

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

---

Nr. 1391

# TRAUMATISMELE OCULARE

FRECVENȚA, TRATAMENTUL ȘI REZULTATELE  
IN CLINICA OPTAMOLOGICA DIN CLUJ

Studiu statistic pe anii 1924—1937.

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

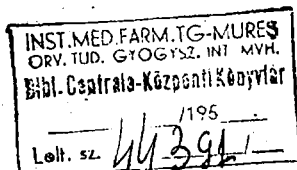
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE ..... 1938.

DE

DIMITRIE IANCOLESCU

fost extern al Pol. cliniceii CFR.

24 MAY 2005



TIPOGRAFIA „VICTORIA” CLUJ, STRADA REGINA MARIA NR. 43

# UNIVERSITATEA DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINA

---

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

### Profesori :

|                                                |                       |
|------------------------------------------------|-----------------------|
| Clinica stomatologică . . . . .                | Prof. Dr. ALEMAN I.   |
| Microbiologie . . . . .                        | " " BARONI V.         |
| Fiziologia umană . . . . .                     | " " BENETATO GR.      |
| Istoria medicinei . . . . .                    | " " BOLOGA V.         |
| Patologia generală și experimentală . . . . .  | " " BOTEZ A. M.       |
| Clinica oto-rino-laringologică . . . . .       | " " BUZOIANU GH.      |
| Istologia și embriologia umană . . . . .       | " " DRĂGOIU I.        |
| Semiologia medicală . . . . .                  | " " GOIA I.           |
| Clinica ginecologică și obstetricală . . . . . | " " GRIGORIU C.       |
| Clinica medicală . . . . .                     | " " HAȚIEGANU I.      |
| Medicina legală . . . . .                      | " " KERNBACH M.       |
| Chimia biologică . . . . .                     | " " MANTA I.          |
| Clinica oftalmologică . . . . .                | " " MICHAİL D.        |
| Clinica neurologică . . . . .                  | " " MINEA I.          |
| Igiena și igiena socială . . . . .             | " " MOLDOVAN I.       |
| Radiologia medicală . . . . .                  | " " NEGRU D.          |
| Anatomia descriptivă și topografică . . . . .  | " " PAPILIAN V.       |
| Clinica chirurgicală . . . . .                 | " " POP A.            |
| Medicina operatorie . . . . .                  | " " POPOVICIU GH.     |
| Clinica infantilă . . . . .                    | " " POPOVICIU GH.     |
| Farmacologia și farmacognozia . . . . .        | Supl. " SECĂREANU ȘT. |
| Chimia medicală . . . . .                      | Prof. " STURZA M.     |
| Balneologia . . . . .                          | " " TĂTARU C.         |
| Clinica dermato-venerică . . . . .             | " " ȚEPOSU E.         |
| Clinica urologică . . . . .                    | " " URECHIA C.        |
| Clinica psihiatrică . . . . .                  | " " VASILIU T.        |
| Anatomia patologică . . . . .                  | " " ZOLOG M.          |
| Igiena generală . . . . .                      | Agr. BĂRBULESCU N.    |
| Fizica medicală . . . . .                      | Conf. BĂRBULESCU N.   |

### JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. D. MICHAİL

|           |   |   |      |   |              |
|-----------|---|---|------|---|--------------|
| MEMBRII : | { | " | "    | " | M. STURZA    |
|           |   | " | "    | " | C. URECHE    |
|           |   | " | "    | " | V. PAPILIAN  |
|           |   | " | "    | " | Gh. BUZOIANU |
| SUPLEANT  |   | " | Doc. | " | P. VANCEA    |

## INTRODUCERE

Unul dintre capitolele importante ale patologiei oculare este capitolul traumatismelor.

Importanța acestei probleme constă pe de o parte în frecvența cazurilor de traumatisme ce survin în această parte a organismului, pe de altă parte în gravitatea leziunilor pe care le dă un traumatism în sfera oculară.

Ochiul este un organ care reacționează intens la cea mai mică insultă traumatică, dat fiind structura delicată a acestui organ, iar traumatismul relativ neînsemnat, care în altă parte a organismului n'ar fi în stare să producă vre-o alterare, aici, la acest nivel este capabil să compromită funcțiunea.

Traumatismele oculare, comportă deci, în cece privește gravitatea prognostică, un interes clinic, iar pe de altă parte în cea ce privește accidentele de muncă, întrucât mare parte survin în atari condițiuni.

Este importantă și interesantă statistica pe care ne-o dă P. Tschistiakoff. Asupra traumatismelor oculare după datele clinice din Tomsk, din care reiese că traumatismele compromis vederea totală în 38 la sută a cazurilor; deasemenea statistica Clinicei Oftalmologice din Cluj, pentru anii 1920—1923, (Doc. Dr. P. Vancea) asupra cazurilor în-

registrate în condicele de ambulață și unde găsim pierderea completă a vederii în 15 la sută din cazuri, iar cu acuitate sub  $\frac{1}{10}$ , ni se prezintă 18 la sută.

Nu numai prin structura sa delicată ochiul se comportă mai puțin rezistent față de agenții traumatici, ochiul, din punct de vedere biologic, prin conținutul său se comportă ca un excelent mediu de cultură pentru microbii inoculați de corpul traumatizant; de aici, explicația unui mare număr de accidente infecțioase la nivelul componentelor oculare, culminând cu transformarea purulentă a întregului conținut ocular, în panoftalmie.

Inflamația irisului, corpului ciliar, a coroidiei, acompaniază mare parte din traumatisme și dacă traumatismul însuși n'ar compromite funcțiunea oculară în mod direct, o poate altera în mod indirect prin aceste complicațiuni. Glaucomul este deasemenea o complicație frecvent întâlnită în traumatismele oculare; un procent mare de traumatisme oculare sunt acompaniate de tulburări cristaliniene, constituind un capitol important al cataractei traumatice. Uneori, însă mai rar, un traumatism acționând asupra unui ochi, prin leziunile iridociliare, poate în sfârșit, printr'un mecanism insuficient cunoscut să declanșeze în cazuri nenorocite la celălalt ochi, coafectându-l, un proces morbid de aceeași natură, evoluând sub forma unei iridociclite, distrugându-i integritatea anatomică și funcțională, deși era considerat sănătos, (Ochiul simpatizat); acesta e cazul oftalmiei simpatice.

Porțiunea globului ocular mai frecvent atinsă este partea anterioară, cornea, și din nenorocire sunt rari cazurile în care vindecarea să nu lase urma în dauna funcțiunii optice; trebuie să fie prea superficială și limitată acțiunea corpului traumatizant, pentru ca vindecarea să se facă prin păstrarea integrală a acuității vizuale. În cazul traumatismelor acționând prin suprafață mai mare, survin

plesnirile globului ocular în punctele sale slabe cu ernierea membranelor oculare, pentru ca apoi să fie expuse infecției interioare.

În alte cazuri, corpi mici animați de viteză suficientă pătrund în interiorul globului, traversând cornea sau sclerotică, rămânând înfipti într-unul din mediile oculare uneori, iar alteori, trec dincolo de glob, retrobulbar, devenind biperforanți, întâlniți de noi în 15 cazuri, lăsând în urma lor o plagă corneeană sau sclerală, o ruptură a irisului, a corpului ciliar, o cataractă traumatică, emoragie în vitros, ruptură coreo-retiniană cu toate consecințele funcționale.

De sigur că modalitățile de acțiune a corpurilor traumatizați comportă o mare variabilitate, dar și mai variate sunt combinațiunile în ce privește leziunile anatomice, apoi leziunile inflamatorii ce le pot cauza la nivelul ochiului și nu este intenția acestei lucrări modeste de a rezolvi extinsa și veșnic de actualitate problemă a traumatismelor oculare, interesantă atât din punct de vedere clinic și terapeutic cât și din punctul de vedere al accidentelor de muncă și al responsabilității profesionale.

Cele arătate mai sus ne vor servi ca un îndreptar în alcătuirea statisticei ce o prezentăm, conduita noastră în redactarea acestei lucrări fiind a evidenția această problemă a traumatismelor oculare în Clinica Oftalmologică din Cluj condusă cu mult devotament și cu multă sârguință de Dl. Prof. D. Michail, anume, a acelor traumatisme oculare cari au necesitat o internare spitalicească, acestor bolnavi neputându-li-se aplica tratamentul ambulatoric deoarece necesitau un tratament mai complex și mai complicat și care altfel făcându-se în aceste afecțiuni destul de serioase, s'ar fi făcut nu fără consecințe nefaste pentru integritatea sănătății lor vizuale.



## PARTEA I.

### **Date statistice asupra cazurilor de traumatisme oculare în Clinica Oftalmologică din Cluj, între anii 1924—1937.**

Ancheta noastră s'a extins numai asupra bolnavilor internați în serviciul clinic în limita anilor 1924—1937, deci va trebui să desprindem dela început un fapt important în ce privește interpretarea acestor date numerice și anume, faptul, că în Clinică sunt internați bolnavii cari prin gravitatea leziunilor, au strictă nevoie de internare, deci din statistica noastră vor scăpa o mare parte a leziunilor superficiale cu prognostic benign, pentru care era suficient tratamentul ambulatoric.

Scopul anchetei noastre este de a arăta raportul acestor afecțiuni oculare, traumatice internate față de numărul global al celor internați, de a accentua gravitatea acestor accidente prin date numerice și de a demonstra că în cazuri de traumatisme oculare se pretinde intervenția imediată. Vom arăta apoi procentul în care survine traumatismul ocular la diferite vârste și pe sex și în sfârșit

vom încerca să demonstrăm cât de mult pierde un ochiu din punct de vedere funcțional în urma unui traumatism.

În Clinica Oftalmologică din Cluj au fost internați în cursul celor 14 ani (1924—1937), un număr de 9272 bolnavi dintre cari fiind cu afecțiuni traumatice oculare 853 bolnavi adică 9,2%, ceea ce constituie un procent destul de respectabil.

Iată tabloul Nr. 1. care arată pe ani Clinici numărul total de bolnavi, a celor traumatizați și raportul procentual.

TABLOUL 1.

Raportul dintre traumatizați la numărul total al bolnavilor dela 1924—1937.

| Anii  | Nr. total de bolnavi | Traumatizați | Procentul la sută |
|-------|----------------------|--------------|-------------------|
| 1924  | 782                  | 83           | 10.60             |
| 1925  | 735                  | 76           | 10.34             |
| 1926  | 732                  | 40           | 5.46              |
| 1927  | 608                  | 53           | 8.71              |
| 1928  | 998                  | 47           | 4.71              |
| 1929  | 660                  | 45           | 6.81              |
| 1930  | 665                  | 67           | 10.22             |
| 1931  | 539                  | 46           | 8.55              |
| 1932  | 391                  | 47           | 10.02             |
| 1933  | 277                  | 29           | 10.47             |
| 1934  | 523                  | 49           | 9.36              |
| 1935  | 625                  | 60           | 9.60              |
| 1936  | 828                  | 110          | 13.28             |
| 1937  | 909                  | 101          | 11.11             |
| Total | 9272                 | 853          | 9.2               |

Procentul de 9,2 la sută găsit de noi este ceva mai ridicat decât cel găsit de Ivert în lucrarea sa: «Blessures du globe de l'oeil» unde dă cifra de 6,27 la sută.



Este interesant de a constata, că traumatismele oculare sunt cu mult mai frecvente la bărbați -ca la femei, fapt găsit de altfel atât de Ivert cât și de Tschistiakoff din Tomsk și cu siguranță ocupațiunea este momentul important în această deosebire, bărbatul prin ocupațiunile, viața sa zdruncinată și munca intensă pe care o depune, îl expun mult mai des traumatismelor.

Noi am găsit în numărul total de 853 traumatisme oculare, această repartitie după sex:

bărbați; 733 cu procent de 85,93%.

femei; 120 « « « 14,07%.

Deasemenea e interesantă statistica pe decade vârstă pentru ilustrarea căreia dăm acest tablou.

TABLOUL 2.

Frecvența traumatismelor pe decade vârstă;

| Ani   | Număr | Procent % |
|-------|-------|-----------|
| 0—10  | 97    | 11.37     |
| 10—20 | 157   | 18.17     |
| 20—30 | 193   | 23.79     |
| 30—40 | 160   | 18.76     |
| 40—50 | 106   | 12.42     |
| 50—60 | 83    | 9.73      |
| 60—70 | 48    | 5.62      |
| 70—80 | 9     | 1.05      |

Din acest tablou rezultă că procentajul cel mai mare îl dau bolnavii între vârsta de 20—30 de ani. Putem spune că traumatismul ocular nu e apanajul unei vârste, ci se poate întâlni la toate vârstele, dar această predominanță

ne poate da totuși unele indicațiuni în ce privește profilaxia.

Amintim în legătură cu datele noastre, statistica lui I. Chevtchouk (kiew), care se referă numai la traumatismele survenite la copii și în care arată, pe lângă faptul că survin mai frecvent la băieți decât la fete și circumstanțele în care s'a produs accidentul.

Este de părere, în ceea ce privește profilaxia, să se elimine dintre distracțiile copiilor asemenea jocuri periculoase, cari aduc prea multe nenorociri.

Concluzii interesante și în acelaș timp de mare preț în ce privește prognosticul putem să ne formulăm cunoscând în ce măsură traumatismul poate să compromită ochiul în așa grad, încât să fie necesară suprimarea lui.

În general ochiul este compromis atunci, când survine în urma traumatismului o infecțiune în așa măsură încât să transforme întreg conținutul ocular într'o magmă purulentă, cum e cazul panoftalmiei, când facem eviscerația sau când ochiul într'o irido-ciclită acută sau subacută devine un pericol pentru ochiul opus dând oftalmia simpatică când facem enucleație.

De sigur, că din punct de vedere funcțional de multe ori ochiul este compromis, însă neprezentând un pericol îl păstrăm pentru estetică. În ori ce caz, din cifra enucleațiilor și eviscerațiilor putem să ne formulăm date aproximative asupra gravității generale ale traumatismelor oculare, date precise vom sublinia la statistica rezultatelor optice după tratament.

În cadrul celor 853 bolnavi cu traumatisme oculare, a fost executată enucleația de 78 ori iar eviscerația de 33 de ori, deci în total au fost executate 111 intervenții cari prin felul lor de a fi, sunt considerate grave și de urgență. Această cifră demonstrează gravitatea maximă.

Tot grave din punct de vedere funcțional sunt și

acele traumatisme, cari aduc după sine deschiderea cavității oculare, cu alte cuvinte plăgile oculare cu sediul cornean sau scleral. În această privință am găsit un număr respectabil de 520 plăgi corneene și 181 plăgi sau rupturi ale sclerotice, constituind împreună, față de numărul total procentul de 82.1 la sută.

Între consecințele traumatismelor oculare trebuie să amintim atrofia globului ocular, pe care am găsit-o în 40 de cazuri din 853, adică 4,7 la sută.

În foarte multe cazuri, corpul traumatizant mic și animat de viteză destul de mare, pătrunde și rămâne în interiorul globului ocular, constituind un corp străin intraocular; am găsit această complicație în 156 cazuri deci 18,1 la sută, dintre aceștia au fost 15 corpi străini biperforanți.

Traumatismele, în foarte multe cazuri au repercusiuni nefaste asupra cristalinului, turburându-i nutriția prin rupearea zonulei lui Zinn, sau producând luxarea din poziția fiziologică, sau rupând capula cristaliniană și dând loc la infiltrațiuni de umor apos între lamele cristalinene constituind opacifierea, adică o cataractă traumatică. În cazul traumatismelor oculare cataracta este des întâlnită, noi găsim-o în 219 cazuri adică 25,6 la sută.

Leziunea uveei, membrana vasculară a globului ocular este deasemenea frecvent întâlnită, observată în diferitele sale porțiuni adică: iris, corp ciliar sau coroidă. Coînteresarea poate fi directă prin ruptură sau indirectă când printr'o plagă corneană sau sclerală această membrană prolabează în urma tensiunii intra-oculare. Am găsit această coînteresare în 230 de cazuri din cele 853, deci 26,9 la sută.

Am amintit, că una dintre complicațiile frecvente ale traumatismelor oculare este inflamația acută sau subacută a irisului și corpului ciliar, constituind o irido-ciclită acută sau subacută, importantă de cunoscut pentru conse-

cințele optice și pe care am sesizat-o în 146 cazuri, cu procent de 17,1 la sută.

Știm, că retina este nutrită de coroidă așa că orice leziune a coroidelor va interesa în modul cel mai fidel și retina; pe de altă parte inflamația irisului provoacă formarea de exudate, cari organizându-se pe fața anterioară a cristalinului, vor include comunicarea camerei anterioare cu camera posterioară, declanșând un glaucom, pe care l'am întâlnit în 50 de cazuri cu 5,8 la sută. La fel, inflamația corpului ciliar determinând o ipersecreție de umor apos, va mări tensiunea oculară, având ca rezultat tulburări de vedere tipice acestui accident.

Uneori traumatismul unui ochi poate deveni fatal și pentru ochiul opus prin mecanismul oftalmiei simpatice, mecanism încă nesuficient elucidat. Ochiul traumatizat făcând irido-ciclită traumatică, poate declanșa un proces similar la ochiul opus și această afecțiune odată începută își face mersul, compromițând globul ocular fără a putea fi oprită prin vre-un tratament. Din fericire, cazurile acestea în statistica noastră, datorită conduitei ferme de profilaxie le găsim extrem de rar, abia numai în două cazuri cu procent de 0,2 la sută.

În statistica sa P. Tschistiakoff, ajunge la concluzia că deși în general s'ar părea logic, ca traumatismele să fie mai frecvente la pleoape decât la corneea și cristalin, lucrurile se petrec tocmai invers. Noi observăm același lucru. Pe când înregistrăm 520 plăgi corneene și 181 plăci sau rupturi sclerale, am constatat abia 66 leziuni traumatice ale pleoapelor și sprâncenelor, 7,7 la sută din cele 853 cazuri de traumatisme oculare.

Tot ca afecțiuni traumatice ale ochiului se consideră și arsurile prin caustice sau lichide fierbinți. Am găsit 32,37 la sută arsuri, cari să grupează în felul următor:

| Agentul | Sodă caust. | Ac. Sulfuric | Ac. Acetic | var | lich. fierbinți | %    |
|---------|-------------|--------------|------------|-----|-----------------|------|
| Bărbați | 3           | 1            | 2          | 10  | 7               | 2.7  |
| Femei   | 2           | 0            | 0          | 6   | 1               | 1.05 |

bărbați: 23

femei: 9

Total: 32

Din aceste date rezultă că la femei combustiunile survin aproape numai cu substanțe alcaline, concluzie la care a ajuns și statistica Cliniceii din Tomsk. Putem spune că sunt mai frecvente, ca și traumatismele în general, la bărbați, la cari predomină cele cu var și cu diferite lichide fierbinți în care intră în mare parte metalele topite ca accidente de muncă în metalurgie.

Conchizând, vom sintetiza într'un tablou toate datele mai importante spre a avea o privire în ansamblu asupra acestor traumatisme oculare. (Se vedea tabloul No. 3.)

Valoarea reală a unui ochiu este exprimată prin valoarea posibilităților sale funcționale. Nu vom putea nici odată aprecia gravitatea unei leziuni oculare fără a face proba acuității vizuale pentru ochiul lezat. În statistica noastră am făcut patru grupe de apreciere a acuității vizuale, acuitate cu care bolnavul a părăsit clinica. În prima grupă am încadrat toate acele cazuri în care s'a pierdut complet vederea în urmă traumatismelor, ochiul ne mai având nici măcar senzația de lumină. Aici se cuprind toate cazurile în cari a fost necesară enucleația, eviscerația, acoperirea conjunctivală totală, sau ochiul în urma proceselor patologice s'a atrofiat degradându-se în glob atrofie.

TABLOUL 3.

| Felul afecțiunii traum.               | Numărul | Procentul la sută |
|---------------------------------------|---------|-------------------|
| Oftalmii simpatice                    | 2       | 0.2               |
| Combustii                             | 32      | 3.7               |
| Globi atrofici                        | 40      | 4.7               |
| Glaucom sec.                          | 50      | 5.8               |
| Plăgi palpebrale                      | 66      | 7.7               |
| Irido-ciclite                         | 146     | 17.1              |
| Corpi străini i. ocul.                | 156     | 18.1              |
| Plăgi, rupturi sclerale               | 181     | 21.2              |
| Cataractă traum.                      | 219     | 25.6              |
| Plăgi corneene                        | 520     | 60.9              |
| Inclavări, rupt. iris. și corp ciliar | 230     | 26.9              |

S'au făcut enucleații 78 dând un procent de 9,1 la sută.

Eviscerații: 33 « 10 » « 3,8 la sută.

În grupa a doua am clasat acele cazuri unde a rămas cel puțin senzația de lumină mergând până la  $\frac{1}{10}$  față de normal. Și în această grupă avem tot cazuri grave întrucât deși există oarecare vedere, este totuși insuficientă pentru viața de relație; un asemenea ochiu, dacă ochiul opus este de acuitate normală, dă totuși avantagii însemnate mărind câmpul vizual de partea sa. Aici s'ar putea introduce cazurile de acoperire conjunctivală parțială, leucoamele corneene, maculele centrale, plăgi sclerale late apoi leziuni ale globului posterior.

În grupul 3 și 4 sunt bolnavii, cari au păstrat la ieșirea din clinică o acuitate importantă dela  $\frac{1}{10}$  până la 1 adică la normal. Aceștia sunt ochii cari pot prezenta valoare reală chiar dacă sunt unici. O acuitate dela  $\frac{1}{10}$  către

normal face posibilă o orientare bună. Toate acuitățile pe care le-am notat, sunt înregistrate cu cea mai bună corecție ce s'a putut face prin lentile.

Am găsit următoarele cifre :

TABLOUL 4 Acuitatea vizuală:

| Acuitate                         | Număr de cazuri | Procent % |
|----------------------------------|-----------------|-----------|
| O                                | 223             | 26.1      |
| 0-- $\frac{1}{16}$               | 280             | 32.8      |
| $\frac{1}{16}$ -- $\frac{1}{12}$ | 61              | 7.1       |
| $\frac{1}{12}$ --1               | 94              | 11.0      |

În această statistică observăm, ce ridicat este numărul celor ce rămân lipsiți din punct de vedere funcțional, total sau parțial, de ochiul traumatizat. Un fapt este iarăș de remarcat, că numărul cazurilor cu acuitate bună este mai mare ca acelor cu acuitatea mediocră.

Constatările la cari ajungem, consumând această anchetă făcută pe 853 cazuri clinice, să referă în primul rând asupra gravității afecțiunilor traumatice pe cari le considerăm foarte grave întrucât statistica ne arată un mare procent de turburări grave funcționale, în al doilea rând se referă la frecvența mare a afecțiunilor traumatice față de totalul bolnavilor internați. Reiese deci, că afecțiunile traumatice oculare sunt afecțiuni grave și frecvente.

Statistica noastră ne arată că aceste afecțiuni sunt mai frecvente la bărbați ca la femei, iar în ce privește vârsta cele mai multe cazuri le întâlnim între 20 și 30 de ani.

Ca leziuni anatomice ale ochiului întâlnim în ordinea frecvenței : plăgile corneene,

Inclavarea sau ruptura irisului,

Cataracta traumatică,

Plăgi, rupturi sclerale,  
Corpi străini intraoculari,  
Iridociclita.

apoi altele mai rare  
combustii,  
glaucom etc.

În ce privește capacitatea funcțională a unui ochi traumatizat, putem să spunem conform statisticii că în marea majoritate a cazurilor ochiul este pierdut din punct de vedere optic total sau aproape total, rămânând totuși un număr important cu acuitate vizuală apropiată de normal.





## PARTEA II.

### **Tratamentul traumatismelor oculare în Clinica Oftalmologică din Cluj.**

Cele mai multe traumatisme oculare interesează globul ocular în așa fel încât, tratamentul nostru va trebui să fie o combinație a diverselor tratamente aplicate pentru fiecare leziune simplă în parte. Ar fi foarte greu să descriem variația tratamentului dela caz la caz, întrucât aproape niciodată nu vom reuși să avem două cazuri clinice în care să putem aplica acelaș tratament fără a fi nevoiți a ne acomoda împrejurărilor speciale ce se leagă de fiecare caz. Cunoșcând acest lucru ne propunem a trece în revistă tratamentul ce se **uzitează** în Clinica Oftalmologică din Cluj, având ca fir conductor clasificarea afecțiunilor traumatice oculare în **Tratatul de oftalmologie** de dl. Prof. D. Michail.

După această schematizare ne vom permite a prezenta tratamentul aplicat față de câteva din cazurile mai complexe și mai dificile.

Pentru afecțiunile traumatice ale ploapelor ne comportăm după cum avem:

În contuziuni și echimoze, vom aplica comprese umede;  
În plăgile pleoapelor ne vom comporta cu oarecare grijă deoarece este în joc factorul estetic. Dacă plaga este recentă, vom face imediat sutura după curățirea ei cu apă și săpun și cu o substanță antiseptică; vom fi atenți la coaptare, deoarece de aceasta depinde aspectul cicatricei. Dacă plaga e mai veche de 24 ore, și marginele prezintă zone necrotice, atunci curățim cu foarfecele buzele plăgei și apoi vom încerca o sutură, care uneori nu se va prinde deoarece în urma supurației din jurul firului, acesta se va elimina; vom aplica pansament steril, până ce se produce cicatrizarea plăgei. Dacă firele au cedat sau plăgile sunt infectate, atunci așteptăm să se facă oricum cicatrizarea și după vindecarea completă vom interveni aseptice pentru corecție, prin blefaroplastii, cari pot fi cu lambouri pediculate, sau cu lambouri cutanate libere. Pentru cele cu lambouri pediculate sunt mai multe metode, așa: metoda alunecării, metoda răsucirii, metoda cu lambouri pediculate luate dela distanță, toate căutând refacerea prin țesuturile din vecinătate, ca tâmplă, frunte, obraz, cari ne oferă substanță mai abundentă și mai potrivită. Cele cu lambouri cutanate libere utilizează pielea, pielea fină lipsită de păr mai ales a regiunii interne a brațului sau coapsei.

În cazul arsurilor palpebrale ne comportăm identic ca față de oricare arsură a tegumentelor după gradul arsurii; aplicăm după curățirea regiunii tifon uleiat steril sau antiseptice tot uleiate.

Corpii streini palpebrali îi vom elimina cât mai repede prin orice manoperă și apoi vom trata ca pe o plagă simplă cu pansamente sterile și antiseptice. Pansamentele umede au un bun efect prin macerarea ce o produce asupra straturilor superficiale ale pielei, dislocând astfel corpii străini odată cu schimbarea pansamentelor.

În afecțiunile traumatice ale conjunctivei procedăm:

În cazuri de corpi străini conjunctivali, vom face extracția lor cu magnetul, dacă reacționează sau cu pensa dacă altfel nu putem: pe cei superficiali îi detașăm prin simple ștergeri cu un tampon imbibat cu soluție de acid boric de 3 la sută, sau prin spălături oculare cu o soluție de oxicianură de mercur 1/5000. Când sunt bine infipți îi vom extrage cu acul pentru corpi străini sau uneori va fi nevoie de a exciza fragmentul conjunctival ce-i conțin. Se instilă argirol 4 la sută sau Sulfat de Zn. 2 la sută.

Echimozele subconjunctivale se resorb spontan așa că nu e nevoie de vre un tratament; la fel și emfizemul conjunctival.

Plăgile conjunctivei nu comportă pericol deoarece se cicatrizează spontan, noi trebuind numai să aseptizăm sacul conjunctival. Numai atunci vom interveni când sunt neregulate și adânci, când vom face câteva puncte de sutură pentru a preîntâmpina o cicatrizare vicioasă.

În patologia traumatismelor conjunctivale capitolul cel mai important din punct de vedere terapeutic, este fără îndoială cel al arsurilor și în special arsurile prin caustice.

Vom desebi în primul rând causticele acide de cele bazice.

Curățim ochiul și părțile vecine de substanța nocivă, prin îndepărtarea particulelor încă nedizolvate. După aceasta se fac spălături largi cu ser fiziologic, se face apoi aseptizarea riguroasă cu sol. de argirol de 1 la sută sau cu o pomadă de xeroform, sau iodoform, sau dionină 1 la sută.

Aplicăm atropină pentru a pune irisul la adăpostul unei irite toxice.

Dacă prezintă tendință spre simblefaron, schimbăm pansamentul de 2 ori pe zi și rupem aderențele cu un bastonaș de sticlă.

În statistica prezentată în prima parte a acestei lucrări am văzut cât de frecvent este interesată corneea în

traumatismele cu sediul la nivelul globului ocular. Pe de altă parte știm ce rol joacă transparența și curbura corneei în optica oculară; vom înțelege deci că în toate afecțiunile corneei va trebui să intervenim cât mai energic și cât mai grabnic, deoarece compromiterea corneei implică compromiterea funcțională a globului ocular.

Începând cu cele mai simple, cu corpii străini ai corneei, va trebui să-i extragem, după ce în prealabil am făcut anestezie locală cu instilații de cocaină 2 la sută. Se extrag cu acul de corpi străini; s'a imaginat și un ac pentru extracția corpurilor străini ai corneei, prevăzut cu o sursă luminoasă, deoarece acest factor al luminajului are rolul preponderent în extragerea lor. După extracție se explică atropină 1 la sută, pomadă cu dionină și se face pansamentul oclisiv, până când punctul de inclavare nu mai prinde fluoresceina, ceea ce ne arată epitelizarea leziunii corneene.

În cazul plăgilor corneene ne vom comporta diferit după cum avem de a face cu plăgi superficiale sau penetrante. În primul caz vom antiseptiza sacul conjunctival cu argirol, vom instila atropină 1 la sută, alifie, dionină 2 la sută și facem pansamentul oclisiv. Plăgile perforante sunt însoțite de ciupirea sau prolapul irisului. În aceste cazuri va trebui să rezecăm irisul inclavat, cauterizăm buzele plăgei și bontul de excizie cu galvano-cauterul și apoi facem o «înaintare a conjunctivei bulbare», după ce am subminat-o cât mai subțire posibil, punând câte un fir de sutură; se face astfel aderență între suprafața de cauterizare cu conjunctiva înaintată. Dacă plaga e limbică se face înaintare parțială, iar dacă avem o plagă totală, procedăm la o acoperire conjunctivală totală. Acest pansament biologic va scuti interiorul ocular de infecție și va lua parte la formarea țesutului cicatricial. În ce privește viitorul acestei acoperiri conjunctivale, putem spune, că ea va prinde aderențe, numai acolo unde nu este în contact cu epiteliul

cornean intact, așa că restul fie că se va retrage spontan, fie că vom interveni noi rezecând-o, dar aceasta mai rar.

Arsurile corneei sunt concomitente cu cele conjunctivale, și mai ales în cele grave, corneea face un proces necrotic, luând un aspect alb porțelanos, mat și devine insensibilă. Se îndepărtează cât mai repede substanța cauterizantă, se fac spălături și se instilează cocaină 1 la sută și atropină care suprimă spasmul reflex al sfincterului irian și se opune complicațiunilor inflamatorii iriene; aplicăm alifie cu dionină, sau substanțe grase spre a împiedeca formarea simblefaronului, apoi facem pansament oclisiv.

În foarte multe cazuri o eroziune traumatică sau plagă corneeană în urma florei conjunctivale se infectează transformându-se într'un ulcer traumatic. În acest caz vom controla sacul lacrimal și în caz de dacriocistită îl vom extirpa sau vom face o dacrio-cisto-rinostomie pentru a elimina focarul infecțios. Față de conjunctivă vom acționa prin agrirol 20 la sută.

Ulcerul va pretinde o comportare diferită după cum este sau nu însoțit de ipopion. În caz de ipopion vom face puncția camerei anterioare în partea declivă, vom evacua ipopionul, apoi vom cauteriza cu galvano-cauterul suprafața ulcerului; în ulcer simplu vom face numai cauterizare, vom instila atropină, argirol, vom aplica pomadă de dionină și pansament oclisiv până la epitelizare.

Până când plăgile corneei suntacompaniate de înclavarea irisului, plăgile și rupturile sclerotice suntacompaniate de înclavarea corpului ciliar, coroidesși vitrosului.

În general, suntacompaniate de ipotonie oculară și în general nu sunt dureroase până când nu există infecția conținutului ocular. Cea mai mare grijă trebuie s'o avem față de propagarea infecției în interiorul globului ocular. Vom face acoperirea conjunctivală, dacă plaga e mai mare sau pansament simplu oclisiv dacă plaga e foarte mică.

În cazul plăgilor foarte întinse sclerale, vom sutura sclerotica cu fire de catgut, deși în general ochiul acesta este mai bine să fie enucleat, deoarece rar se întâmplă să nu fie și infectat și irido-ciclita gravă ce rezultă poate da naștere uneia asemănătoare de partea opusă pe calea oftalmiei simpatice. În cazul rupturilor prin plesnire a sclerotice, vom face același tratament ca și în cazul plăgilor, vom aplica termofor, comprese pentru a aștepta linișterea procesului și pentru a urmări evoluția care de cele mai multe ori merge către atrofia globului.

Peste un asemenea glob atrofic vom aplica o proteză care va avea avantajul de a fi mobilă.

În traumatismele oculare observăm frecvent inclavări, rupturi, smulgeri ale irisului, iridodializă. În cazurile ultime vom aplica un pansament, repaos, termofor și midriatice.

În cazul inclavării irisului într-o plagă corneană recontă vom încerca reducerea (cam până la 3 ore), în cele tardive rezecție.

Am văzut în statistică un număr respectabil de corpi străini intraoculari. Tratamentul în aceste cazuri este favorizat dacă corpul străin este magnetic, — căci atunci îl vom putea extrage cu magnetul printr-o plagă sclerală prin care vom introduce ciocul magnetului după extracție vom sutura conjunctiva, vom administra atropină, termofor și vom aștepta până ce se liniștește ochiul, care de obicei se liniștește, se descongesează în câteva zile; vom administra eventual pentru stimularea organismului o injecție de lapte 8 cm<sup>3</sup> intrafesier, în cadranul superoextern sau vom da cianură de mercur intravenos câteva zile câte un cm<sup>3</sup>. În cazul corpurilor străini nemagnetici ne mulțumim a administra, atropină, termofor, cianură de mercur, vom controla tensiunea oculară. Dacă s'a deslănțuit un proces iridociliar, atunci vom controla imediat tensiunea oculară; dacă ochiul este moale sau normal, vom administra midriatice,

atropină, cocaină, adrenalină și vom menține midriaza maximă. Vom da antiseptice generale, local termofor. Dacă însă tensiunea oculară este ridicată, atunci vom administra pilocarpină, ezerină, ca miotice, deși, dacă avem avantajul că tensiunea va scădea, totuși putem avea desavantajul de a favoriza organizarea sinechiilor posterioare iriene.

Vom aplica ventuze scarificate în regiunea temporală, lipitori, vom face iridectomie antiglaucomatoasă, deși trebuie să fim prudenți de a intra într'un asemenea ochiu în plină inflamație.

Corpul străin în traectul său intraocular va lovi cristalinul producând o cataractă traumatică directă, sau este suficient ca lovitura aplicată numai asupra corneei, să se repercute printr'un val de unde apoase asupra cristalinului și să se producă o cataractă traumatică indirectă ca mecanism.

În general putem spune că o cataractă traumatică are tendință la resorbție spontană mai ales la bolnavii sub 30 de ani, așa că de multe ori am găsit cataracte traumatiche parțial sau total resorbite, când vom găsi în ultimul caz numai capsula cristalină. Atunci, când masele cristaliniene erniază prin ruperea cristaloidei anterioare și înnoată în umorul apos, vom face puncția camerei anterioare și odată cu valul de umor apos se vor evacua și masele cristaliniene. Putem să încercăm cu succes în asemenea cataracte aspirația cu seringă specială.

În cazurile complicate cu irido-ciclită sau irită, vom administra atropină, termofor, cianură de mercur intravenos, și vom amâna orice intervenție asupra ochiului, cât timp persistă starea inflamatorie. În cazul cataractei cu glaucom vom face puncția camerei anterioare cu eliminarea maseilor. În cazul irido-ciclitei cu cataractă traumatică am văzut că intervenția trebuie amânată și este chiar bine s'o amânăm un timp mai îndelungat deoarece inflamația

corpului ciliar și a irisului prin traumatismul operator se poate redeștepta. Este interesantă relatarea făcută de E. Marx în revista *Annales d'oculistique* No. 151/1914 unde arată că microbii au putut viețui în mod latent în ochiul inoculat de iepure timp de 190 zile. Vedem deci cum o inflamație latentă poate ascunde microbi care în urma traumatismului operator pot da accidente acute. Anatomia patologică ne învață că acești microbi sunt cantonați în imediata apropiere a vaselor. Corpul vitros în cazul infecției sale prin corp străin penetrant, va oferi germenilor un mediu admirabil de cultură, așa că în scurt timp se va transforma într-o magmă purulentă constituind un abces închis de capsula sclero-corneană, care se va destinde provocând dureri insuportabile. În acest caz vom aplica tratamentul tuturor abceselor în general, adică deschidem și curățăm cu cureta lui Volkmann; este ceea ce numim eviscerație, adică vom secționa cornesa circular perilimbic, apoi vom curăți întreg conținutul ochiului rămânând pe loc doar sclerotica. În unele cazuri, în zilele următoare eviscerației sclerotica fiind atinsă de procesul inflamator, suferă o necroză care întreține mult timp un edem conjunctival; în aceste cazuri vom practica rezecția bontului scleral, instilație de argirol 20 la sută și pansament oclisiv câteva zile, eventual comprese umede. Tot aici este locul să amintim că enucleația se practică în Clinică asupra globilor atrofici dureroși cu iridociclita, amenințând cu oftalmie simpatcă. Enucleația în aceste cazuri este o intervenție radicală și vindecarea plăgii se face în câteva zile, sub conjunctiva suturată prin fir continuu. De obicei după 5—6 zile scoatem firul de sutură iar după alte 2 zile suprimăm pansamentul și aplicăm proteză. Este important să amintim că în ce privește durerile din iridociclita traumatică, întocmai ca și în alte irido-ciclite, practicăm injecția retrolbulbară cu alcool 90 la sută, un  $\text{cm}^3$  după ce am făcut



anestezie retrobulbară cu novocaină. Este ultima încercare pe care o facem înainte de a recurge la enucleație.

Pentru demonstrația metodelor terapeutice vom aminti câteva observațiuni clinice :

### O b s e r v a Ț i a 1.

A, Ioan, 42 ani, plugar, a suferit traumatism la O. S. cu o bucată de piatră înainte cu 10 zile de internare. Subiectiv prezintă durere, fotofobie, diminuarea acuității vizuale.

### O b i e c t i v :

Prezintă tumefierea pleoapelor, lăcrimarea abundentă, chemosis conjunctival, corneea prezintă opacitate infero-temporală, prinde colorantul, în camera anterioară ipopion puțin exprimat, desemnul irian este șters.

La examenul funcțional se constată acuitate vizuală normală la O. D. și senzația de lumină la O. S. Pupila nu reacționează de partea bolnavă, să stabilește diagnosticul de ulcer cornean traumatic, cu irită și ipopion O. S.

### T r a t a m e n t.

Se măsoară tensiunea oculară și se constată că nu este mărită față de ochiul sănătos. T. O. la O. D. = 22 și O. S. = 20. Se face cauterizare suprafeței ulcerative cu galvano-cauterul, se instilează atropină, argirol, se aplică dionină 1 la sută în vaselină și pansament oclisiv. Se face injecție de lapte șteril 8 cm<sup>3</sup> intramuscular în cadrul supero-extern. După o zi se constată că ipopionul a dispărut, bolnavul a reacționat față de injecția de lapte cu o temperatură de 38,6°. Se continuă cu atropină, dionină,

argirol și pansament timp de 2 săptămâni în care timp ulcerul s'a cicatrizat și numa prinde fluoresceina. Bolnavul părăsește clinica cu acuitate vizuală de 150, întrucât leucomul acoperă în mare parte câmpul pupilar.

### Observația 2.

A. Gheorghe, 18 ani, mecanic, a suferit un traumatism la O. D. cu o bucată de fier, care era o piesă de mașină. Traumatismul a fost urmat de roșeață, fotofobie, lăcrimare, pierderea vederii până la a distinge mișcarea mâinei înaintea ochiului. La examenul obiectiv se constată congestie conjunctivală, plagă limbică supero-temporală cu inclavare de iris, pupila deformată, piriformă, cu coada înspre plaga limbică, cristalinul opacifiat, capsula cristaliniană ruptă, mase cristaliniene căzute în camera anterioară, care este de profunzime diminuată.

### Tratament:

Paracenteză O. D. cu eliminarea masei cristalinene, galvano-cauterizarea plăgii limbice și prolapsului irian, pansament. A doua zi camera anterioară era refăcută; au mai rămas mase cristalinene, se instilează atropină, se aplică termofor. În zilele următoare se observă tendința către resorbție a masei cristalinene rămase. Restul cristalinului tinde către opacifiere. Bolnavul părăsește serviciul, urmând să reintre pentru operație.

### Observația 3.

Sl, Ștefan, 12 ani, elev, a fost lovit de o creangă peste O. D.; în urma acestui accident i-a scăzut vederea până la a număra degetele înaintea ochiului. Obiectiv se constată o cataractă traumatică.

### Tratament:

Se face iridectomie pregătitoare superioară, după 8 zile paracenteză cu eliminarea masselor moi, cristaliniene. În urma acestei intervenții s'a eliberat jumătatea nasală a pupilei. Bolnavul părăsește serviciul și revine după 2 săptămâni când se constată cu lentilă de + 11 D. sf. convex acuitate de 5/10.

### Observația 4.

P. Iosif, 24 ani, lăcătuș. Lucrând cu un ciocan în uzină, s'a desprins o bucată din el, proiectându-se în O. D. Din acest moment nu mai vede nimic cu O. D. și are dureri oculare.

### Obiectiv:

Se observă o plagă tăiată perforantă liniară la nivelul limbului sclero-cornean între orele 1—2 prin care curge o cantitate mică de vitros, corneea ușor edemațiată, hemoragii în vitros. Funcțional O. D. numai la periferie vede mișcările mâinii. Radiografia arată un corp străin situat în dreptul segmentului supero-nasal și posterior (la limita posterioară a globului).

### Tratament:

Galvano-cauterizarea plăgii sclerale, adrenalină, atropină, termofor, pansament. Bolnavul părăsește clinica cu o acuitate vizuală de 5/30.

### Observația 5.

C. Victor, 36 de ani, econom, a fost lovit la O. D. cu corn de bou; a fost internat într'un spital unde starea

oculară s'a ameliorat, rămânând cu o vedere redusă la a numără degetele dela 15 cm. După 2 luni observă fără cauze evidente scăderea vederii la O. S. În zilele următoare acuză dureri oculare și cefalee, de când vederea a scăzut foarte repede, așa că la intrare în serviciul nostru numără degetele dela 15 cm.

### O b i e c t i v :

Se constată lăcrimare, fotofobie, congestie peri-cheratică; la O. D. se supra adaugă o cicatrice concentrică limbică cu inclavarea și atrofia irisului. Diagnostic: oftalmie simpatică.

### T r a t a m e n t :

Bolnavul a urmat tratamentul timp de 3 luni în clinică; s'a încercat tot arsenalul terapeutic în ce privește antisepticele generale: neosalvarsan, salicilat Na., cianură de mercur, iodaseptină, s'a făcut abces de fixație cu oleu de terebentină.

Local Roentgenterapie, termofor. Dintre medicamentele oculare s'a întrebuințat uneori atropina, alteori pilocarpina după cum varia tensiunea oculară. S'a făcut iridectomie antiglaucomatosă, pilocarpină, ezerină, injecții de endojodin intravenos 2 cm<sup>3</sup>. La părăsirea serviciului are senzația luminei.

## CONCLUZIUNI.

### PARTEA 1.

1. Traumatismele oculare constituiesc 9,2 la sută din numărul total al bolnavilor internați în Clinica Oftalmologică din Cluj, dela 1924—1937, deci sunt afecțiuni des întâlnite.

2. Traumatismele oculare sunt mai frecvent întâlnite la bărbați, 85,93 la sută, decât la femei, 14,07 la sută.

3. Vârsta la care survin mai frecvent e între 20—30 ani, cu un procent de 23,79 la sută, le găsim însă la toate vârstele dela zero ani până la 80 de ani.

4. Trebuie să le considerăm ca afecțiuni grave întrucât 82,1 la sută sunt penetrante, iar în ce privește rezultatul funcțional după tratament, prezintă acuitate de până la  $\frac{1}{10}$  32,8 la sută și acuitate între  $\frac{1}{10}$  și  $\frac{1}{1}$ , abia 18,1 la sută.

5. Cele mai des întâlnite în ordinea frecvenței sunt: afecțiunile traumatice ale corneei 60,9 la sută, cointeresarea irisului prin inclavare sau ruptură 26,9 la sută, cataracte traumatice 25,6 la sută, plăgile și rupturile sclerale 21,2 la sută, corpi străini intraoculari 18,1 la sută, iridociclite 17,1 la sută, plăgi palpebrale 7,7 la sută, glaucom sec. 5,8 la sută, globi atrofici 4,7 la sută, combustii 3,7 la sută și în fine oftalmie simpatică cu 0,2 la sută.

6. Paradoxul că pleoapele și sprâncenele sunt mai puțin interesate decât celelalte componente ale globului ocular, în cazuri de traumatisme oculare, e confirmat, acestea luând parte numai în 7,7 la sută din totalul de 853 cazuri de traumatisme oculare.

7. În ce privește combustiunile cherato-conjunctivale, sunt mai frecvente la bărbați 2,7 la sută, ca la femei 1,05 la sută. La femei întâlnim în majoritatea cazurilor combustiuni prin substanțe alcaline, la bărbați cu var și lichide ferbinți, metale topite, ca accidente de muncă în metalurgie.

## PARTEA II-a.

1. Tratamentul în traumatismele oculare constă în intervenție de urgență, întrucât infecția conținutului ocular foarte rar poate beneficia de un succes terapeutic.

2. În tratamentul traumatismelor oculare vom respecta principiul de a scuti conținutul globului ocular de infecție fie prin substanțe antiseptice, fie prin acoperire conjunctivală a plăgilor corneene și sclerale și de a pune irisul și corpul ciliar în repaos prin instilații de substanțe midriatice.

4. Vom controla în totdeauna riguros tensiunea oculară, deoarece glaucomul sec. este frecvent întâlnit și în aceste cazuri va trebui să înlocuim midriaticele cu miotice.

4. Vom fi foarte atenți în cazul irido-ciclitelor traumatiche și vom avertiza pe bolnavi de pericolul ce-l prezintă un asemenea ochi pentru ochiul opus; intervenim în caz de nevoie radical prin enucleație făcând astfel profilaxia oftalmiei simpatice.

5. În cazul cataractei traumatiche nu vom opera decât când ne-am convins că ochiul este perfect liniștit; altfel vom amâna intervenția chirurgicală, evitând traumatismul operator, care ar redeștepta o irido-ciclită latentă.

Intervenții radicale s'au făcut în multe cazuri ; așa s'au executat enucleații în 9,1 la sută și eviscerații cu 3,8 la sută, din totalul celor traumatizați oculari și internați în clinică în decursul acestor 14 ani.

Văzut și bun de imprimat :

Cluj, 23 Iunie 1933.

Decanul facultății :

ss) Prof. Dr. M. Sturza

Președintele tezei :

(ss) Prof. Dr. D. Michail







## CONCLUSIONS

### I. Partie.

1. Les traumatismes oculaires font 9,2 % du nombre total des malades internés dans la Clinique Ophtalmologique de Cluj, de 1924—1937, ils sont donc des affections fréquentes.

2. Les traumatismes oculaires sont plus fréquents chez les hommes, 85.93 %, que chez les femmes, 14.07 %.

3. L'âge, auquel ils se présentent plus souvent est entre 20—30 ans avec 23 %, mais nous les trouvons dans tous les âges du zéro jusqu'à 80 ans.

4. Ils doivent être considérés comme affections graves, puisque 82.1 % sont pénétrants, et quand au résultat fonctionnel après le traitement, il présente l'acuité visuelle de zéro 26.1 %, acuité jusqu'à 1/10 32.8 % et acuité entre 1/10 et 1/1, à peine 18.1 %.

5. On rencontre le plus souvent dans l'ordre de la fréquence : Les affections traumatiques de la cornée 60,9 %, compaction de l'Iris par enclavement ou rupture 26.9 % cataractes traumatiques 25.6 % et blessures et ruptures sclérales 21.3 %, corps étrangers interoculaires 18,1 % iridocyclites 17,1 %, blessures palpebrales 7.7 % glaucome sec. 5.8 %, globes atrophiques 4.7 %, combustions 3.7 % et enfin ophtalmie sympathique avec 0.2 %

6. Le paradoxe, que les sourcils et les paupières sont moins intéressées que les autres composants du globe oculaire, dans les cas de traumatismes oculaires est confirmé, celles-ci prenant part seulement à 7.7 % du total de 853 des cas des traumatismes oculaires.

7. En ce qui concerne les combustions kérato-conjonctivales, elles sont plus fréquentes chez les hommes, 2,7 %, que chez les femmes 1,5 %. Nous trouvons chez les femmes dans la majorité des cas de combustions par substances alcalines, chez les hommes avec chaux et liquides chauds, métaux fondus, comme accidents de travail dans la métallurgie.

## II. PARTIE.

1. Le traitement des traumatismes oculaires constitue une intervention urgente, étant, que l'infection du contenu oculaire peut bénéficier trop rarement d'un succès thérapeutique.

2. Dans le traitement des traumatismes oculaires nous allons respecter le principe de sauver le contenu du globe oculaire d'infection ou par substances antiseptiques, ou par couverture conjonctivale des blessures de la cornée et sclérales et à mettre l'iris et le corps ciliaire en repos par des instillations de substances mydriatiques.

3. Nous allons contrôler toujours rigoureusement la tension oculaire, puisque on rencontre souvent le glaucome sec. et aussi dans ces cas, il sera besoin de substituer les mydriatiques par des myotiques.

4. Nous donnerons toute notre attention au cas d'irido-cyclites traumatiques en avertissant les malades du danger, que présente un oeil semblable pour l'autre oeil ; nous intervenons au cas de besoin radicalement par énu-

cléation, faissant ainsi la prophylaxie de la ophtalmie sympathique.

5. Au cas de cataracte traumatique nous n'opérerons pas; que quand nous nous sommes convaincus, que l'oeil est parfaitement calme.; autrement nous ajournerons l'intervention chirurgicale, en évitant le traumatisme operateur, résusciterait une irido-cyclite latente.

6. On a fait des interventions dans beaucoup des cas; ainsi on a exécutait des énuclations dans 9,1% et éviscérations a 3,8% du total des traumatisés oculaires internés dans la clinique au cours de 14 ans.

Vu et bon pour etre imprimé.

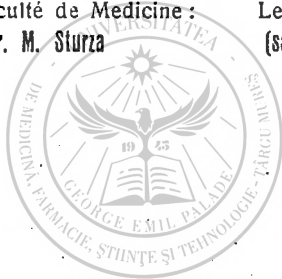
Cluj 23 Juin 1938.

Le Doyen de la Faculté de Medicine :

ss) Prof. Dr. M. Sturza

Le Président de la Thèse:

(ss) Prof. Dr. D. Michail





## BIBLIOGRAFIE

- BURLĂNESCU: Corp străini intraocular tolerat timp de 4 ani. Soc. Română de Oftalmologie din București, ședința din 18. IV. 1923.
- CHEVTCHOUK I.: Traumatismes infantiles d'après les données de la Clinique Oftalmique de l'institut de médecine de Kiew depuis 25 ans. Annales d'oculistique 1935
- CRIDLAND A. B.: Perforating injuries of the eye. Lancet, 28, VII. 1934.
- FÜGENER: Die vom 1. April 1933 bis zum 1 April 1934 in der Universitäts-Augenlinik zu Jena klinisch behandelten Augenverletzungen. Teză, Jena 1933.
- GLĂVAN I.: Corpi străini intraoculari. Soc. Asist. și Preparaț. Fac. Med. Cluj, ședința din 21. I. 1922.
- GLĂVAN I.: Câteva cazuri de traumatisme oculare. Soc. Științelor Medic. Cluj. Ședința 3. II. 1923.
- IVERT A.: Blessures du globe de l'oeil.
- MARX E.: Recherches sur la latence de bactéries dans l'oeil traumatisé. Annales d'Oculistique 1914.
- MICHAIL D.: Tratat de Oftalmologie.
- TSCHISTIAKOFF P.: Les traumatismes oculaires d'après les données de la Clinique Oculistique de Tomsk de 1907—1911 inclus. Annales d'oculistique 1912

**VANCEA P.**: Traumatismele oculare și tratamentul lor la Clinica Oftalmologică din Cluj. Soc. Română de Oftalmologie, București. Ședința din 21. II. 1923.

**VANCEA P.**: Injecțiile cu lapte în terapia oculară. «Clujul Medical», 1923.

**VANCEA P.**: Elemente de terapie oculară, Cluj, 1933.

**WENDEL—PLARRE B.**: Die vom 1. April 1932 bis zum 1. April 1933 in der Universitäts-Augenklinik zu Jena, klinisch behandelten Augenverletzungen. Teză, Jena 1933.

**ZOLOG N.**: Traumatismele oculare la copii. Soc. Științelor Med. Cluj. Ședința 16. I. 1937.

