabile. Fenomenele dureroase continuă să crească în intensitate, adesea globul ocular își mărește volumul.

Camera anterioară precum și vitrosul se umple cu puroi dând un ipopion de culoare galbenă. Perforația e inevitabilă. Colecția se poate deschide la nivelul corneei sfacelate, vidându-și conținutul la exterior. Din acest moment starea inflamatorie se atenuiază, globul ocular diminuează în volum, mai târziu devenind un bont scleral atrofice. Corpul vitros e redus la benzi cicatriciale sau transformat într'un lichid ce amintește pe acel al hidrocelului. Irisul și corpul ciliar oferă deformațiuni diferite, adesea cavități chistice. Retina rapid dezorganizată. Nervul optic se atrofiază printr'o degenerescență ascendentă, iar coroida fiind adesea sediul depozitelor calcare.

Vederea e complet compromisă.



Diagnostic.

Oftalmia metastatică trebuie diferențiată de inflamația conjunctivală purulentă, luându-se în considerare edemul palpebral, chemozis câte odată, durerile globului ocular, semne cu care evoluează ambele afecțiuni. Diagnosticul totuși este ușor, având în vedere următoarele: în conjunctivitele purulente, leziunile au sediul înaintea globului ocular, vederea nefiind atinsă. Nu acesta e cazul în oftalmia metastatică unde vederea este interesată din primele momente. În oftalmia metastatică manifestată sub forma unei irido-ciclite avem mioză, o mioză de altfel puțin aparentă la lumina zilei, pentru care motiv, la precizarea diagnosticului, bolnavul trebuie examinat în camera obscură. Conjunctivita purulentă se acompaniază de o scurgere purulentă abundentă, pecând oftalmia metastatică numai după ce s'a produs perforația.

Diagnosticul diferențial mai trebuie făcut și cu accidentele glaucomatoase acute. Tenziunea deși poate fi ușor ridicată pentru un moment în oftalmia metastatică, totuși exudatul pupilor purulent, totdeauna în camera anterioară, ne conduce pe calea diagnosticului. În oftalmia metastatică avem mioză, în glaucom midriază. Tonusul ocular normal sau scăzut în irido-ciclite, hipertonie oculară în glaucom. În glaucom deasemenea avem aspectul mat, verzui, al corneei și îngustarea câmpului vizual de partea nazală. Un examen minuțios ne cruță de comiterea vreunei erori.

Acest diagnostic este extrem de important, orientându-ne asupra atitudinii pe care trebuie s'o luăm în cece privește terapia. În irido-ciclite administrăm midriatice, pe când în glaucom miotice.

Pronostic.

Pronosticul vital e grav. El e în raport cu gradul septicemiei, a cărei localizare este oftalmia. Pronosticul vizual este deasemenea sombru.

În oftalmiile cu pneumococi, meningococi, consecutiv afecțiunilor pulmonare, simptomele survenite se atenuiază rapid fără perforație. Pentru acest motiv și pronosticul e favorabil.

Șansele de supraviețuire după o oftalmie metastatică în cursul unei pierii chirurgicale unde streptococul și stafilococul aureus au intoxicat organismul, nu sunt decât 37%.

Irita și irido-ciclita prin urmările lor directe sau indirecte, prin hipertenziune, pot influența în rău pronosticul. În aceste cazuri suntem rezervați. Oftalmia metastatică manifestată sub forma unei irido-ciclite confirmă starea gravă în cari sunt bolnavii operați, dar care nu anunță un desnodământ fatal. Irido-ciclita supurată nu se rezumă numai la pierderea vederii, ci de foarte multe ori duce la însăși pierderea ochiului afectat. Rămâne rezervat chiar și în cele cu evoluție benignă.

În caz de panoftalmie, când procesul inflamator interesează întreg conținutul globului ocular, enuclearea se impune de urgență, căci durerile epuizează pe bolnavi.

Tratament.

Depistând afecțiunea care provoacă oftalmia metastatică, aplicăm un tratament corespunzător, suprimând focarul determinant.

În cazul clinic No. 1 unde o colită dă fenomene de irido-ciclită după operația cataractei, ne vom îndrepta atențiunea asupra tubului digestiv.

În cazul clinic No. 2 extracția dintelui cu abces periradicular ameliorează starea bolnavului, simptomele cedând în scurt timp.

Când conjunctivita e recunoscută un tratament îngrijit evită infecția. Tratamentul de ales este obliterarea fistulei printr'o autoplastie conjunctivală după cauterizare și avivare în prealabil, un lambou conjunctival care protejează plaga corneeană. Din nenorocire nu se poate obține totdeauna, mai ales când s'a făcut o iridectomie preparativă.

Paralel cu suprimarea focarului determinant, vom administra în cazul iritelor și irido-ciclitelor un tratament simptomatic care constă din; aplicarea midriaticelor în special atropina cu tripla acțiune:

a) *Antiflogistică*. Prin dilatarea pupilei produce expulzia unei cantități mari de sânge, din vasele iriene.

b) *Paralizantă*. Pune irisul în repaus, suprimând durerea datorită spasmului.

c) *Prin midriază* rupe sinechiile posterioare.

În cazurile grave se fac instilații cu atropină tot la 10 minute. Pentru a obține un efect midriatic energic se poate administra atropina în cristale, în sacul conjunctival.

Când administrăm atropina, să avem în vedere persoanele sensibile la care doze mari pot da fenomene de intoxicație — uscarea gâtului, dureri de cap, cianoza feței, puls tachicardic, frisoane, lipotimie — și'n aceste cazuri atropina trebuie rărită sau chiar suprimate. O deosebită atențiunea trebuie să avem în cea ce privește administrarea atropinei care este un accelerator al accidentelor glaucomatoase care pot apare în cursul iritelor și irido-ciclitelor.

Pe lângă atropină se pot administra *antivevralgice*; aspirină, piramidon, *termoterapie*; comprese fierbinți și termofor electric. *Sângerări de vecinătate* prin 2—3 lipitori, sau cu ajutorul ventuzei lui *Heurteloup* aplicată în regiunea temporală, care favorizează acțiunea midriaticelor.

Injectiuni cu *pilocarpină* 1 ctgr subcutan, cu *clorură de sodiu și cianură de mercur* 1 c. c.

Indicațiuni operatorii.

Când oftalmia metastatică se complică cu panoftalmia sau flegmonul ocular, complicație postoperatorie tardivă, se practică enuclearea rapidă după o anestezie profundă cu novocaină.

În infecțiile ce provin dela conținutul sacului conjunctival, mai ales când există și-o dacriocistită, cei mai mulți oculiști au propus extirparea prealabilă a sacului lacrimal.

În caz că supurația s'a extins în țesuturile orbitei, nu vom proceda la enucleare, fiind un pericol iminent pentru vena oftalmică și meningeae, a căror inflamație purulentă poate duce la un sfârșit dramatic. Ne vom mulțumi a face incizii profunde atât în flegmonul orbital cât și în cel ocular.

Totuși, se pare că practicând aseptice enucleația, n'ar fi contraindicată, deoarece accidentele meningeale observate în câteva cazuri, ca urmare enucleației globului ocular în plin flegmon, ar ține fie de localizarea cerebrală a infecțiunii generale care a dat naștere supurației oculare, fie de infecția supraadăogată de chirurg. Va fi deci, inutil a prelungi suplicul bolnavului ținându-l sub observație.

Concluziuni.

1. Se înțelege sub numele de oftalmie metastatică, infecțiuni de origine endogenă (hematogenă) care invadează pe cale hematică țesuturile ochiului sau se localizează pe una din ele.

2. Oftalmia metastatică după operația cataractei este produsă de infecțiuni generale: septicemii streptococice, sau de infecțiuni cu caracter local (infecție dentară, uro-genitală etc.) În cazurile observate de noi în Clinica Oftalmologică, colita și afecțiuni dentare (abces radicular) au provocat fenomenele oftalmiei metastatice.

3. Localizarea oculară are un debut variabil după punctul unde se localizează embolia.

4. Pronosticul vizual în oftalmia metastatică după operația cataractei este totdeauna serios.

5. Tratamentul trebuie să fie general și se adresează stării septicemice și local simptomatic.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. D. Michail

Decanul Facultății:
ss. Prof. Dr. D. Michail

Conclusions.

1. On comprend sous le nom d'ophtalmie métastatique, les infections d'origine endogène (hématogène) qui envahit les tissus par voie hématique où, se localise sur l'un d'eux.

2. L'ophtalmie métastatique après l'opération de la cataracte est produite par diverses infections générales: septicémies streptococcique, pneumococcique ou par des infections locale (infections dentaire, infections uro-génitale.) Dans les cas observés par nous dans la Clinique Ophtalmologique de Cluj, ces phénomènes (d'ophtalmie métastatique) furent provoqués par la colite et un abcès radiculaire.

3. La localisations oculaire commence de façon différentes, conditionnées par la localisation embolique.

4. Le pronostique pour la vision, dans l'ophtalmie métastatique est toujours grave.

5. Le traitement doit être aussi général que local, visant l'état septicémique aussi que les lésions locales.

Vue et bonne à imprimer.

La président de la thèse :

s. s. Prof. Dr. D. Michail

Le doyen de la Faculté de
Médecine :

s. s. Prof. Dr. D. Michail

Bibliografie.

1. *Albert Terson* : Maladies de l'oeil 1909.
2. *Paul Brusselmaus* : Uvéo-ténonite métastatique. Archives d'Ophthal 1925.
3. *Berger* : Les maladies des yeux dans leur rapport avec la pathologie générale. Encyclopédie française d'Ophthalmologie T. I. IV.
4. *F. Brun et Morax* : L'ophtalmie métastatique, Thérapeutique oculaire.
5. *Casali* : L'ophtalmie métastatique par la diplocoque de Talamon-Froenkel. Annali di Oftalm. 1903.
6. *Chemet* : L'ophtalmie métastatique. Thèse de Paris.
7. *Dupuy-Dutemps* : Irido-choroïdites au cours de infections aiguës. Rapport à la Soc. Fr. d'Ophthalmologie 1922.
8. *Dupuy-Dutemps* : L'irido-cyclite tardive par fistulisation de la cicatrice après l'opération de la cataracte et son traitement. Clinique Ophtalmologique 1910.
9. *Gilbert* : L'ophtalmie endogène ou métastatique après les opérations oculaires. Annales d'Oculistique 1928.
10. *Jean Connes* : L'ophtalmie métastatique à pneumocoques Thèse à Toulon.
11. *R. Jacqs* : Des états inflammatoires consecutifs à l'opération de la cataracte. La Clinique Ophtalmologique 1912.
12. *Lagrange* : Maladies de la retine. Encyclop. d'Oph. T. IV.
13. *Lagrange* : Affections médicales du cristallin. Encyclop. Fr. d'Opht. T. VI.
14. *D. Michail* : Irita și irido-ciclita cu tratamentul lor. Tratat de Oftalmologie.

15. *Morax*: Choroïdites métastatique. Précis d'Opht. 1921.
16. *P. Orloff*: Irido-cyclites post-opératoires consécutives à l'extraction du cristallin. Revue générale d'Ophtal. 1935. No. 7.
17. *Petit*: L'ophtalmie métastatique. Thèse de Lion.
18. *Rötth*: Metastatische Endophtalmitis nach Katarakt-extraction. Klinische Monat. für Angenheilkunde 1927.
19. *Tetsutaro Schimamura*: Giebt es eine endogene toxische Wundentzündung am Auge? Klinische Monat. für Augenheilkunde 1902.
20. *Torres Estradas*: Irido-cyclite double par abces dentaire. La Clinique Ophtalmologique 1924.
21. *Wopfner*: Ein Fall von metastatische Panophtalmie bei einem Katarakterierten als Folge einer Kruppösen Pneumonie mit Friedländers Pneumobazillus. Klinische Monat. für Augenheilkunde 1902.

