

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

Nr. 1208

Procedee chirurgicale în tratamentul deslipirii de retină

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 16. XII. 1937.

D E

HERMANN LADISLAU

Procedee chirurgicale în tratamentul deslipirii de retină

TEZĂ

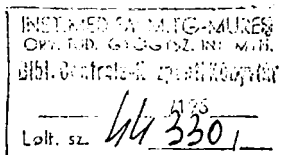
PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 16. XII. 1937.

D E

HERMANN LADISLAU



23 MAY 2005

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

DECAN : D-NUL PROF. DR. D. MICHAIL

PROFESORI :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Istoria Medicinii	" " BOLOGA V.
Bacteriologie	" " BARONI V.
Fiziologia umană	" " BENETATO G.
Patologia generală și experimentală	" " BOTEZ M. A.
Clinica oto-rino-laringologică	" " BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	" " DRĂGOIU I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " GRIGORIU C.
Semiologia medicală	" " GOIA I.
Clinica medicală	" " HAȚIEGANU I.
Medicina legală	" " KERNBACH M.
Clinica oftalmologică	" " MICHAIL D.
Clinica neurologică	" " MINEA I.
Igienă și igiena socială	" " MOLDOVAN I.
Chimia biologică (Supl.)	" " MANTA I.
Radiologia medicală	" " NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" " PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală	" " POP A.
Medicina operatoare	" " POPOVICIU GH.
Clinica infantilă	" " POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	" " STURZA M.
Balneologie	" " SĂCĂREANU S.
Chimia medicale	" " TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică	" " ȚEPOSU E.
Clinica urologică	" " URECHIA C.
Clinica psihiatrică	" " VASILIU TITU
Anatomia patologică	" "

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

PREȘEDINTE : Dl. Prof. Dr. A. POP

MEMBRII : {
 Dl. Prof. Dr. T. VASILIU
 " " " V. BOLOGA
 " " " G. BENETATO
 " " " G. POPOVICIU

Supleant D-l. Doc. Dr. P. VANCEA

Introducere.

În oftamologia de astăzi, problema deslipirii de retină este pe primul plan. O serie întreagă de autori lucrează pentru a putea scăpa dela orbire, bolnavii cari suferă de această boală. Progresul tratamentului se datorește descoperirilor făcute în domeniul patogeniei al acestei boale. Etiologia bolii, în majoritatea cazurilor, este necunoscută, din cauza aceasta tratamentul nostru nu poate fi un tratament etiologic, ceiace ar fi de altfel idealul.

De Wëcker și Th. Leber elucidând problema patogeniei, ne-au dat un punct de atac în aplicarea tratamentului. Noi astăzi nu putem împiedica formarea deslipirii, deoarece nu cunoaștem cauza ei. Știind însă, că deslipirea de retină este întreținută de orificiul retinian, putem închide chirurgical acest orificiu și făcând un tratament patogenetic retina se așează iar pe coroidă. O vindecare, cu reluarea funcțiunii, nu putem realiza, deoarece retina fiind un țesut nervos, este foarte fragilă, dar putem opri evoluția malignă a boalei și bolnavul poate trăi mai departe în societate.

Este un progres extraordinar, deoarece înaintea epocii chirurgicale ale acestei boale, absoluta majoritate a cazurilor ajungea la cecitate. Foarte rare sunt acele cazuri unde cu diferite tratamente medicale s-a putut opri evoluția malignă a boalei, dar pericolul recidivării amenința pe bolnav în tot restul vieții.

Deslipirea de retină este o boală frecventă, și în zilele noastre cazurile apar și mai des. Statisticele mari arată că miopia progresează cu civilizația omenirii. Una dintre cauzele principale ale deslipirii de retină fiind miopia ne putem explica ușor înmulțirea cazurilor de deslipiri. Pe de altă parte omul, care lucrează în industrii este mult expus accidentelor traumatice cari și ele produc destul de des deslipiri de retină. Deci înmulțirea cazurilor de deslipiri de retină nu se poate explica prin lipsa diagnosticului precis din trecut, ci este o înmulțire reală a cazurilor.

Medicina este mare, o mică parte din ea se numește terapie. Aseastă mică parte s'a îmbogățit cu un nou procedeu — care astăzi încă are lipsuri — dar în scurt timp, se va putea întrebuița pe o scară întinsă și va scăpa mulți bolnavi dela cecitate.

Tratamentul medical.

O serie întreagă de medicamente au fost întrebuințate în scop terapeutic. Rezultatul însă a fost nesatisfăcător. Profesorul Ovio din Roma, într'un referat ținut la congresul dela Madrid (1933), înșiră toate metodele medicale și stabilește că, cu ajutorul acestor metode s'au vindecat 20% din cazurile tratate.

Ca prima metodă de tratament, trebuie să amintim repausul la pat. De această metodă, introdusă de Stellwag, ne servim și astăzi, ca adjuvant a metodei chirurgicale. Sunt câteva cazuri în literatură în cari s'a ajuns la o vindecare complectă cu această metodă. Dar se cere din partea bolnavului o disciplină extraordinară, ca să stea în pat liniștit, timp de luni întregi, până la 2 ani, să reducă mișcărilor la minimum posibil și să vorbească numai strictul necesar. Această metodă însă pe lângă că pune la încercare voința bolnavului mai este și periculoasă, fiindcă un organism ori cât de tare să fie, suferă sub acest tratament.

Sammelsohn în anul 1875 inaugurează pansamentul compresiv. El aplică un pansament din cauciuc în așa fel ca ochiul să fie sub o presiună, însă ca bolnavul să nu sufere din această cauză. Acest pansament se aplică timp de 3—4 săptămâni.

Urmează o serie de autori cari încearcă diferite tratamente așa de ex. Donders, diaforeza; Weber, eserina; Laqueur, atropina; Schöler, încearcă electroliza; Grandenigo, încearcă masajul cu rezultate variabile.

Un tratament medical (Rothmund) care este întrebuințat și astăzi, este injecția subconjunctivală de ser fiziologic amestecat cu novocaină. Acesta se face anesteziând conjunctiva cu cocaină sau pantezină și se introduce cu seringă până la un cm^3 de ser și se aplică un pansament, pe un timp de 12 ore. Se mai întrebuințează injecții retrobulbare, cari și ele au de scop, stimularea metabolismului ocular.

Se mai injectează sublimat, cianură de mercur, iodură de sodiu, clorură de calciu, sulfat de magneziu.

S'au încercat injecții intrabulbare cu diferite substanțe. O încercare interesantă și care s'a întrebuințat pe o scară întinsă, dar cu rezultate minime au fost injecțiile de corp vitros, recoltat dela epure și injectat în camera posterioară a ochiului bolnav. Acest lucru se făcea cu scopul de a mări tensiunea intraoculară ca membrana retiniană să se așeze iar pe loc. Aceasta metodă n'a avut succese terapeutice.

S'au mai injectat în glob tinctură de iod, sublimat corosiv și ser fiziologic.

Unii autori suspectând ca etiologia acestei boale tuberculoza sau altă infecție, au încercat tuberculino terapia și proteino-terapia fără rezultate.

O metodă de care se face uz și acuma este purtarea ochelarilor stenopeici. Explicația acestei metode este următoarea: Retina se mișcă foarte violent, în caz dacă globul se mișcă în jurul axei sale. Ca să punem în repaus retina împiedicăm mișcările globului prin acești ochelari, bolnavul fiind nevoit să-și întoarcă capul, când urmărește un obiect, care mișcare nu influențează statica retinei deslipite.

După cum vedem procedeele medicale sunt multiple. Unele se întrebunțează și astăzi însă tot mai rar. Aceste metode trebuie să completeze numai terapia chirurgicală, sau să ne servim de ele în cazurile când intervenția chirurgicală este contraindicată.

Istoricul tratamentului chirurgical.

Deslipirea de retină era cunoscută de medicii încă din anatomie, înaintea descoperirii oftalmoscopului de către Helmholtz. Primul care a inaugurat tratamentul chirurgical a fost James Ware, care acum 100 de ani (1805 și 1812) fără a avea oftalmoscop întreprinde punții, în cazuri pre-
cupuse de deslipiri de retină.

După descoperirea oftalmoscopului propune A. v. Graefe transfixia retinei, formarea orificiului retinian fiind socotit de acesta un procedeu terapeutic. (Graefes Archiv IX. 2. pag. 90).

În 1859 propune Sichel punția în sensul lui James Ware.

Urmează Alfred Graefe (v. Kries), care propune formarea fistulelor permanente, pentru a drena lichidul retroretinian. Un adept al acestui procedeu, De Wecker produce fistula, introducând o sârmă de aur pentru a împiedica cicatrizarea. Pentru eliminarea lichidului retroretinian întrebunțează Higgs (1879) trepanția și Mc Keown (1877) și Parinaud (1884) întrebunțează sclerectomia.

Progrese mari a făcut elucidarea patogeniei deslipirii de retină în timpul lui De Wecker și Th. Leber. De Wecker este primul care susține că formarea orificiului pe retină este cauza deslipirii. De Wecker deosebește:

- 1) Decollement par distension la ochi cu sclerectazii
- 2) " " atracțion
- 3) " " soulevement.

În primul caz: „Le liquide... refoile le corps vitré endechirant la retine et a ce moment le liquide fait brusquement irruption entre la membrane nerveuse et la choroïde, en soulevant la rétine sous forme de poche”.

Cauza fiecărei deslipiri după părerea lui Leber este ruptura retinei. El este primul care a studiat și a descris producerea rupturii retiniene.

De Wecker, Martin și Luca introduc ignipunctura retinei. Se constată că ignipunctura este bine tolerată de această membrană și după această intervenție retina se sudează cu coroida. Se cunoștea în acest timp etiologia deslipirii, ignipunctura era întrebuințată, lipsea numai siguranța în localizarea rupturii pentru, a putea îndrepta cauterul exact la locul dorit. După cum se vede înaintea lui Gonin s'au întrebuințat metode chirurgicale bine studiate, însă nesigure ca efect, deoarece rar s'a ajuns ca să se cauterizeze orificiul retinian, ceiace era scopul intervenției. Gonin are meritul de a fi dat siguranță acestor procedee. El localizând exact sediul rupturii și îndreptând apoi cu ușurință cauterul la acest nivel, a ridicat valoarea procedurii chirurgicale, făcând ca prognosticul acestei boale să nu mai fie așa de infaust, ca mai de mult. În istoricul tratamentului trebuie să amintim numele lui Sourdille care a întrebuințat pentru prima dată electroliza, apoi numele lui Schoeller care injectează tinctură de iod în spațiul preretinian (între retină și corpul vitros deslipit.) Apoi Deutschmann care în anul 1896 face ignipunctura unui caz, care după această intervenție se ameliorează și în fine trebuie să amintim pe Galezovski care face un tratament sistematic; evacuând lichidul retrorretinian închide orificiul retinian prin ignipunctură. În timpurile mai noi sunt o serie întreagă de autori cari au atribuit la perfecționarea procedurii lui Gonin. Unii au perfecționat tehnica localizării rupturilor cum este Lindner, Colenbrander, etc., pe când alții au adus modificări și perfecționări în tehnica operatorie, cum sunt Vogt, Guist, Lindner, Weve etc.

Rupturi retiniene.

Evidențierea rupturilor retiniene reușește în 75% a cazurilor și acest lucru se face ușor. În restul cazurilor la cari de obicei sunt tulburări ale corpului vitros, sau tulburări ale lentilei (cataracte incipiente) sau încreștături multe pe retină, rupturile se găsesc anevoios și trebuiesc

căutate în rapetate rânduri, pe lângă o midriază maximă, realizată cu atropină sau homatropiră. Sînt cazuri rare, citate, unde orificiul nu se vede fiind acoperit complet de o cută a retinei și care în aceste cazuri se evidențiază după o puncție sclerală executată în scop terapeutic. Pentru evidențierea rupturii se poate întrebuița următoarea manoperă. Se pune bolnavul timp de 24 ore în decubit lateral stîng apoi eventual tot atîta timp în decubit lateral drept, cînd cu aceasta manoperă cutele dispar și orificiul se poate vedea la oftalmoscopie. Forma deslipirii de retină cît și forma și sediul rupturii ne ajută foarte mult în execuția intervențiunii chirurgicale.

Trebuie să acordăm o importanță foarte mare modificărilor patologice din jurul rupturii, zonelor de degenerescență din retină și coroidă, hemoragiilor ale acestor tunici și alterațiunilor chistice ale retinei. Toate aceste au importanță în prognosticul intervențiunii.

Recunoașterea rupturii și diagnosticul diferențial față de hemoragii coroidiene nu înlămpină greutăți mai mari. Marginile rupturii sînt eversate, ușor opace, crateriforme, cari la oftalmoscopie apar colorate în negru, sau grii închis. Orificiul însuși are o culoare roșie deschisă. Dimensiunea orificiului variază dela o mărime punctiformă pînă la, de zece ori dimensiunea papilei.

Technica localizării rupturilor. Procedeu cel mai bun care permite o localizare exactă a rupturii — ceea ce este de o importanță hotărătoare în intervenție — este procedeu lui Gonin.

Meridianul rupturii se marchează cu tuș pe porțiunea limbului cornean, opus rupturii. Acest punct trebuie să fie într-o linie dreaptă formată de centrul rupturii, centrul corneei și orificiul oftalmoscopului.

Deoarece sediul orificiului, datorit retinei ridicate, se găsește pe o regiune mai mult sau mai puțin hipermetropică, acesta se percepe cu ușurință și dela distanță. La rupturi cu sediul periferic sau la ochi emetropi sau miopi se întrebuițează oftalmoscopia indirectă. În aceste cazuri trebuie să centrăm bine lentila oftalmoscopului, pentru a elimina greșelile ce pot rezulta din aberația prismatică, servindu-ne de cele două imagini de reflexie formate pe convexitățile lentilei. La rupturi mari concentrice cu equatorul globului, se marchează ambele extremități ale lor.

Marcarea pe limbul cornean se face; — după o anestezie prealabilă cu cocaină sau pantezină, — cu albastru de metilen, care dispare ușor și după ce ne-am convins de exactitatea ei, însemnăm cu tuș de china. Diametral opus

cu primul semn, se marchează cu tuș încă un punct. Unirea acestor două puncte constituiesc meridianul rupturii.

Afară de aceste metode meridianul se poate determina cu ajutorul perimetrului lui Lindner cu care determinăm unghiul de inclinație format de dreapta care unește deslăpirea de retină cu centrul pupilei și de orizontală. Apoi cu ajutorul unei rigle determinăm meridianul.

Se preferă prima metodă unde nu trebuie să fim conștienți de poziția capului și nu mai avem nevoie de această riglă. Aplicarea aparatului lui Lindner pe ochiul bolnavului întâmpină greutăți și acest aparat trebuie să fie bine fixat, fiindcă în caz contrar, suntem expuși la greșeli mari, mai ales în cazurile deslăpirilor situate departe de maculă și în poziții extreme a bulbului.

Determinarea gradului de latitudine, adică depărtarea deslăpirii dela marginea corneei se face prin aprecierea distanței dela ruptură până la limita vizibilității cu oftalmoscop, ceiace corespunde aproximativ cu ora serata.

După Groenouws limita vizibilității pe un ochiu afară și fără o cataractă secundară, se întinde la o midriază maximă, la 6,5 mm dela marginea corneei. În astfel de ochi, ora serata este aproape totdeauna vizibilă. La un ochi cu cristalin reușim să vedem ora serata numai aplicând o presiune în această regiune. Distanța dela marginea corneei până la ora serata este după Gonin și Vogt la ochi hipermetropi 7 mm, la emetropi 8 mm și la miopi variază după gradul miopiei între 9 și 10 mm. Diferența ce există între limbul cornean și ora serata, măsurând această distanță fie în cadrul superior, inferior, nazal sau temporal nu au în cazurile acestea nici o importanță, fiindcă limita vizibilității nu suferă modificări. La aceste distanțe se adună distanța dela ora serata până la ruptură, determinată prin apreciere cu oftalmoscop. Distanța o apreciem luând ca unitate, diametrul pupilei. Deoarece aprecierea o facem în interiorul bulbului și la rândul lui trebuie să transpunem aceasta pe suprafața externă al globului, este consult să considerăm diametrul pupilei ca având un diametru de 1,6 mm în loc de 1,5 mm. În felul acesta evităm greșala ca să întreprindem cauterizația prea aproape de limbul cornean.

Pentru controlarea datelor obținute prin această metodă putem întrebuința următorul procedeu. Se determină unghiul care se formează între axul optic al ochiului examinerului și axul optic al ochiului examinat cu ajutorul perimetrului lui Förster sau cu ajutorul perimetrului de mână al lui Schweigger. Bolnavul se uită drept la centrul

perimetrului și în lipsă de vedere centrală ochiul se fixează în poziția dorită, servindu-ne de imagini de reflexie cari apar pe corneea. Deplasăm oftalmoscopul dealungul curburei perimetrului și găsim cu ușurință unghiul căutat. Din mărimea unghiului aflat putem găsi distanța rupturii prin metoda grafică desemnând unghiul aflat pe o secțiune schematică făcută prin bulb unde marginea pupilei ne servește ca punct de reper. Mai nou aceasta metodă a fost mult simplificată de către Colenbrander care elimină sursele de greșeli, ne fiind necesară nici construcția punctului de intersecție și acest autor luând în considerare grosimea scerotice și poziția reală a retinei, a făcut ca valoarea acestui procedeu să fie mult ridicată. Exactitatea determinării variază și după proeminența locului unde este situată ruptura (lichid retroretinian), acesta ne având o importanță mai mare în practică, se poate neglija.

La determinarea poziției rupturilor situate posterior se ia ca punct de reper papila și în acest mod înlesnim localizarea lor în glob.

Technica operației lui Gonin.

Se desinfectează conjunctiva cu o soluție de oxiciatură de mercur sau cu un alt desinfectant adecuat a acestei mucoase. Se spală pieoapa pentru a înlătura cât mai mult posibilitatea pătrunderii agenților piogeni în interiorul bulbului, cari ar putea avea ca efect pierderea ochiului,

Anestezia câmpului operator se face injectând o soluție de novocaină subconjunctival și producem o achinezie a bulbului printr-o injecție retrobulbară de novocaină + adrenalină, care injecție diminuează și pericolul de a pierde prea mult din corpul vitros.

La locul unde am însemnat cu tuș meridianul facem o sutură episclerală cu un fir de mătăasă care fir poate fi fixat și la nivelul punctului diametral opus, ceiace însă nu este absolut necesar.

Conjunctiva se încizează fie meridional, fie paralel cu limbul cornean. Nivelul inciziei se măsoară exact pe firul de mătăasă servindu-ne de datele aflate în procedeu localizării rupturii. Pentru îndepărtarea conjunctivei ne servim de niște ecartoare mici, cu cari ajutorul poate aduce totodată globul ocular în diferite poziții dorite. Înainte de a deschide sclerotica, trecem niște fire de mătăasă prin conjunctivă; pentru a putea închide plaga repede, după cauterizație.

Sclerotica se deschide în formă de cruce cu un cuțit Graefe care se introduce la o profunzime de 2—3 mm. După evacuarea lichidului subretinian se introduce în globul ocular un Paquelin, încălzit până la incandescență, (Paquelinul este pregătit de un al doilea ajutor) și se ține în glob 2—3 secunde, la o adâncime de 3 mm. Plaga conjunctivală se închide, înnodând firele, aplicate în prealabil.

Se aplică după aceea un pansament binocular și bolnavul rămâne cu acesta timp de 8—10 zile.

Sclerotica se poate deschide și cu Paquelin. Dacă deschidem sclerotica cu ignipunctură, trebuie să facem acest lucru în mod lent, deoarece altfel se închide sclerotica după cauterizare și evacuarea lichidului subretinian este oprită. Tot așa formarea vaporilor de apă, poate mări deslipirea de retină.

Dacă avem mai multe rupturi trebuie să cauterizăm de mai multe ori, ceiace se poate face într'o singură ședință. În aceste cazuri trebuie să însemnăm meridianul pentru fiecare ruptură separat, trebuie să evidențiem sclerotica în mai multe locuri și să facem cauterizările cât se poate de repede.

Repetarea ignipuncturii. Dacă la prima încercare nu se găsește orificiul, sau dacă acesta nu se închide perfect sau dacă apar după operație noi rupturi, atunci putem interveni după 10—14 zile din nou. Bolnavii refuză foarte des o a doua intervenție, nu pentru că procedeul ar fi prea dureros, dar repausul la pat și pansamentul binocular este foarte penibil.

Pentru executarea a celei de a doua operații, avem un prețios punct de reper și anume cicatricea rezultată din prima operație. Sclerotica la acest nivel, deobicei este translucidă și se vede coroida de o culoare mai închisă. Dacă cicatrizarea scleroticeii este perfectă, atunci, găsim cu greu locul primei intervenții. În aceste cazuri localizăm ruptura din nou

Ignipunctura rupturilor îndepărtate de limbul cornean. Dacă ruptura se găsește la o distanță mai mare decât 6 mm dela limbul cornean, atunci abordarea locului se face cu greu. Greutățile tehnice sunt mai mari dacă ruptura este în cadranul superior sau intern. În aceste cazuri desinserăm mușchiul drept care ne încomodează și în felul acesta ușurăm accesul la sclerotică. În aceste cazuri, întrebuițeză Lindner, o bandă de ivoriu, pe care o înainteză între conjunctivă și sclerotică până la nervul optic și care are o deschizătură pentru cauter, așezat la un loc potrivit, pentru a putea cauteriza orificiul.

În asemenea cazuri se întrebuițează un oftalmoscop special (Zielophtalmoscop) construit de Safar și Guist. Principiul este următorul: La un oftalmoscop se adaptează un cauter care se găsește în axul optic al acestuia. Cauterul se introduce între conjunctiva și sclerotică și căutăm ruptura la oftalmoscopie. Când acesta apare în mijlocul câmpului vizual, cauterizăm. Rezultatele, obținute cu acest instrument sunt nesigure.

Tratamentul postoperator. La început majoritatea autorilor cerea ca bolnavul să stea în pat, în așa mod încât coprul vitros să exercite o presiune asupra retinei deslipite. După aceia în general, nu se pune această condiție. Se cerea în schimb un repaus absolut la pat, bolnavii n'aveau voie să vorbească decât strictul necesar. Pansamentul se schimbe zilnic se instilează atropină. Acest repaus la pat nu este fără pericol. La indivizi în etate se pot ivi pneumonii hipostatice, cari complică afecțiunea ochiului și pot cauza moartea pacientului. A zecea zi se permite părăsirea patului pentru scurt timp și încetul-mobilizăm bolnavul.

Aspectul locului cauterizat. Dacă examinăm ochiul operat cu oftalmoscop găsim după zece zile dela cauterizare, la nivelul ignipuncturii o pată albă gălbuie, înconjurată de hemoragii mici. Retina, din jurul acestei pete este edemațiată și tulbure. Dacă am cauterizat destul de adânc găsim un flocon alb în corpul vitros, datorit cauterizației acestui mediu. Alterația aceasta a vitrosului dispare în 3—4 săptămâni. Se întâmplă câte odată, că se formează filamente albe cari au ca urgență acest loc și cari tulbură foarte multe vedere.

După câțva timp se depune un pigment în jurul locului cauterizat. La deschideri mici după cauterizare, marginile retinei se sudează între ele, pe când la rupturi mai mari marginea retinei se sudează cu coroida subjacentă. Unii autori au atribuit o importanță foarte mare acestei suduri coroido-retiniene.

Alte metode chirurgicale.

Metoda lui Gonin astăzi este abandonată, însă constituie baza tuturor celorlalte metode, de care ne servim astăzi în chirurgia deslipirii de retină. Aceste metode sunt următoarele:

I. Procedeu lui Guist. Guist anesteziază conjunctiva cu novocaină și cocaină apoi trepanează sclerotică îndepărtând sau nu porțiunea scoasă cu trepan. După aceia cauterizează cu hidroxid de sodiu și după scurt timp neu-

tralizează cu o soluție $\frac{1}{2}\%$ de acid acetic. În timpul operației, pentru a opri hemoragia, ajutorul tamponează plaga cu tampoane imibate cu coagulen.

II Lindner are două metode: A) Metoda de blocare (Abriegelungsmethode). Anestezia se face cu cocaină și o injecție retrobulbară de novocaină. Se desface mușchiul drept, care ne încomodează în execuția intervenției și deschidem conjunctiva cu o foarfecă. Se trepanează sclerotica în mai multe locuri și se pune în evidență coroida. Apoi cauterizăm cu hidroxid de potasiu timp de 1 sec., după care timp neutralizăm cu acid acetic $\frac{1}{4}\%$. După aceea perforăm coroida într'un loc unde nu sunt vase mari evacuăm lichidul retroretinian și aplicăm suturi conjunctivale.

S'au făcut încercări de a înlocui hidroxidul de potasiu cu alte substanțe și s'a întrebuințat nitratul de argint 5%, alaunul și sublimatul cu rezultate variabile.

În această metodă după cum vedem, autorul nu cere închiderea chirurgicală a orificiului retinian cu termo — sau electro — cauter, ci tinde să facă aderențe între retină și coroidă la periferia deslipirii. În acest mod Lindner a reușit să oprească evoluția bolii într'un număr foarte mare a cazurilor. Technica acestei metode este foarte grea. Trebuie să facem o serie întreagă de trepanații în sclerotică, în așa fel, ba să nu lezăm coroida, or acest lucru, cere o abilitate foarte mare din partea chirurgului. Aceasta metodă mai are avantajul că n'avem nevoie de o localizare așa de exactă a rupturii, retiniene, ceea ce este o înlesnire în intervenție.

B) A doua metodă a lui Lindner (Unterminier-Methode). Se aplică în cazurile când deslipirea este situată în apropierea maculei. Secționăm sclerotica, se desface coroida de sclerotică și cu o canulă de argint se introduce substanța cauterizantă, 6% hidroxid de potasiu și apoi se trepanează coroida, pentru a evacua lichidul subretinian. Cu această metodă putem aborda deslipiri situate foarte profund. Technica operației este și mai grea decât a celei precedente. Sclerotica și coroida sunt destul de bine legate între ele cu un strat conjunctiv. Acest țesut conjunctiv trebuie să fie rupt foarte încet, pentru a nu leza tunică vasculară. Trebuie să înaintăm canula foarte încet și cu grijă. Apoi substanța cauterizantă nu se poate doza exact. Aceasta poate difuza pe un teritoriu mai mare decât acel dorit și poate face aderențe coroido-retiniene, într'un loc unde formarea acestora nu este dorită. (macula).

III. Rollet și Paufigue procedează în felul următor: Se face o sclerectomie equatorială, se desface coroida în

două locuri, fără ca să o deschidem și cauterizăm cu galvano-auterul. Metoda acestor autori după unele statistici a dat rezultate frumoase. Punctele cauterizate trebuesc bine alese, ca să oprim progresiunea boalei.

IV. Vogt, în execuția operațiunii nu întrebuițează cuțit. Toate secțiunile sunt făcute cu galvanocauterul. În timpurile din urmă este un propagator mare al procedee-
lor lui Weve.

V. Imre Junior. Cauterizează cu electroliză. El întrebuițează șase până la 10 ace pe care le introduce în jurul deslipirii. Aceste ace sunt legate cu polul pozitiv și deci în jurul lor, ia naștere ionul OH care cauterizează.

Autorul pretinde că în felul acesta, el poate doza mai bine ionii cauterizanți.

VI. Arruga face două modificări: a) după operație imobilizează globul ocular printr'o sutură aplicată între conjunctiva bulbară și pleoapa; b) cu un șurub conic închide coroida, dacă aceasta a fost deschisă din întâmplare.

VII. Procedee cu diatermie. Astăzi aceste procedee sunt cele mai frecvent întrebuițate. Weve a fost acela, care a inaugurat tratamentul deslipirii cu diatermie. Execuția acestor metode chirurgicale nu cere din partea chirurgului o abilitate atât de mare, ca metodele lui Lindner. Greutatea tehnicii operatorii nu constituie un argument pentru abandonarea unei metode grele, dar în cazul de față pe lângă că tehnica operațiilor cu diatermie este mai ușoară decât tehnica operațiilor lui Lindner, mai are avantajul că statisticele arată o eficacitate mai mare în intervențiunile cu diatermie. Tehnica operației este următoarea: desfacem conjunctiva pe teritoriul deslipirii și se taie mușchiul drept care ne stă în cale. Electrocul activ este o sferă mică cu un diametru 2-3 mm. Facem un tratament endotermic, întrebuițând un curent foarte slab și aplicând electrocul în foarte multe puncte pe sclerotică. În fine trepanăm sclerotică în 1-2 locuri. Repaosul post-operator este de 8-14 zile.

VIII. Metoda lui Larsson, este una dintre cele mai bune, și se întrebuițează foarte mult. Tehnica este următoarea; Se trepanează sclerotică în trei până la patru locuri cu un trepan de 1-2 mm. diametru și cu diatermie cauterizăm coroida, întrebuițând un curent de 500 M. A. Apoi facem trepanația coroidei, pentru a evacua lichidul subretinian. Repaosul postoperator este de 2 până 3 săptămâni. În aceasta metodă acționând direct asupra coroidăi, avem rezultate foarte bune.

IX. Safar cauterizează ruptura, sau locul unde presupune ruptura, cu un electrod în formă de perie.

X. Weve are două metode diferite, în care el întrebunțează metoda de transluminație pentru localizarea deslipirii. *Diatermie cu o placă* (Flächendiathermie). Aci nu este nevoie de o localizare exactă a rupturii, ceiașe ușurează mult tehnica. Anestezia se face cu novocaină + adrenalină.

Un electrod este o lamă de zinc, iar celălalt, o placă mică de metal. Se desface coșnctiva și se evidențiază sclerotica. Înălăturăm mușchiul care ne încomodează. Sclerotica se usucă bine cu tampoane de vată și aplicăm electrodul. Electrodul se lasă în contact cu sclerotica până când aceasta ia un aspect „pergamentos”. Ca să împiedecăm supraincälzirea câmpului operator spälăm în continuu cu ser fiziologic. Dacă retina după acest procedeu nu vine în contact cu coroida, facem o puncție a coroidei, cu galvanocauterul.

B. Metoda cu ace (Nadeldiathermie). În această metodă înconjurăm deslipirea de retină cu înțepături perforante. Întrebunțăm ace foarte ascuțite și un curent de 50 M. A. Înțepăturile le facem la o distanța de 3 mm. una de alta în formă de cerc, înțroducând acul până la $1\frac{1}{3}$ din grosimea scleroticei.

Aceste metode ale lui Weve sunt cele mai frecvent întrebunțate și dau cele mai frumoase rezultate. Pentru aceste metode întrebunțăm un pantostat care se găsește în toate serviciile chirurgicale. Este consult ca înțrerieperea și stabilirea curentului să se facă de către chirurgul însuși cu un dispozitiv, care se manipulează cu piciorul. Electrodul trebuie aplicat pe locul potrivit și numai după aceea se face contactul. Afară de aceasta trebuie să îngrijim ca să menținem uscat câmpul operator în tot timpul operației, pentru a împiedica difuzarea curentului, pe o suprafață prea mare.

După cum vedem sunt operații unde nu se cere ca să închidem neapărat orificul retinian, cu un cauter. Facem numa aderențe între retina și coroida, care aderențe secundar închid orificiul retinian, datorit procesului de cicatrizare coroido-retiniene.

Tratamentul postoperator. După operație bolnavul se pune în repaos absolut. Patul bolnavului se face în așa mod, ca bolnavul să stea comod și ca zăcutul să nu producă dureri. Bolnavul rămâne în pat timp de 8 zile. Se pune pe ambii ochi un pansament (binoclu) Se prescrie bolnavului ca sub acest pansament să nu-și miște ochii

mai cu seamă când aude o voce. Ochiul se pansează zilnic și se instilează zilnic atropină, pentru a menține pupila în midriază și pentru a concura la ridicarea tensiunii intraoculare. Facem mișcări pasive ale picioarelor și gimnastică respiratorie, pentru a împiedica tromboza membrelor și pneumonia hipostatică. Alimentele bolnavului trebuie să fie compuse din substanțe ușor digerabile și avem grijă de o laxație ușoară, în caz de nevoie. Bolnavul trebuie să evite tusea și strănutul ca și ori ce alte eforturi. De asemenea bolnavul trebuie să reducă conversațiile la strictul necesar.

După a treia zi bolnavul poate șede în pat dar nu-l mobilizăm decât a opta zi. Aceste norme trebuiesc respectate și personalul de îngrijire trebuie să vegheze ca bolnavul să nu facă lucruri nepermise, fiindcă un efort mai mare, sau o contravenție de orice natură, poate anihila rezultatele operației.

P r o g n o s t i c u l .

Trebuie să recunoaștem că rămân cazuri sari nu se vindecă după operație. Bolnavii suferă mai departe și prezintă mai departe tot complexul simptomelor deslipirii. Înțelegem sub cazuri nevindecate, acele cazuri unde după operație retina rămâne mai departe ridicată. Chiar acele cazuri trebuiesc încadrate în grupa rezultatelor negative, unde după intervenție se ameliorează vederea, dar retina se așează numai parțial pe coroidă. Aceste vindecări sunt de scurtă durată și recidivează foarte repede și deci, nu le putem considera drept vindecări definitive.

Trebuie să recunoaștem că tehnica operațiilor mai are încă câteva lipsuri, dar majoritatea eșecurilor se datoresc faptului că se încearcă intervenția în cazuri, unde nu se mai poate ajuta.

Este foarte greu să ne facem o idee clară asupra rezultatelor operațiilor, fiindcă sunt cazuri de deslipiri, unde deslipirea de retină se menține, fără tratament nemodificat timp de ani de zile, unde marginea deslipirii este bine delimitată și bolnavul se bucură de o vedere, timp îndelungat, iar pe de altă parte sunt cazuri unde apar în scurt timp fenomene inflamatorii cu deslipire totală, cu hipotonie și cataractă și câte odată, cu fenomene glaucomatoase. Acest decurs variabil îngreunează aprecierea rezultatelor operațiilor.

După operație poate să apară o nouă deslipirie la nivelul deslipirii vechi. Gonin a dat acestora numele de

„rechutte”. Pe de altă parte poate să apară o nouă deslipire la un loc îndepărtat de prima. Aceste cazuri sunt numite de Gonin „recidives” și apar independent de prima deslipire prin formarea unei rupturi noi.

„Reșuful” apare mai des în acele cazuri unde deslipirea se menține de mult timp. Dacă deslipirea este sub o vârstă de 8 luni avem speranță ca să realizăm o vindecare complectă. Cu cât etatea deslipirea este mai mare cu atât rezultatele sunt mai nesatisfăcătoare. Dacă deslipirea este de o dată de tof recentă, putem realiza o vindecare cu reluarea complectă a funcțiunii. Aceste cazuri sunt foarte rare. De obicei rămân chiar și în aceste cazuri tulburări ale vederii. Câmpul vizual are de obicei scotoame pozitive și negative și imaginile sunt șterse, neclare. Cu etatea deslipirii progresează și alterațiunile patologice ale ei, ceiace face ca și rezultatele să fie mai nesatisfăcătoare. Retina cu timpul se sclerozează și datorit sclerozei suprafața ei diminuează. Astfel se opune o cauză pur mecanică; ca o suprafață plană mai mică, să se așeze pe concavitatea unei sfere mai mari.

Rezultatele variază și cu etiologia boalei. Cele mai bune rezultate le avem în deslipirile traumatiche. Deslipirile traumatiche se împart în deslipirii traumatiche imediate, secundare și tardive. Prognosticul este mai bun în primele două cazuri, deoarece în cazurile tardive se suprapune o degenerescență a retinei.

Vindecarea este mult influențată de starea anatomo-patologică a membranelor oculare. În cazurile unde avem modificări mari în constituția retinei, rezultatele sunt minime. Acest lucru este natural, căci un organ profund alterat nu se mai poate vindeca sub nici un tratament.

Prognosticul operației mai depinde și de mărimea deslipirii, de dimensiunea și numărul rupturilor. Cu cât dimensiunea unei deslipiri este mai mare, cu atât rezultatele sunt mai slabe. În cazuri de deslipiri mari, în ultimul timp Weve a ajuns cu metodele sale, la rezultate foarte frumoase. Cu cât numărul rupturilor este mai mare, și cu cât dimensiunea acestor rupturi este mai mare, cu atât efectul operației diminuează, deoarece în aceste cazuri orificiile rămân de obicei deschise și retina nu se poate așeza pe loc. Sunt unele cazuri în care după procedul lui Gonin de ex.: se închide orificiul și deslipirea persistă. Explicația acestor cazuri nu este dată. Aceste cazuri au fost întrebuițate de către adversarii operației ca dovadă pentru lipsa de eficiență a tratamentului patogenetic (închiderea orificiului). Probabil în aceste cazuri însă rămân orificii

microscopice în retină, orificii neevidențiable cu oftalmoscop cari întrețin mai departe deslipirea.

Situația deslipirii influențează foarte mult prognosticul intervenției. Deslipirile situate departe de limbul cornean în apropierea maculei și a papilei sunt foarte greu accesibile. Weve cu operația lui cu ace și Vogt cu galvanocauterizare ajung să realizeze vindecarea într'un număr mare a cazurilor. Technica operației este și mai grea, dacă deslipirea se găsește în cadranul superior sau în cel intern al globului ocular, deoarece aci formațiunile anatomice strâmtează foarte mult câmpul operator.

Sunt autori cari sfătuiesc de a face un control oftalmoscopic în timpul operației. În acest mod se controlează mai bine mersul și efectul intervenției și se poate întreprinde imediat o complectare, dacă cauterizația n'a reușit la prima încercare.

Un efect tardiv al intervențiilor pe lângă reșezarea retinei pe coroidă, cu reluarea parțială sau totală a vederii, este normalizarea tensiunii intraoculare. Acest simptom este foarte prețios, fiindcă ne dovedește eficacitatea intervenției.

În strânsă legătură cu prognosticul operației stă chestiunea indicației unei operațiuni. Cazurile trebuie bine selecționate. Vom indica operația în cazuri cu deslipiri recente, cu o deslipire de dimensiune nu prea mare și cu preferință în cazuri de deslipiri de origine traumatică și în cazuri fără modificări anatomo-patologice.

Dacă deslipirea este bine delimitată și la control oftalmoscopic vedem că nu progresează și vederea nu diminuează, nu propunem operația. Tot așa în cazurile în cari vedem că deslipirea se ameliorează sub tratamentul medical, ne reținem de operație. Problema indicației este foarte grea, dacă individul are numai un singur ochi. În aceste cazuri trebuie să fim în rezervă. O contraindicație absolută pentru operație o formează retinita nefritică, retinita proliferativă și coroiditele de orice natură ar fi. În aceste cazuri aplicăm un tratament conservativ, cu metode medicale.

C o m p l i c a Ț i u n i .

Una dintre cele mai neplăcute complicațiuni este hemoragia intraoculară, care nu numai că pune la îndoială rezultatul operației, dar periclitează și vederea și poate s-o reducă până la perceperea luminei. Operațiile făcute

la nivelul venelor vorticoase sau pe meridianul orizontal (arterele ciliare anterioare lungi) sunt cele mai periculoase. Hemoragiile intraoculare nu apar imediat după operație ci între a 4-a sau a 10-a zi după intervenție. Hemoragiile mai tardive (după luni de zile) sunt rarități și în aceste cazuri nu se poate afirma hotărât că există o causalitate între hemoragie și între operație. Aceste hemoragii erau frecvente în operația lui Gonin. În celelalte operații au devenit rarități. Pentru a înlătura și mai mult pericolul hemoragiei se poate face la hipertensivii o veneseccia și un tratament preparator cu preparate de iod. Hemoragiile mai mici pot surveni, însă acestea se resorb repede și noi putem înlesni resorbția injectând intravenos o soluție de iodură de sodiu 10% (Schnaudigel).

Un ochiu profund alterat suferă foarte mult sub intervenție și putem avea surpriza să găsim o deslipire totală, după terminarea operației. În aceste cazuri găsim retina în formă de pâlnie, fixată de coroidă în punctul cauterizării, restul înotând în interiorul globului ocular.

Mai puțin periculos pentru vedere, este apariția plicelor de retină, cari pot surveni într-o scară mai mică și în cazurile vindecate. La acele cazuri unde se realizează o vindecare completă aceste cute retiniene dispar cu timpul. Aceste cute se formează din cauza corio-retinitei, adesea pe care o producem artificial. Retina se retractează foarte puternic. Ca semn al acestei retracțiuni putem avea o dislocare a maculei. Această corio-retinită adesivă poate evolua până la atrofia completă a retinei.

Un pericol mare, care amenință globul ocular, este infecția. Introducerea agenților piogeni, de orice natură, în globul ocular, poate cauza o inflamație acută, o panoftalmie și în consecință enuclearea globului ocular. Chiar o infecție mai redusă ca intensitate, este tot atât de periculoasă ca o infecție virulentă, poate și mai periculoasă, fiindcă amenință ochiul celălalt cu o oftalmie simpatică.

O complicație mai rară este ulcerul cornean, care rezultă din microtraumatismul corneei, pe care îl exercită firul de mătășă cu care însemnăm meridianul. Această complicație se vindecă foarte ușor.

Mai poate surveni o cataractă după operație, însă în aceste cazuri nu se poate susține, că operația ar fi cauza cataractei. Ca ultima complicație amintim „phtizis bulbi” cu o cecitate completă.

Rezultatele operațiilor.

Rezultatele operațiilor variază între 20—80%. În medie vindecându-se 60% din cazurile tratate.

Deslipiri de retină, fără ruptură.

În unele cazuri de deslipiri de retină, ruptura nu se poate evidenția prin nici o metodă. Aici fie că avem o deschidere microscopică, fie că deslipirea este cauzată de niște chiste subretiniene, sau tumori.

În cazurile cu ruptură neevidențabilă aplicăm tratamentul lui Wewe cu rezultate destul de bune.

În cazurile tumorilor cari dau metastaze trebuie să facem enucleația globului cu eviscerația orbitei, în cele mai multe cazuri. În cazul tumorilor cari nu dau metastaze putem interveni chirurgical și să păstrăm ochiul. Wewe are câteva cazuri tratate cu succes. El a tratat câteva cazuri de angioame a retinei (Boala lui Hippel). În aceste cazuri după ce a localizat tumora cu metoda de transluminanță, intervine chirurgical. Cu diatermie coagulează tumora și apoi tot cu diatermie închide artera aferentă. Majoritatea cazurilor s'au vindecat, și bolnavii și-au păstrat ochiul.

Wewe are un caz de melanosarcom a coroidiei unde a intervenit și a extirpat tumora cu diatermie. Bolnavul este încă în viață și are jumătatea câmpului vizual nealterat.



Concluziuni.

1. Deslipirea de retina acum câțiva ani, avea un prognostic infaust, cu o evoluție spre cecitate. Procedelee vechi nu puteau modifica evoluția boalei. Astăzi închizând chirurgical orificiul retinian, prognosticul este mai bun.

1. In tratamentul medical s'a întrebuințat o serie întreagă de procedee și chiar acest mare număr al acestor procedee, dovedește ineficacitatea tratamentului.

3. James Ware este primul care inaugurează tratamentul chirurgical (1805 și 1812). De Wecker și Th. Leber clarifică etiologia deslipirii și De Wecker, Martin și Luca fac pentru prima dată ignipunctura retinei. Gonin dă siguranța operației.

4. Ruptura retinei se poate evidenția în 75% a cazurilor. Aceasta se localizează fie după metoda lui Gonin fie după alte metode.

5. Procedeul operației lui Gonin constă în incizia conjunctivei deschiderea sclerotice și cauterizarea orificiului retinian cu Paquelin apoi pansament binocular timp de 8—10 zile. Guist cauterizează cu substanțe chimice. Lindner trepanează în mai multe locuri și cauterizează cu substanțe chimice. Wewe întrebuințează diatermia și Vogt galvano-cauterul.

6. Prognosticul depinde de etatea deslipirii, de numărul și de dimensiunile rupturilor retiniene, de distanța dintre limbul cornean și ruptură, precum și de modificările anatomico-patologice ale retinei.

7. Complicațiunile operației sunt de natură infecțioase apoi atrofia retinei și hemoragiile intraoculare.

8. Statisticile rezultatelor operatorii de până acum indică vindecări în proporție de 40—60% din cazurile operate.

9. La deslipirile fără rupturi se cauterizează retina într'un punct oarecare ; aci rezultatele sunt minime.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, 25 Noemvrie 1937.

Prodecanul facultății de Med.
ss. *Prof. Dr. I. Moldovan*

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



Bibliografie.

- 1) AMSLER. La technique du reperege des dechirures retiniennes et l'operation de Gonin. Buli. Soc. Ophtalm. Paris 1929.
- 2) ARRUGA a) Etiologia y patogenia del desprendimiento de la retina (Congres internacional de Oftalmologie, Madrid, 1933.)
- 3) AXENFELD TH, Lehrbuch der Augenheilkunde.
- 4) COLENBRANDER. Die Lokalisation der Netzhautrisse. Graefes Archiv 1931.
- 5) ELSCHNIG A. Über operative Behandlung der Netzhautablösung. Arch. der Augenheilkunde 1914.
- 6) FUCHS E. Lehrbuch der Augenheilkunde.
- 7) GONIN. Remarques et commentaires sur 240 cas de decollement retinien traité pour la plupart operatoirement. Annales d'oculistique.
- 8) GROENOUW. Wo liegt die vordere Grenze des ophtalmoskopisch sichtbaren Augenhintergrundes Graefes Archiv 1889.
- 9) GROSZ EMIL. A szemészet kézikönyve.
- 10) GUIST. Eine neue Ablatio Operation, Zeitschr. für Augenheilkunde, 1931.
- 11) LINDNER. Ein neuer Weg zur Lagebestimmung von Stellen des Augenhintergrundes und seine Verwendung bei der Goninschen Behandlung der Netzhautablösung. Graefes Arch. 1930.
- 12) OVIO. La cura medica del distacco della retina (Congresul International de Oftalmologie Madrid. 1933).
- 13) SAMELSOHN. Die Behandlung der Netzhautablösung durch Druckverband. Zbl. der Augenheilkunde.
- 14) STEIN. Unsere Erfahrungen mit der Goninschen Operation der Netzhautablösung. Arch. für Augenheilkunde 1931.
- 15) VOGT a) Die operative Therapie und die pathogenese der Netzhautablösung. 1936. b) Die operative Therapie der Netzhautablösung. (Congresul International de Oftalmologie Madrid. 1933).
- 16) H. I. M. WEVE. a) Über operative Behandlung von intraocularen Tumoren mit Erhaltung des Bulbus. Arch. für Augenheilkunde 1937. b) Lokalisation und Behandlung von Netzhautrissen, Klin. Mbl. Augenheilkunde. 1931.