

CV 1259

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 343.

VALOAREA ACOPERIREI CONJUNCTIVALE

IN

TRATAMENTUL DIFERITELOR AFECȚIUNI CORNEENE



TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE

DE

NICOLAE C. PELIN



Tipografia „CARTEA ROMÂNESCĂ” S. A. Cluj
1927

C. 9824

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FĂCULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 343.

VALOAREA ACOPERIREI CONJUNCTIVALE

IN

TRATAMENTUL DIFERITELOR AFECȚIUNI CORNEENE



TEZĂ

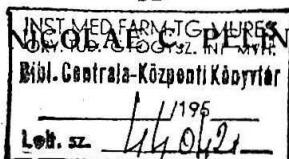
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE.....

DE

24 MAY 2005



Tipografia „CARTEA ROMÂNESCĂ” S. A. Cluj

1927

C. 9824

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori:

Patologia generală și experimentală	D-l Dr. <i>Botez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" " <i>Guiart I.</i>
Clinica medicală	" " <i>Hațiegan I.</i>
Clinica chirurgicală }	" " <i>Iacobovici I.</i>
Medicina operatoare }	" " <i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" " <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" " <i>Minea I.</i>
Medicina legală	" " <i>Minovici N.</i>
Igienă și igiena socială	" " <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" " <i>Nițescu I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică (agr.) }	" " <i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica stomatologică }	" " <i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica dermato-venerică	" " <i>Tătaru C.</i>
Chimia biologică	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" " <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" " <i>Vasiliiu Titu</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-l Prof. Dr. D. Michail.

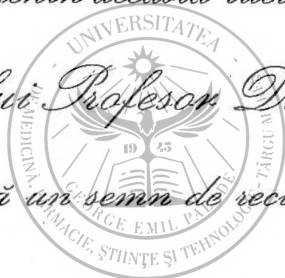
Membrii: { " " " *I. Iacobovici*
" " " *Predescu-Rion I.*
" " " *Martinescu Gh.*
" " " *Botez M. A.*

Supleant: Conf. Țeposu.

Inchin această lucrare,

Domnului Profesor D. Michail,

drept încă un semn de recunoștință.





Părinților mei, cari cu trudă multă și dragoste și mai multă, s'au străduit să mă facă om „de treabă”, lor le aduc prinos de recunoștință.



Prietenului Vancea, Asistent
al clinicei oftalmologice, îi aduc
și pe aceasta cale mulțumiri,
mari și multe, pentru ajutorul
ce mi-a dat.



Fostilor mei profesori, le port
toată recunoștința.

Șefilor mei: Dl Medic G-ral
Dr. Gh. Bădescu și Med. Colonel
Dr. S. Stănculescu, respect și su-
punere.

On. Minister de Războiu, îi
aduc mulțumiri, pentru sprijinul
moral și material ce mi-a dat.

INTRODUCERE

În Clinica Oftalmologică din Cluj, acoperirea conjunctivală se practică în mod curent, în toate afecțiunile corneene, caracterizate prin o pierdere de substanță și cari sunt rebele la tratamentele obișnuite, sau se prezintă dela început cu un caracter destructiv.

Rezultatele obținute au fost dintre cele mai neașteptate. Afecțiuni cari dăinuiau de luni de zile și cari nu cedau la nici un tratament, s'au vindecat într'un timp foarte scurt după acoperirea conjunctivală. Pe de altă parte ulcere foarte grave, cu un caracter invadant destructiv cari amenințau pierderea completă a ochilor și față de cari toate medicamentele utilizate în terapeutila ulcerelor corneene, rămaseseră fără nici un rezultat, s'au potolit mai totdeauna sub acoperirea conjunctivală.

Aceste rezultate frumoase, m'au incitat în dorința de a contribui și eu cu ceva la cunoașterea mai precisă a acestei metode, și m'am hotărât să mă ocup de dânsa, ea făcând subiectul tezei de față.

Lucrările făcute pe bolnavii din clinica d-lui Prof. Michail, în cursul acestor din urmă patru luni, mi-au arătat că înaintarea conjunct. este o metodă terapeutică de o mare valoare, dar că trebuie încă studiată pentru a-i putea preciza indicațiunile, contraindicațiunile și mai ales pentru a vedea rezultatele sale tardive.

Un asemenea studiu însă, care ar pune în plină lumină adevărata valoare a acoperirii conjunct., cere pe lângă un timp îndelungat și o largă competență, ceea ce mă face să sper că printre

multiplele ocupațiuni ale d-lui Prof. Michail, această metodă, va ocupa un loc de frunte, căpătându-și desăvârșirea într'un cât mai scurt timp posibil.

Am împărțit lucrarea de față în mai multe capitole: la început voi arăta tehnica acoper. conjunct., după care într'un capitol deosebit voi expune afecțiunile oculare în cari se practică această operație și în sfârșit într'un ultim capitol voi înfățișa concluziunile cari se trag din studiul materialului de care dispune Clinica Oftalmologică din Cluj.



ISTORIC

Primul autor care s'a gândit să utilizeze conjunctiva, cu scop terapeutic în procesele ulcerative ale corneei, este *Schoeler*. Acest autor considera pterigionul, nu ca o afecțiune, ci ca pe un mijloc natural întrebuintat de organism ca să ajute la vindecarea unui proces ulcerativ pe cornee și ca urmare se gândeste să utilizeze la rându-i și să perfecționeze în mod experimental mijlocul acesta.

Primele experiențe le-a făcut pe iepuri și câini, la cari provoacă în mod artificial o cheratită cu hipopion și încearcă să o vindece creind un pterigon artificial. Acoperea ulceratiia cu un lambou conjunctival și după scurt timp, observa o vascularizație puternică a corneei, precum și resorbția infiltratelor corneene.

Schoeler atribuie vindecarea, efectului tranzitor de compresiune și de apărare a lamboului conjunctival. Dela animale, el trece la om, întrebuintând acoperirea conjunct., într'o serie de cazuri de prolaps irian, de stafilom, plăgile penetrante ale corneei și scleroticeii, etc.

Independent de *Schoeler* și mai târziu ca el, *Kuhnt* propune la rându-i utilizarea conjunctivei în procesele ulcerative ale corneei.

Mai târziu indicațiile metodei s'au lărgit într'atâta, că astăzi acoperirea conjunctivală se aplică — acolo unde ea se aplică — în afecțiunile cele mai variate ale corneei și a căror expunere voiu face-o mai departe.

Cu toate multiplele indicațiuni, meoda nu se practică totuși

în mod curent, recurgându-se la ea, numai după ce s'au epuizat toate celelalte metode de tratament cunoscute.

Explicația trebuie căutată în faptul că acoperirea conjunctivală nu numai că nu a fost pusă la punct până astăzi, dar ea este încă incomplet studiată.

Studii ceva mai numeroase, există doar asupra tehnicii acoperirii; ele nu există însă aproape de loc, asupra modului cum ea lucrează privind rezultatele îndepărtate, și nici asupra indicațiilor și contraîndicațiilor sale, nu se poate spune ceva clar și sistematic, din cele știute până acum.



TECNICA ACOPERIREI CONJUNCTIVALE

Acoperirea conjunctivală ca metodă de tratament, prezintă următoarele indicațiuni:

1. Protecția temporară în urma rupturilor accidentale sau chirurgicale, cari interesază corneea sau sclerotica.

2. Protecția globului ocular în contra infecțiilor în caz de prolaps irian sau de fistule subconjunctivale.

În aceste cazuri înaintarea este definitivă.

3. De a favoriza repararea pierderilor de substanță corneeană sau sclerală, cari întârziază de a se cicatriza, fie că aceste pierderi de substanță sunt infectate sau nu.

Operația este pe de altă parte contraindicată în infecțiunile mucoasei conjunctivale, așteptându-se, de obicei, până când aceste infecțiuni trec.

Acoperirea conjunct. poate fi totală sau parțială. Atunci când leziunea este puțin întinsă, situată numai într'o parte a scleroticei sau a corneei, când turburările produse sunt mici, se va face acoperire parțială. Din contra când globul este larg perforat, când segmentul interesat este profund afectat, se va face o acoperire totală.

Această acoperire conjunctivală, oricum ar fi ea, totală sau parțială, are de scop să protejeze corneea deficientă și aduce o bogată rețea vasculară, care în câteva ore pătrunde în suprafața ulcerului, unde aduce elemente de apărare contra infecțiunii.

Rolul ei este deci un rol activ, care se evidențiază foarte bine, în special în cazurile grave. Cât despre viitorul ochiului

acoperit, acesta nu poate fi decât foarte frumos. În adevăr acoperirea conjunctivală nu aderă de ulcer decât la nivelul corneei lipsită de epiteliu. În rest membrana transparentă rămâne cu aspectul său normal, ceea ce va permite ulterior, operațiuni cu caracter optic.

Aseptizarea câmpului operator în chirurgia oculară se obține destul de greu, în orice caz, mai greu decât o obține un chirurg, atunci când face o laparatomie. Vecinătatea cililor cu glandele anexate lor, a căilor lacrimale, a cavităților feței, conjunctiva cu fundurile sale, pun pe chirurgul oculist în imposibilitate de a obține o aseptie riguroasă. Pentru acest motiv, va trebui ca în prealabil să se examineze în mod minuțios, pielea pleoapelor, conjunctiva, căile lacrimale și în fața celei mai mici secrețiuni să se procedeze mai întâi la suprimarea ei, numai apoi procedându-se la intervenție.

Natural că în caz de ulcere grave, aceste precauțiuni trebuie, mai ales, luate cu toată grija, pentru ca rezultatul intervențiunii să nu fie compromis.

Asepsia regiunii se face de obicei cu ajutorul substanțelor antiseptice nu prea iritante pentru ochi.

Se spală suprafața conjunctivelor, cu o soluție de clorur de Na 14‰ , sau cu o soluție de oxicianură de Hg 5‰ . *Terson* întrebuințează enesolul, care este un salicil arseniat de Hg, mai puțin iritant ca sublimatul și mai eficace ca sărurile organice de mercur. Alți autori întrebuințează colargolul $1/200$, cu rezultate foarte frumoase. Tot cu scopul de a aseptiza mucoasa conjunctivală, s'a practicat, în ultimul timp, injecțiile parenterale cu lapte.

Anestezia este locală. Aceasta împreună cu cea regională de altfel, sunt singurele utilizate în chirurgia oculară. Pentru acoperirea conjunct., metoda instilațiilor, în majoritatea cazurilor nu ajunge.

Intr'adevăr, ele nu anesteziază decât straturile superficiale, nu pătrund în profunzimea mucoasei.

Adăugând la aceasta și faptul că se lucrează pe un ochiu inflamă și iritat care se anesteziază mai greu, este lesne de înțeles că alături de anestezia prin instilații, trebuie să se facă și anestezia regională profundă.

Din punctul de vedere al inervației conjunctiva bulbară, asupra căreia se lucrează atunci când se face înaintarea con-

conjunctivală, trebuie împărțită în 2 părți de o întindere înegală: 1) o zonă de 3 mm. în jurul limbului, importantă prin subțimea și aderența sa strânsă la planul scleral subjacent, primește ca și corneea și restul globului inervația sa din nervii ciliari și palpebrali. Tot ceea ce este înafară de această zonă, este inervat numai de nervii pleoapelor.

Aceste duble inervații corespunde o dublă metodă de anestezie. Zona perilimbică prin instilații, în rest prin infiltrație. Aceasta ultima se face cu un ac fin și scurt și cu o soluțiune de novocaină-adrenalină.

Conjunctiva care este foarte subțire și suplă, se lasă totuși cu greu să fie perforată, acul alunecă cu greu prin țesutul subconjunctival, de unde necesitatea unui ac fin și bine ascuțit, și care să producă minimum de durere.

Atunci când voim să practicăm anestezia întregii conj. bulbare, vom proceda în modul următor: după ce punem blefarostatul, ordonăm bolnavului să privească în sus, punându-ne în relief fundul de sac inferior. Fără să prindem cu pensa conjunctiva, împingem acul la extremitatea externă a fundului de sac, la limita conjunctivei bulbare și când a pătruns pe o distanță de 1—2 mm., presăm pe piston. Se formează o bulă de oedem, care ridică conjunctiva și se întinde în jurul acului.

Împingem apoi acul puțin câte puțin, paralel cu sclerotica și facem din loc în loc asemenea bule. Când treimea infer. a conjunctivei este injectată, se scoate acul și se încearcă aceeași manevră pentru a se anestezia cadranul extern, intern și apoi superior. Se obține astfel un inel chemotic, care se întinde puțin câte puțin către corneea și fundul de sac. În câteva minute anestezia conjunctivei bulbare este perfectă, permițându-ne să facem asupra ei, operațiunile cele mai diferite, fără a determina cea mai mică durere.

Dacă intervenția conjunctivală este limitată, infiltrația este practică în același fel, însă ea rămâne limitată la câmpul operator.

Acoperirea parțială, se practică în toate plăgile penetrante ale corneei, juxta-limbare sau corneo-sclerotice, complicate sau nu de prolapsul membranelor profunde sau a vitrosului, în ulcerile marginale, etc.

Există mai multe metode de acoperire parțială.

Cea mai frecvent întrebuințată — cel puțin în clinica oftalmologică din Cluj — este acoperirea parțială prin alunecare.

Iată cum se face această operațiune.

După anestezia prin instilație și injecție subconjunctivală a sectorului corespondent leziunii corneene, cu o pensă se prinde conjunctiva și se desinserează de limb, pe o întindere de aproape două ori mai mare ca aceia a plăgei corneene și suficient ca ea odată trasă peste leziunea corneeană să acopere și o porțiune din țesutul sănătos.

Terrien în tratatul său de chirurgie, recomandă a se înainta conjunctiva cu țesutul conjunctiv subjacent.

În clinica d-lui Prof. Michail, am văzut însă că se disecă cât se poate de fin conjunctiva, tăindu-se toate bridele, care o leagă cu sclera. Acest lucru face ca acoperirea să se mențină mai bine, retracțiunile secundare făcându-se într'o mai mică măsură, ca în cazul în care s'ar prepara un lambou conjunctival gros.

Hemostaza se face prin tamponare și de obicei este neînsemnată.

Lamboul odată preparat, se așează la extremitățile sale, două fire de mătase. Capătul superior este așezat cam la 10—12 mm. deasupra punctului unde va ieși capătul inferior, la extremitatea lamboului conjunctival.

Prin simpla strângere a firelor, lamboul conjunctival, alunecă înaintea plăgei acoperind-o, fața lui sângerândă, venind deasupra regiunii ce am voit să acoperim.

Acoperirea totală, consistă în a detașa conjunctiva, de jur împrejurul limbului și de a o sutura în bursă înaintea globului.

Disecția conjunctivei se va face până la inserția mușchilor drepți, cuprinzându-se în această disecție și țesutul celular subconjunctival, care va forma cu mucoasa un fel de calotă. Firele de sutură se vor pune destul de departe de buzele plăgei și se vor scoate la 5—6 zile.

Alți autori întrebuințează alte metode. Așa Karelus, disecă cu ajutorul unui foarfece, un lambou conjunctival, mergând dela marginea infer. a corneei, până la fundul de sac infer. al conjunctivei. Lamboul formează un trapez a cărei lature mare este la fundul de sac conjunctival. Un asemenea lambou este tăiat deasupra corneei. Se plasează două suturi, cu ajutorul a două

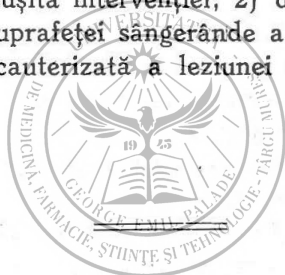
ace, pe marginea super. a lamboului infer., acele ieșind prin lamboul superior, la nivelul fundului de sac superior.

Se formează în acest mod două suturi cari se strâng și se înoadă. Toată corneea este acoperită de lamboul inferior, ascuns sub cel super., a cărei margine inferioară liberă este fixată la partea infer. a conjunctivei bulbare, prin câteva suturi simple.

De fiecare parte a lamboului se pun câte o sutură de susținere. În acest fel, întreaga corneea este acoperită de un lambou dublu, care aderă exact, la suprafața ulcerată, separând-o complet de conținutul sacului conjunctival.

Oricum s'ar face înaintarea, parțială sau totală, mai înainte de a fixa lamboul conjunctival deasupra ulcerăției sau leziunii corneene, se va cauteriza marginile ulcerăției și la nevoie chiar racla, dacă aceasta este mare și profund infectată.

Această manoperă se face cu dublu scop. 1) de a distruge o bună parte din focarul infecțios și deci de a se asigura într'o oarecare măsură reușita intervenției; 2) de a permite aderarea cât mai rapidă a suprafeței sângerânde a învelișului conjunctival, de suprafața cauterizată a leziunii corneene.



UTILIZAREA CONJUNCTIVEI IN PROCESELE ULCERATIVE ALE CORNEEI

Soluțiile de continuitate ale corneei se vindecă de obicei spontan, dacă nu se complică de nici o infecție microbiană. Numai când infecția se stabilește, tratamentul se face mai cu greutate, variind foarte mult cu flora bacteriană infectantă și cu terenul pe care se dezvoltă.

În genree ulceratiile corneene, se pot împărți, după aspectul lor clinic, în mai multe grupe:

a) Ulcerații superficiale, cari pot fi marginale sau centrale.

b) Ulcerații corneene cu hipopion, cari pot fi serpeginoase terebrante și cu fundul uscat.

a) *Ulceratiile corneene superficiale*, recunosc cauze foarte diferite. *Cele centrale* sunt datorite mai ales unui traumatism: corp străin, înțepături, loviri, arsuri, etc., sau anumitor conjunctivite acute, cum este oftalmia blenoragică, ori conjunctivita diplobacilară și cea flictenulară.

În sfârșit mai pot fi datorite și anumitor afecțiuni ca: herpesul, cheratita buloasă, ulcus rodens.

Ulceratiile marginale, pot avea și ele aceeași cauze ca și cele centrale, de care nu diferă decât doar prin sediul lor marginal.

b) *Ulceratiile cu hipopion*, sunt acelea cari se însoțesc de reacțiunii inflamatorii foarte puternice din partea irisului, cu apariția în camera anterioară a unui exudat steril, hipopionul.

Acste ulcerati se pot propaga, fie în suprafață, când poartă numele de ulcerati serpiginoase, fie în profunzime, ducând rapid la perforarea corneei.

Ulcerile serpiginoase sunt produse cele mai adeseori de pneumococ și mai rar de streptococ, stafilococ sau diplobacilul Morax—Axenfeld.

Cele profunde terebrante, sunt datorite acelorasi microbi, este însă foarte greu de spus cari sunt condițiunile în virtutea cărora, leziunile produse de aceiași agenți patogeni îmbracă aspecte clinice așa de variate.

Nu mă voiu ocupa de simptomatologia ulcerățiilor corneene, pentru că aceasta iese din cadrul lucrării mele. Voiu căuta să dau o dezvoltare ceva mai mare terapeuticei lor, pentru ca din studiul comparativ al rezultatelor obținute prin metodele curent întrebuințate în terapeutica ulcerului cornean și acoperirea conjunctivală, să fac să reiasă mai precis avantajii pe care aceasta din urmă le prezintă față de celelalte.

Terapeutica ulcerățiilor corneene, în general, a evoluat paralel cu progresele medicinei. Înainte de cunoașterea cauzelor adevărate ale ulcerilor, empirismul în forma sa cea mai crasă, domina întreaga terapeutică a ulcerilor corneene, el singur prezidând la alegerea diferitelor mijloace terapeutice îndreptate în contra acestor afecțiuni.

Astăzi tratamentul ulcerilor corneene, cuprinde mijloace medicale și chirurgicale.

Printre *mijloacele medicale* putem cită: substanțele anti-septice, irigațiunile, sero- și vaccinoterapia, etc.; iar printre cele *chirurgicale*: paracenteza, keratotomia, iridectomia, cauterizările, raclajul, acoperirea conjunctivală, etc.

Metoda antiseptică a fost aplicată numai după ce s'a cunoscut origina microbiană a ulcerilor corneene.

De Graefe recomandă spălăturile, la ochiul bolnav, cu apă clorată sau acid salicilic, iar *Dor* spălarea cu benzoat de sodiu. Rezultatele date de aceste antiseptice, au fost slabe, pentru că și valoarea lor antiseptică era slabă.

Strasser a utilizat acidul fenic în soluție de 2%, fără rezultat, iar *Rhigin*, în 1862, utilizează iodoformul sub formă de pomadă, obținând rezultate destul de bune, confirmate ulterior de *Deutschmann*, *Rava*, *Manolescu-senior* și alții.

Panas întrebuința sublimatul corosiv sol. $\frac{1}{2500}$, iar *Holtz* în soluție de $\frac{1}{5000}$, *Norso* a întrebuințat balsamul de Peru și Tolu în pomadă de 1—3%, iar *Landolt* și *Vacher*, apă oxigenată cu rezultate multumitoare.

În afară de aceste substanțe s'au mai întrebuințat în terapeutică ulcerilor corneene: creolina, formaldehida, ichtiolul, antipirina, acidul picric, chinina, argirolul, colargolul, sulfat de Zn, etc., cu rezultate variabile.

Dela substanțele antiseptice, s'a trecut la cauterizările cu caustice, utilizându-se pe o scară întinsă, cu rezultate uneori mai bune, de cele mai multe ori, însă, slabe: acidul fenic concentrat, acidul lactic 5%, tinctura de iod, iodoformul, etc.

Valude a introdus în tratamentul ulcerilor corneene, pansamentul oclisiv simplu, plecând dela considerațiunea că umiditatea formând un element necesar pentru dezvoltarea microbiană, atmosfera uscată din jurul ulcerilor, din contra, constituie un mijloc de sterilizare, în afară de orice îndoială. Tot *Valude* desinfectează căile lacrimale, iar *Stilling, Carl* și *Braunschweig* au introdus în terapeutică ulcerilor corneene albastru de metilen, cari ar da oarecari rezultate.

Armaignac a întrebuințat violetul și albastru de metilen, iar *Segradi, Darier, Abadie, Lagrange, De Wacher* și alții, injecțiile subconjunctivale cu albastru de metilen.

Fromaget a întrebuințat cianurul de Hg 1%, cu rezultate bune.

D-ra Dr. Dimitriu și *D-na Dr. Pușcariu*, în clinica profesorului Stănculeanu au utilizat etilhidrocupreina, a cărei acțiune asupra pneumococului, este cunoscută dela lucrările lui *Morgenroth*, obținând rezultate bune.

Sero- și vaccinoterapia în ulcerile corneene, nu au dat rezultatele așteptate. Astăzi aceste metode se întrebuințează mai ales cu titlul de adjuvante.

În ultimul timp proteino-terapia a câștigat un loc de frunte printre tratamentele adjuvante ale ulcerului corneean.

Tratamentul chirurgical. Metodele chirurgicale preconizate în tratamentul ulcerilor corneene, sunt destul de numeroase. Unele din aceste metode s'au afirmat ca foarte prețioase, altele însă, din contra, nu au dat rezultatele așteptate.

Keratotomia lui *Soemisch*, iridectomia lui *De Graefe*, cari altă dată erau în mare cinste, acum au trecut în domeniul istoriei.

Paracenteza urmată de injecții de antiseptice în camera anter. (*Michail*), a dat rezultate multumitoare.

Cauterizarea preconizată de către *Martinache* din San

Francisco, a dat la o parte toate celelalte metode chirurgicale de tratament, rămânând aproape singură în scenă, dela descoperirea ei și până astăzi.

În 1877, *Gayet* a comunicat la societatea lioneză de chirurgie, două cazuri grave de ulcere corneene, vindecate prin cauterizarea cu fierul roșu și de atunci metoda prin perfecționările, cari i s'au adus, a câștigat încrederea oculiștilor, intrând definitiv în practica curentă.

Este drept că la început au fost numeroși oculiști, cari s'au ridicat împotriva metodei pe motivul că, cauterizarea cu fierul roșu distruge nu numai elementele bolnave dar și pe cele sănătoase din jurul ulcerului, diminuând vitalitatea celulelor.

Aceasta a făcut pe *De Wecker* la 1893 să preconizeze rac-lajul ulcerului cu chiureta, urmat de irigațiunea părții exulcerate.

Bourgeois, tot pentru acelaș motiv, înlocuește cauterizarea cu fierul roșu, prin încălzirea ulcerului cu aer supraîncălzit, proiectat asupra leziunii cu ajutorul unui pare de dentist.

În sfârșit *Wessely*, dela *Würtzburg*, în locul galvano-cauterizării, întrebuițează un cauter, făcut de el, cu vapori de apă sau alcool, ce dă temperatura de 78°—98°. Rezultatul atingerilor făcute cu acest aparat este că ulcerul se curăță, hipopionul se resoarbe și cicatricea este opacă.

În clinica oftalmologică din Cluj, acest galvano-cauter se utilizează în mod curent, cu rezultate în adevăr frumoase. Aceste rezultate au și fost consemnate în teza *D-rei Aurora Simon*, în 1925.

Hertel pentru cauterizarea ulcerilor serpiginoase întrebuițează razele ultra-violete produse de un arc electric, între 2 electrozi, compuși dintr'un aliagiu de cadmiu și zinc.

În ultimul timp, în tratamentul ulcerilor corneene, se întrebuițează razele Röntgen.

Dr. Burcuș, în serviciul Prof. Manolescu dela București, a utilizat aceasta metodă, cu rezultate sub-mediocre, metoda nefiind încă bine pusă la punct.

Din cele expuse până aci, reiesă în mod clar, că terapeutică ulcerilor corneene, deși foarte vastă, este departe de a da siguranța că orice ulcer cornean tratat după o anumită metodă, merge sigur către vindecare.

Tocmai această mulțime de metode preconizate, scoate în

evidență partea slabă a terapeuticeii acestor ulcere, iar faptul că se utilizează fără nici un descernământ, diferitele metode cunoscute, invederează lipsa oricărui criteriu în aplicarea lor.

Unii autori au preconizat acoperirea conjunctivală, ca metodă de tratament în ulcerările corneei, însă deși rezultatele obținute prin aplicarea ei, sunt destul de bune, totuși metoda nu a intrat în practica curentă. La ea se recurge numai după ce s'au epuizat toate celelalte metode mai sus amintite.

În clinica d-lui Profesor Michail, s'au făcut o serie de cercetări, cu scopul de a preciza, cari sunt indicațiile absolute ale acestei metode, ce condițiuni trebuiesc îndeplinite pentru ca metoda să dea rezultate bune și cum se comportă în viitor ochiul acoperit în cecece privește funcțiunea sa.

Afecțiunile în cari s'a practicat acoperire conjunctivală sunt:

Traumatismele corneei.

Ulcerile flictenulare.

Keratita buloasă.

Keratita herpetică.

Cu scop profilactic după operație.



Acoperirea conjunctivală în afecțiunile traumatice ale corneei

Afecțiunile traumatice ale corneei, constituiesc un capitol foarte important al patologiei oculare.

Atunci când ele sunt superficiale și interesează numai o parte din corneea, nu prezintă o gravitate prea mare, pentru că de obicei în aceste cazuri, afecțiunea se vindecă într'un timp scurt.

Din contra, în cazurile în cari traumatismul interesează întreaga membrană, perforând-o și se însoțește de inclavarea membranelor profunde, problema terapeutică devine ceva mai dificilă, pentru că există un permanent pericol de infecție.

În aceste cazuri în serviciul d-lui Prof. Michail, se practică excizia prolapsului constat și se face acoperirea conjunctivală a plăgei, până la consolidarea definitivă a ei.

Procedându-se în modul acesta, s'a ajuns să se salveze mulți ochi dela o distrugere sigură.

Iată câteva din foile de observație ale bolnavilor tratați prin acoperire conjunct. și rezultatele obținute.

Observația I. Frunză Pantelimon, de 36 ani, fierar la C. F. R.
Intrat în clinică la 21. I. 1927.

Ieșit din clinică la 22. II. 1927.

Diagnostic. Ruptura traumatică a corneei, cu inclavarea irisului O. S.

Anamneza. Ieri pe când lucra la un fier, i-a sărit o bucată în O. S., după care nu a mai văzut de loc, timp de 14—15 ore, având în același timp fotofobie, dureri oculare și lacrimare.

Examen extern al ochiului. O. D. normal.

O. S. Fotofobie și lacrimare abundentă. Conjonct. palpebrale congestionate, cu o intensă injecție pericheratică.

Corneea prezintă în $\frac{1}{2}$ sa infer. o ruptură lineară, orientată oblig de sus în jos și din'năuntru înafară.

În această ruptură este inclavat irisul.

Pupila ovalară cu marele ax vertical, este prinsă în partea ei infer. în plașa corneeană, Irisul foarte congestiv, iar foia pigment. a pupilei ectropionată. În câmpul pupilei pe cristaloïda anter. se observă câteva opacități și în partea super. numeroase depozite pigmentare.

Camera anter. dispărută.

Căile lacrimale permeabile.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. S. + = 5/50.

Percepția luminoasă O. S. + = există.

Reacțiile pupilare O. S. = abolite.

Skiascopia O. S. nu se poate face.

Tensiune intraoculară O. S. = n'are (digital).

Turburări de motilitate = n'are.

Evoluție și tratament.

27. I. — *Galvanocauterizarea plăgii corneene, cu acoperirea conjunctivală la O. S.*

A doua zi dela operație ochiul e liniștit, se aplică atropină și pansament. A 5-a zi, înaintarea desfăcându-se parțial, se scot firele și se constată plașa corneeană aproape cicatrizată. A 10-a zi cicatrizarea e completă sub înaintarea rămasă parțială. Ochiul liniștit.

Iasă din clinică complet vindecat.

V $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D. } \frac{5}{5} \\ \text{O. S. } \frac{5}{10} \end{array} \right.$

Observația II. — Palko Ecaterina, de 38 ani, casnică. Intrată în clinică la 9. IV. 1927. Ieșită din cl. la 7. V. 1927.

Diagnostic. Ruptură corneeană, cu inclavarea irisului O. S.

Anamneza. Acum 10 zile, i-a sărit în ochi o așchie lovind'o în O. S. De atunci ochiul s'a congestionat, are dureri foarte mari, lacrimare, fotofobie. I se scoate aschia de către un medic durerile încetează pentru ca

să înceapă peste câteva zile, pentru care vine la noi. Vederea scade progresiv. Nu a mai suferit de afect. ocular.

Examen extern al ochiului. O. D. normal.

O. S. Prezintă fotofobie și lăcrimare foarte mari. Conjunctivele injectate în deosebi cea bulbară. La nivelul corneei o ruptură de 5—6 mm. în porțiunea ei superioară. În ruptură este inclavat irisul, care proemină peste nivelul corneei. Corneea nu se colorează cu fluorescină. Camera anter. foarte redusă. Iris cu aspect normal. Pupila mărită.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. S. + = observă mișcările mâinei.

Reacțiile pupilare O. S. = nu se fac.

Skiascopia = nu se poate face.

Tensiunea intra-oculară O. S. = ipotonie (digital).

Turburări de motilitate O. S. = n'are.

Evoluție și tratament. Dela data intrării până în 22. IV. se încearcă tratament medical. cu atropină, argirol, dionină, injecții cu lapte. Ochiul totuși se menține dacă nu în starea rea dela început, totuși nu se vede tendința spre vindecare.

Se încearcă electrocauterizare și se continuă tratamentul instituit. Reacțiunile din partea O. S. continuă a fi prezente.

La 22. IV. se face acoperirea parțială a corneei prin conjunctivă. Zilele următoare ochiul se liniștește, congestia fotofobie, durerile atroce dispar progresiv. Se scot firele și se observă tendința la cicatrizare.

La ieșirea din serviciu partea super. a corneei acoperită încă de un lambou conjunctival, dedesubtul căruia se observă plaga aproape cicatrizată. Camera anterioară refăcută însă foarte mică. Ochiul nedureros.

Observația III. — Pintilie Lazăr, de 45 ani, muncitor la fabrica de tutun. Intrat în clinică la 8. VIII. 1926.

Ieșit din cl. la 28. VIII. 1926.

Diagnostic. Ruptura traumatică a corneei drepte.

Anamneza. Acum 3 zile, pe când tăia lemne, i-a sărit o așchie, în O. D. Imediat a simțit că i s'a scurs ceva din ochiu.

În anteced. personale și hered. colat. nimic important în legătură cu boala sa.

Examen extern al ochiului. O. S. normal.

O. D. — Pleoapa sup. tumefiată, prezintă echimoze. Conjunctivele puternic injectate. Limbul cornean împreună cu corneea, au o ruptură orizontală în dreptul meridianului, ce se întinde până la centrul pupilei. În plagă inclavat irisul și mase cristaliniene.

Căile lacrimale permeabile.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. D. + = are simțul luminei.

Reacțiile pupilare O. D. + = suprimate.

Skiascopia O. D. + = nu se poate lua.

Tensiunea intraoculară = n'are.

Evoluție și tratament.

Se încearcă tartament medicamentos cu atropină, argirol, pansament în primele trei zile, după cari se face acoperirea conjunctivală totală a corneei drepte. Ochiul cu tendință spre liniștire iar acoperirea se menține, la trei zile după operație. La a șasea zi acoperirea cedează, totuși plaga rămâne acoperită la un lambou conjunctival. Fenomenele de fotofobie, lăcrimare congestia mai persistă, însă diminuate. A 14 zi, plaga corneeană descoperită însă, e aproape cicatrizată complet. Fenomenele de mai sus persista.

La ieșirea din serviciu plaga corneeană, cicatrizată complet se vede irisul inclavat. Deasupra plăgei conjunctiva înaintată persistă. Deși ochiul nu e complet liniștit, totuși bolnavul la cerere părăsește clinica.

Observația IV. — Barabas Eugen, de 24 ani, funcționar.

Intră în clinică la 15. VIII. 1926.

Iasă din cl. la 30. IX. 1926.

Diagnostic. Plagă tăiată, perforantă a corneei drepte, cu ernia irisului. Plagă zdrobită a globului ocular stâng și mici plăgi palpebrale.

Anamneza. Eri înainte de amiază, lucrând cu un manometru, acesta a explodat, producându-i traumatisme la ambii ochi și reg. periorbitară.

Examen exterior al ochiului.

O. S. zdrobit, cu rupturi ce interesează conjunctiva, sclera corneea, probarea cristalinului vitrosului etc.

O. D. Pleoapa super. tumefiată, ochiul nu se poate deschide singur. Conjunctivele sunt foarte chemotice. Corneea prezintă o ruptură la unirea 1/3 inf. cu 1/3 mijlocie, ruptură orizontală ce o interesează în întregime. Prin aceasta erniază irisul.

În camera anter. ipema abundentă.

Examen funcțional nu se poate face.

Evoluție și tratament.

Încercările de a salva ochiul stâng, sunt zadarnice deaceia se face enuclearea lui.

La ochiul drept se face *imediat, acoperirea conjunctivală totală a corneei*, precedate de excizia membranelor inclavate în plagă. Fenomenele alarmante dela început se liniștesc progresiv. Acoperirea se menține.

A 15-a zi dla intervenție prin acoperirea desfăcută, se observă cicatrizarea plăgei aproape completă.

La ieșire globul nu mai e dureros, fotofobia, lăcrimare dispărute, cicatrizarea desăvârșită. Percepție luminoasă. Va reveni pentru tatuaj.

Observația V. — Peter Ștefan, de 28 ani, birjar.

Intrat în Clinică la 25. IX. 1924.

Ieșit — la 7. X. 1924.

Diagnostic. Plagă ruptă a limbului corneean, cu inclavarea irisului O. S.

Anamneza. Acum 3 zile l'a lovit la O. S. un cal, cu potcoava.

Examen exterior al ochiului.

O. D. normal.

O. S. Pleoapa super. tumefiată de culoare violacee, prezintă în 1/3 externă o plagă traumatică lineară.

La nivelul limbului, in partea infer. se află o plagă ruptă, lungă de 1 cm., in care este inclavat irisul.

Pupila diformată, ca o rachetă aruncată spre partea inferioară.

Examen funcțional.

Acuitatea vizuală O. S. + = 5/20.

Reacțiile pupilare O. S. + = Bună.

Evoluție și tratament.

La intrarea in clinică se face *inaintare conjunctivală inferioară*. La interval de 3 zile, ochiul se prezintă aproape liniștit — congestia conjunctivelor incepe să se reducă. Acoperirea se menține foarte bine. Intre timp se face sutura plăgei pleoapei.

La ieșire ochiul complet liniștit, decongestionat.

Plaga limbului cornean cicatrizată este acoperită foarte bine de conjunctiva inaintată.

$$V \begin{cases} O. D. \frac{5}{5} \\ O. S. \frac{5}{5} \end{cases}$$

Observația VI. — Broscoi George, de 16 ani, ucenic la măcelărie.

Intrat in clinică la 19. VI. 1923.

Ieșita 4. VII. 1923.

Diagnostic. Plagă ruptă a limbului cornean. O. D. cu inclavarea irisului.

Anamneza. Acum două zile a fost lovit de un camarad cu vârful cuțitului in ochiul drept.

Are dureri și și-a pierdut aproape complet vederea.

Examen exterior al ochiului.

O. S. nimic patologic.

O. D. cu fotofobie, lacrimare și dureros la palpație. Pleoapele edemate și conjunctivă bulbară și palpebrală, injectată intens.

Corneea prezintă in partea inferioară o plagă tăiată lineară in unghi obtus cu vârful in centrul pupilei și deschiderea in jos. In extremit. super. a plăgei e inclavat irisul. iar spre partea inf. el herniază. Camera anter. mică, conține hipema.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. D. + = 5/30.

Reacțiile pupilare O. D. + = nu reacționează.

Tens. intraoculară O. D. + = n'are.

Evoluție și tratament.

Se face *acoperire conjunctivală infer. la O. D.* cu galvano cauterizarea inclavării iriene.

La interval de 3 zile inaintarea se menține bine. ochiul din ce in ce mai liniștit. Chemosis-ul perzistă.

A 6-a zi se scot firele, acoperirea perzistă. Sub lamboul conjunctival se observă plaga aproape cicatrizată.

La ieșirea din clinică, ochiul liniștit decongestionat, conjunctiva acoperă plaga cicatrizată complet.

$$V \begin{cases} O. D. \frac{5}{20} \\ O. S. \frac{5}{5} \end{cases}$$

Observația VII. — Roșca Petru, de 31 ani, maestru fierar.

Intrat în clinică la 9. VI. 1923.

Ieșit din cl. la 22. VI. 1923.

Diagnostic. Plăgă ruptă a limbului cornean. cu hemoftalmie și ernia iri-sului O. D.

Anamneza. Acum 4 zile lucrând la o bucată de oțel. scos imediat din foc, i-a sărit o părticică în O. D. A simțit durere vie și arsură.

Nu a mai suferit de ochi.

Examen exterior al ochiului.

O. S. Normal.

O. D. Pleoapele edemațiate. Conjunctiva palpebrală injectată; cea bulbară prezintă un ușor chemozis.

La limbul cornean de partea nasală, se prezintă o plăgă ruptă cu marginile neregulate. În plăgă se observă o parte din iris inclavată iar corpul ciliar lama ant. lipsește.

Examen funcțional.

Nu se poate face.

Nu are tensiune.

Evoluție și tratament.

Se face imediat *acoperire conjunctivată*, cu galvano-cauterizarea prolapsului O. D. A patra zi dela operație, ochiul se prezintă din ce în ce mai liniștit. Acoperirea se menține bine. Camera anter. de profunzime normală, conține un chiag sanguin. Către a 9—10 zi, polul anter. aproape complet clarificat, Se scot firele.

La ieșire ochiul liniștit, plaga complet cicatrizată, congestia dispărută. Vede mișcările degetelor înaintea ochiului.

Observația VIII. — Orban Iuliu, de 13 ani, ucenic la fierar.

Intrat în clinică la 31. I. 1923.

Iasă la 11. II. 1923.

Diagnostic. Ruptura traumatică a limbului cornean stâng cu ernia iri-sului.

Anamneza. Acum 2 zile, bătând cu ciocanul într'un fier roșit. i-a sărit o bucățică în ochiul stâng. Nu a suferit de vre-o boală oculară.

Examen exterior al ochiului.

Pleoapa infer. prezintă o ulcerăție superficială, neregulată în jumătatea nasală. Congestie perikeratică intensă, mai accentuată în partea nasală unde în dreptul cadranelui infer.-nasl., limbul prezintă o ruptură concentrică, cam de 5—6 mm., prin care erniază irisul. Corneea în dreptul plăgei prezintă o opalescență striată. Camera anter. de profunzime mijlocie. Pupila deformată, pirifosmă.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. S. + = numără degetele la 4 m.

Reacțiile pupilare O. S. = bună.

Tensiune intraoculară = nu are.

Evoluție și tratament.

Se face rezecția prolapsului, cu galvanocauterizare și *acoperire conjunc-*

tivală în punte. Ochiul pe cale de descongestionare, mult liniștit. Lamboul conjunctival acoperă bine plaga (a 5-a zi).

La ieșire, lamboul conjunctival retras de deasupra corneei, a rămas aderent numai la nivelul plăgei, pe care o acoperă formând o cicatrice solidă. Ochiul liniștit.

$$AV \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \frac{1}{20} \\ \text{O. S.} = \frac{1}{5} \end{array} \right.$$

Din studiul acestor cazuri, reiese în mod clar, că acoperirea conjunctivală, în traumatismele grave ale corneei dă rezultate admirabile.

Imediat după acoperire fenomenele oculare subiective cedează, iar plaga evoluează sigur către cicatrizare, sub pansamentul viu făcut din conjunctivă.

Aceste rezultate sunt constante și nu pot fi obținute prin nici un alt tratament, și mai ales într'un timp așa de scurt.

Aceasta face ca metoda să prezinte o superioritate înafară de orice îndoială, cu atât mai mult, cu cât toți ochii tratați cu ajutorul înaintărei conjunct. s'au vindecat în mod complet. În nici un caz nu s'a produs iridociclita, cu teama de oftalmie simpatică pentru celalalt ochiu, și din acest punct de vedere, metoda poate fi considerată ca ideală, pentru că în definitiv ceace constituie pericolul principal în cazurile de traumatisme oculare, este oftalmia simpatică.

Din studiul foilor de observație, mai reiese că, starea funcțională a ochilor, în majoritatea cazurilor, rămâne bună, deci un motiv mai mult ca acoperirea conjunctivală să rămână o metodă de ales, la care trebuie să se recurgă în mod permanent.

Acoperirea conjunctivală în ulcerile serpiginoase

În acest fel de ulcere, acoperirea conjunctivală dă rezultate bune, numai după ce flora bacteriană a fost modificată în sensul diminuării virulenței sale.

În clinica d-lui Prof. Michail, am văzut cazuri de ulcer cu totul la început, în care însă acoperirea *nu* a dat un rezultat prea bun, spre deosebire de alte cazuri, tratate câțva timp prin metode obișnuite în terapeutică ulcerelor, cu rezultate admirabile.

În ulcerile cu totul la început, acoperirea nu le influențează

decât într'o mică măsură evoluția, fiind cu totul neputincioasă față de fenomenele iriene și față de tensiune.

În ulcerile vechi, din contra, acoperirea conjunct. influențează dintru început mersul evoluției, ducând în câteva zile chiar, la vindecare completă.

Cazurile de mai jos, invederează foarte bine acest lucru.

Observația I. — Perțe Ioan, de 49 ani, constructor la P. T. T.

Intrat în clinică la 30. III. 1927.

Ieșit la 1. V. 1927.

Diagnostic. Ulcer cornean serpiginos O. D.

Anamneza. Acum o săptămână s'a lovit cu un lemn la O. D. Bolnavul intră în serviciul nostru, cu fenomene destul de alarmante.

Examen exterior al ochiului:

O. S. normal.

O. D. prezintă fotofobie intensă, lăcrimare și secreție intensă. Conjunctivele intens injectate cu vasele mari turgescente. Corneea intens infiltrată în 3/4 sa și în cadranul supr. extern bombează puternic. Restul corneei cu luciul dispărut. Irisul de culoare murdară. Pupila acoperită de leziune. Caile lacrimale permeabile.

Examen funcțional nu se poate face la O. D.

Percepția luminoasă există.

Evoluția și tratament.

Dela data intrării până la 19. IV. se încearcă tratament medicamentos obișnuit. Se fac injecții cu lapte, paracenteza camerei anter., termocauterizarea leziunii cu Wessely., termofor, totuși plaga își urmează evoluția în rău prinzând aproape toată corneea, fenomenele oculare nu cedează.

Se procedează la 19. IV., la acoperirea conjunctivală totală a polului anter. O. D., cu sutura conjunct. în pungă.

A doua zi chiar dela operație: durerile dispar, fenomenele inflamatorii încep să diminueze. Continuând pe această cale la ieșirea din clinică O. D. se prezintă: cu acoperirea care se menține, și sub care plaga corneeană e cicatrizată. Fenomenele oculare, congestia dispărute.

Observația II. — Costea Andrei, de 50 ani, miner.

Intrat în clinică la 12 VII. 1927.

Ieșit la 10. IX. 1929.

Diagnostic. Ulcer cornean cu ipopion O. D.

Anamneza. Vine pentru dureri la ochiul drept.

Acum 5 zile, pe când lucra în mină, a fost lovit de o piatră în ochi.

Examen exterior al ochiului:

O. S. = nimic patologic.

O. D. Pleoapele edemațiate. Conjunctivele atât palpebrală cât și bulbară intens congestionate. În centru corneea prezintă o ulceratie, cât un bob de porumb, cu marginile infiltrate, de culoare murdară albicioasă. În camera anter. se observă hipopion. Iris de culoare spălăcită.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. D. = vede mișcările degetelor.

Reacțiile pupilare O. D. = bune.

Tensiunea intraoculară O. D. n'are.

Evoluție și tratament.

Se face imediat o acoperire conjunctivală totală a corneei la O. D. Acoperirea se menține bine câteva zile, însă fenomenele nu au tendință să se atenueze.

Se desface acoperirea se raclează și se termo-cauterizează plaga și se reface apoi la loc conjunctiva înaintată. Plecând dela aceasta dată evoluția ulcrului merge progresiv spre vindecare. încât la ieșire plaga corneeană e cicatrizată complet, ochiul fără tensiune, decongestionat. Va reveni pentru control.

Observația III. — Felhazi Teofil, de 3 ani.

Intrat în clinică la 7. V. 1923.

Ieșit la 25 VI. 1923.

Diagnostic. Ulcer cornean total perforat, cu prolaps irian O. S.

Anamneza. Acum 6 săptămâni jucându-se, cu o bucată de lemn s'a lovit cu ea la ochiul stâng.

Examen exterior al ochiului.

O. D. = Nimic patologic.

— O. S. Pleoape ușor edematiată și intens congestionate. Conjunctivele congestionate. Congestie totală episclerală și perikeratică. Corneea prezintă aproape în toată întinderea ei un ulcer perforat, prin care irisul a prolabat, aproape în întregime. Fotofobie intensă și secreție.

Examen funcțional.

O. S. nu se poate face.

Evoluția și tratament.

Se încearcă primele 4 zile tratament medicamentos, fără rezultat însă. Se recurge, făcându-se o acoperire conjunctivală totală a stafilomului, cu galvanocauterizarea lui.

Dela data intervenției, evoluția ulcrului este spre vindecare: fenomenele oculare dela început, dureri, fotofobie diminuează progresiv, cicatrizarea plăgei corneene începe să se efectueze sub conjunctiva înaintată. acoperirea se menține bine.

La ieșire ochiul liniștit. Cicatricea corneeană desăvârșită. Va reveni pentru control.

Observația IV. — Condor Petru de 38 ani, ziler.

Intrat în clinică la 25. VIII. 1923.

Ieșit la 5. X. 1927.

Diagnostic. Ulcer cornean marginal O. S., perforat și cu inclavarea irisului.

Anamneza. Acum 10 zile, nu știe precis în urma cărui fapt, i s'au înroșit pleoapele, are dureri lăcrimare la O. S. pentru cari vine în serviciul nostru.

Examen exterior al ochiului.

O. S. prezintă în patratul infero-nasal, al corneei, lângă limb, un ulcer perforat, cu inclavarea de iris, care prolabează puțin. Camera anter. mică.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. S. + = distinge mișcările mâinei.

Reacțiile pupilare O. S. = ceva cam leneșe.

Tensiune O. S. = nu are.

Evoluție și tratament.

Se face galvano-cauterizarea prolapsului irian la O. S. cu acoperire conjunctivală.

Ochiul evoluează în bine într'atât că la ieșire, secreția, fotofobia congestia complet dispărută, ochiul e liniștit. Cicatrizarea plăgei corneene s'a desăvârșit. În plaga cicatrizată se observă irisul inclavat.

Observația V. — Biro Sarolta, de 51 ani, casnică.

Intrată în clinică la 23 IX. 1926.

Ieșită la 2. XI. 1926.

Diagnostic. Ulcer cornean central perforat la ochiul stâng.

Anamneza. Acum 10 zile a fost lovită în ochiul stg. de o muscă. Imediat a început să aibă usturimi și lacrimare. Durerile, fotofobia, devenind tot mai persistente, bolnava intră în serviciul nostru.

Examen exterior al ochiului.

O. D. normal.

O. S. Lacrimare, secreție conjunctivală. Pleoapele ușor tumefiate. Conjunctivele congestive. Corneea prezintă o ulceratie în formă de triunghi cu baza la limb și vârful la pupilă, în partea ei infer. Suprafața ulcerului neregulată, murdară, acoperită de filamente lungi.

Camera anter. normală.

Examen funcțional.

Acuitatea vizuală O. S. = numără degetele la 2 m.

Percepția luminoasă O. S. = există.

Reacțiile pupilare O. S. dispărute.

Tensiune nu are.

Evoluție și tratament.

Se încearcă până la data de 4. X. tratament medicamentos cu: argirol, atropină, injecții cu lapte etc., fără însă ca să se observe tendința la vindecare, fenomenele oculare și plaga rămân în stadiul dela intrare.

La data de mai sus se face: rezecția marginilor răsfrânte ale corneei la nivelul ulcerului, termocauterizarea suprafeței ulcerate și acoperirea ei cu o punte conjunctivală infer.

Evoluția afecțiunii O. S. merge cu pași repezi spre vindecare, fenomenele oculare se atenuază progresiv încât la eșire ochiul se prezintă liniștit, decongestionat, nedureros, prezintă o cicatrice corneeană aderentă de conjunctiva înaintată.

Asupra cazurilor mai sus citate, se pot face o serie de observațiuni interesante. Principalul e însă următorul:

ca rezultatele metodei să fie bune, în primul rând flora bacteriană trebuie redusă la minimum posibil, dacă nu o distrugere completă.

S'a încercat în clinica d-lui Prof. Michail acoperirea conjunctivală, în ulcerile serpiginoase cele mai variate și la epoci diferite de evoluție. Toate cazurile în cari s'a intervenit mai târziu — după o prealabilă sterilizare a ulcerului — au fost net influențate, obținându-se vindecarea în câteva zile.

În celelalte cazuri, acoperirea deși influențează asupra ulcerului propriu zis, oprindu-l în dezvoltarea sa, totuși este incapabilă să lupte contra tensiunii și a fenomenelor iriene consecutive ulcerului.

Acoperirea conjunctivală în ulcerile de natură exematoasă și keratită buloasă;

La fel și în aceste afecțiuni corneene, aplicarea acoperirii, dă rezultate foarte frumoase. Imediat după operație, fenomenele inflamatorii cedează și ulcerul care era pe punctul de a perfora, se vindecă în câteva zile, salvându-se astfel un ochi, destinat pieirei.

În keratita buloasă care este o afecțiune rară, caracterizată prin apariția periodică a unor bule în parenchimul corneean, acoperirea conjunct. dă rezultate admirabile. În cele 2 cazuri trecute prin serviciul d-lui Prof. Michail, toate tratamentele încercate, au rămas fără nici un rezultat.

În schimb, imediat după acoperire, fenomenele inflamatorii au dispărut, chiar de a 2-a zi și s'au menținut astfel tot timpul.

Foile de observație ale bolnavilor, pe cari le dau aci în rezumat, sunt mărturiile acestor afirmații.

Observația I. — Cioara Regina, de 22 ani, croitoreasă.

Intrată în clinică la 14. VI. 1927.

Ieșită la 26. VIII. 1927.

Diagnostic. Blefaro-kerato-conjunctivită exematoasă a ambilor ochi.

Anamneza. Acum 3 săptămâni ochii au început a i-se congestiona, avea lacrimare și fotofobie.

La câteva zile au început să secrete se lipesc noaptea.

De vre-o 3 ani suferă în fiecare primăvară la fel.

Examen exterior al ochiului.

La ambii ochi prezintă fotofobie, lacrimare și secreție conjunctivală.

Conjunctivele sunt foarte congestionate, secretante. La nivelul fundurilor de sac și ale tarsurilor, se observă numeroși foliculi mici, de culoare roșie.

Corneea stângă are câteva puncte de ușoară infiltrație.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală A. O. = 5/15.

Reacția pupilară A. O. = bună.

Tensiune intraoculară = n'are.

Evoluție și tratament.

Instituindu-se un tratament obișnuit cu nitratări, precipitat de Ag. atropină, curând ochiul drept se liniștește pe deplin.

O. S. însă prezintă după câteva zile o exulcerație, care progresează în suprafață iar fenomenele oculare se exacerbează. Continuându-se cu tratamentul instituit, ochiul se mai liniștește, ulcerul stagnează, la suprafață, însă înaintează în profunzimea, ceea ce determină a se face o acoperire conjunctivală totală a corneei O. S. Plecând dela data operației, și acest ochi se liniștește progresiv, cicatrizarea leziunii corneene la fel se accelerează, încât la ieșire, bolnava se simte complet restabilită, plaga vindecată, dispariția scretției, congestiei, etc.

Observația II. — Rus Anuța, de 12 ani.

Intrată în clinică la 9. V. 1927.

Ieșită la 5. VI. 1927.

Diagnostic. Kerato-conjunctivita flictenulară la O. S. Flictenă limbică ulcerată.

Anamneza. Acum o săptămână, O. S. i s'a congestionat, a început apoi să lăcrămeze, devine fotofob și dureros.

A mai suferit de O. S. în diferite rânduri, însă nu poate preciza afecțiunile.

Examen exterior al ochiului.

O. D. nimic anormal.

— O. S. prezintă fotofobie, lacrimare, secreție canjunctivală.

Pleoapele ușor tumefiate, conjunctivele congestionate. La nivelul limbului sclero-cornean se observă o serie de noduli inflamatorii (flictene). În partea inf. a corneei, la limb, este o flictenă mare ulcerată, în jurul căreia corneea e infiltrată. Pupila miotică.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. S. + = 5/70.

Reacțiile pupilare O. S. = puțin mai leneșă.

Tensiunea O. S. = nu are.

Evoluție și tratament.

Se institue tratament medicamentos: Nitrat de Ag., atropină precipitat de Hg. în urma căruia fenomenele oculare se reduc simțitor, însă nu se poate împiedica progresarea ulcerăției, care peste puțin perforează prinzând o porțiune din iris ce herniază în plagă.

Se recurge la acoperirea conjunctivală infer., cu galvano-cauterizarea inclavării iriene (O. S.)

Evoluția leziunii se schimbă într'atăt, că la ieșirea din clinică, plaga e complet cicatrizată, irisul nu mai bombează, ochiul complet liniștit.

$$AV \begin{cases} O. D. = \frac{5}{3} \\ O. S. = \frac{5}{7} \end{cases}$$

Observația III. — Tarța Aurelia, de 15 ani. casnică.

Intrată în clinică la 18. VI. 1927.

Ieșită la 14. VII. 1927.

Diagnostic. Kerato-conjunctivita flictenulară la O. S., cu perforare limbică corneeană.

Anamneza. Acum vre-o opt săptămâni, a observat că i-se înroșește ochiul stâng și lacrimează.

Jena pe cari i-o produce, face bolnavul să vină la noi.

Examen exterior.

O. D. normal.

O. S. prezintă lăcrămare și fotofobie. Conjunctiva bulbară prezintă o injecție mai accentuată la nivelul limbului. În partea super. a limbului sclero-cornean există o ulcerăție destul de profundă, extinsă puțin în suprafață, cu marginile infiltrate.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. S. = numără degetele la 2 m.

Reacțiile pupilare O. S. = leneșe.

Tensiune O. S. = nu are.

Evoluție și tratament.

Se încearcă tratament medicamentos care reușește să atenueze fenomenele oculare dar nu poate împiedica mersul ulcerului, care peste puțin perforază. Stagnarea în mersul afecțiunii, cât și teama unei infecții, determină la o acoperire conjunctivală parțială la O. S.

După câteva zile de reacțiune destul de puternică din partea ochiului, fenomenele se atenuează, descresc până la dispariție. Se scot firele din înaintare, și se observă tendința fermă la cicatrizarea a plăgei corneene.

La ieșirea din serviciu. ochiul e liniștit, decongestionat. se observă la partea super. a corneei o pată cicatricială, fostul ulcer.

$$AV \begin{cases} O. D. = \frac{5}{3} \\ O. S. = \frac{5}{30} \end{cases}$$

Observația IV. — Tiniș Simion, de 18 ani, plugar.

Intrat în clinică la 22. VI. 1927.

Ieșit la 20. VII. 1927.

Diagnostic. Kerato-conjunctivită flectenulară la O. D. cu perforația limbului, a corneei și inclavarea irisului.

Anamneza. Boala actuală datează de vre-o 2 luni, și a început cu fotofobie, lăcrimare și dureri oculare.

Fenomenele oculare s'au accentuat din zi în zi, devenind tot mai puternice, iar vederea i-a slăbit mult.

Examen exterior al ochiului.

O. D. Fotofobie și lăcrimare abundentă. Conjunctivele palpebrale congestionate cu o intensă injecție pericheratică.

Corneea vascularizată la periferie și prezintă în dreptul orei 11, aproape de limb, o mică perforație la nivelul căreia este inclavat irisul. Camera anter. dispărută. Irisul congestionat.

Căile lacrimale permeabile.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. D. + = 5/70.

Reacțiile pupilare O. D. = lipsesc.

Tensiune intra ocul. O. D. = n'are.

Evoluție și tratament.

Se face acoperire conjunctivală totală a corneei drepte. La câteva zile interval, ochiul se liniștește puțin câte puțin. Infiltrația corneeană se resoarbe. Se desfăce înaintarea conjunctivală și se observă: camera anter., aproape complet refăcută, corneea prezintă în centrul său o mică cicatrice care este transparentă.

În această stare părăsește serviciul.

Observația V. — Găji Caterina, de 13 ani.

Intrată în clinică la 2. V. 1927.

Ieșită la 8. VI. 1927.

Diagnostic: Kerato-conjunctivită flictenulară la O. D. — Ulcer cornean periferic flictenular perforat cu prolaps irian la O. S.

Anamneza. Boala actuală datează de 3 săptămâni. Atunci i s'a înroșit ochiul drept și lăcrăma intens. A început să aibă dureri, apoi, și să-i scadă vederea.

Examen exterior al ochiului:

O. D. Lăcrămare și secreție conjunctivală, intense.

Fotofobie, Pleoape tumefiate, conjunctiva bulbară puternic congestionată. Corneea prezintă în partea infer., către limb, o perforație prin care herniază irisul. În jurul perforației e o infiltrație puternică.

Irisul congestiv și voalat.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. D. + = 5/50.

Reacțiile pupilare O. D. = abolite.

O. D. = ușor ipotôn.

Evoluție și tratament.

După tratamentul medicamentos se observă o atenuare a fenomenelor oculare, însă hernia irisului și perforația persistă, nu se lasă influențate.

Se face înaintare conjunctivală în vederea și a acoperirii herniei iriene, după care ochiul se liniștește.

La ieșirea din clinică, plaga corneeană e cicatrizată complet, și e acoperită de lamboul conjunctival. Corneea clară.

AV { O. D. = 5/20
O. S. = 5/20

Observația VI. — Costin Maria de 7 ani.

Intrată în clinică la 11. X. 1927.

Ieșită la 31. X. 1927.

Diagnostic. Kerato-conjunctivită flictenulară, cu ulcer cornean O. S.

Anamneza. E adusă în clinică pentru că o doare ochiul stâng și nu vede bine cu el. Boala actuală datează de vre-o 10 zile.

Examen exterior al ochiului.

O. S. Conjunctiva bulbară intens injectată.

Corneea prezintă la nivelul limbului, infero-temporal, un ulcer de mărimea unui bob de grâu, profund, care se colorează bine cu fluorescină. Vasculizație intensă a corneei în ½ infero-temporal.

Evoluție și tratament.

Cu tot tratamentul medicamentos aplicat, care atenuază fenomenele oculare, ulcerul nu poate fi împiedicat în evoluția lui și perforază. Se face acum cauterizarea prolapsului irian și acoperirea conjunctivală la O. S. După operație vindecarea începe să se arate. Congestia dispăre, durerile, fotofobia la fel. La ieșirea din clinică ochiul liniștit, plaga corneană cicatrizată și acoperită de o porțiune din conjunctivă.

Observația VII. — Bogdan Elena, 17 ani, casnică.

Intrată în clinică la 9. VIII. 1926.

Ieșită la 23. IX. 1926.

Diagnostic: Ulcer corneean flictenular limbic O. D., cu prolaps irian.

Anamneza. Acum 3 săptămâni, a început să aibă dureri în fosele nazale și apoi dureri de ochi.

Examen exterior al ochiului.

O. D. Conjunctiva bulbară foarte intens injectată. Corneea prezintă un ulcer în porțiunea externă către limb, prin care proemină irisul.

Irisul cu pupila deformată. Blefarospasm.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. D. = 5/70.

Reacțiile pupilare O. D. = abolite.

Tensiune intraoculară O. D. = nu are.

Evoluție și tratament.

Se face: Excizia prolapsului irian și acoperirea conjunctivală cu ¼ temporală a corneei, după galvano-cauterizarea limbului.

Ochiul se liniștește. Înaintarea menținându-se bine cicatrizarea plăgei corneene merge cu pași rezezi.

La ieșirea din serviciu, ochiul se prezintă decongestionat, celelalte fenomene dispărute.

Vindecarea plăgei completă.

AV { O. D. = 5/7
O. S. = 5/5

Observația VIII. — Felea Ana, 29 ani, casnică.

Intrată în clinică la 26 VII. 1923.

Ieșită la 28. VIII. 1923.

Diagnostic. Kerato-conjunctivită hlictanulară, cu ulcer corneean și prolaps irian la O. S.

Anamneza. Bolnavă cam de 8—9 luni, boala apărând concomitent cu tumefierea ganglionilor submaxilari cari supurează și odată cu cicatrizarea lor dispare și afecțiunea oculară.

Acum câteva săptămâni, fenomenele oculare s'au repetat.

Examen exterior al ochiului.

O. S. Conjunctiva bulbară, edemațiată.

Corneea prezintă în partea infer. o ulcerăție mică. În cadranul supero-extern, un ulcer prin care proemină o porțiune din iris.

Pupila diformată — Fotofobie intensă.

Examen funcțional: nu se poate face din cauza fotofobiei intense.

Evoluție și tratament.

Se rezecă prolapsul irian și se face acoperire conjunctivală O. S.

Din cauza reacțiunilor puternice din partea ochiului se aplică termofor, argirol etc., Inctetul pe inctetul ochiul se liniștește sub acoperirea conjunct. care se menține bine.

La ieșirea din clinică corneea prezintă o cicatrice organizată. Una la nivelul sup. al corneei; alta în centrul corneean, difuză ce ocupă întreg centrul corneei.

DV { O. S. = numără degetele la 2 m.
O. D. = $\frac{5}{5}$

OBSERVAȚIA I. — Patriciu Dumitru, de 20 ani, econom.

Intrat în clinică la 8. VI. 1925.

Ieșit la 8. IX. 1925.

Diagnostic. Keratită buloasă.

Anamneza. Boala actuală datează de 4 luni. Bolnavul stând la un foc, a explodat o capsă, provocând un fum gros, care i-a învăluit ochii.

De atunci observă că vederea îi scade progresiv.

Examen exterior al ochiului.

O. S. Prezintă ușoară fotofobie și congestie a conjunctivelor palpebrale. La fel congestionate cele bulbare. Corneea prezintă în $\frac{1}{4}$ supero-nasal, o opacitate bine organizată neulcerată, albă sidemie ce interesează toate straturile corneei. De aci, pleacă orizontal spre partea temporală un șir de mici bule.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. S. = numără degetele la 1 m.

Reacțiile pupilare = bune.

Tensiune = nu prezintă.

Evoluție și tratament.

Se incepe un tratament medicamentos cu atropină și dionină în timpul căreia fenomenele generale oculare, se reduc iar leziunile corneene se vindecă în parte.

Aceasta însă temporar, căci după 2 săptămâni fenomenele își fac din nou apariția și cu ele odată apar iarăși bule caracteristice pe cornee. Intre timp se face examenul L. C. R. R. W. în sânge, toate sunt negative.

Se continuă tratamentul dela început și se obține o nouă potolire a ochiului. Dar după trecerea iarăși a 2 săptămâni, timp în care s'a instituit și un tratament cu tuberculină, apariția de noi bule corneene și a fenomenelor oculare, determină la facerea unui raclaj a epitelului cornean, continuându-se tratamentul dela început. Ochiul se liniștește durabil, însă tendința la vindecare nu se observă.

Inercându-se timp de o lună, dela data raclajului, a se obține un rezultat durabil și nereușindu-se, se face raclajul suprafeței corneene stângi, cu acoperirea conjunctivală în sac a corneei.

Ochiul se liniștește, acoperirea se menține bine, iar bolnavul părăsește clinica, cu recomandăția de a reveni pentru control.

OBSERVAȚIA II. — Patriciu Dumitru de 22 ani, econom.

Intrat în clinică la 8. II. 1927.

Ieșit la 3. III. 1927.

Diagnostic. — Acoperire conjunctivală a corneei stângi (pentru Keratită buloasă).

Anamneza. Bolnavul a fost în serviciul nostru în cursul anului 1925 cu Keratită buloasă. A fost tratat timp de 5 luni, după care a fost trimis acasă, cu întreaga cornee stângă acoperită de conjunctivă. I s'a recomandat atunci, ca să revină pentru a i se elibera corneea de înaintarea conjunctivală, făcută însă cop terapeutic.

Examen exterior al ochiului.

Ochiul stâng în totalitatea sa liniștit. Corneea în întregime acoperită de conjunctiva bulbară. Conjunctiva acoperitoare este fin vascularizată și destul de subțire, lăsând să se întrevadă prin ea corneea și irisul de o culoare cenușie.

Evoluție și tratament.

Se procedează la descoperirea corneei de lamboul conjunctival și se observă că lamboul aderă numai la marginea infer. a corneei. Corneea opalescentă în centru, clară la periferie. Se creiază din conjunctiva înaintată un lambou cu pediculul nasal, liber de partea nasală, care se aduce la locul său pe sclerotică.

Intre timp ochiul se prezintă liniștit, iar porțiunea din conjunctivă ce acoperea încă corneea în partea super. se retractează progresiv, lăsând-o liberă. Pentru ca această descoperire să fie mai completă se rezeacă o șuviță conjunctivală limbică super.

Bolnavul părăsește clinica vindecat. Ochiul liniștit. Corneea turbure în partea centrală, clară la periferie.

În ce privește ulcerile consecutive conjunctivitelor acute și acestea sunt, după cum am văzut din foile arătate, influențate în mod favorabil de acoperirea conjunctivală.

În clinica d-lui Prof. Michail, s'a încercat metoda în ulcerile consecutive oftalmiei blenoragice, cu rezultate bune. De observat e însă aci faptul, ca intervenția să fie urmată de succes, trebuie ca secrețiunea să fie dispărută. În caz contrar rezultatele sunt îndoelnice întrucât curând după acoperire, conjunctiva se necrozează și înaintarea cedează.

Raportându-mă la cazul de keratită buloasă, pe care l'am văzut mai înainte, constatăm că afecțiunea nu a fost influențată de nici un tratament, urmărind să facă din bolnav un adevărat infirm.

Făcându-i-se o acoperire conjunctivală, durerile dispar chiar de a 2-a zi, ochiul liniștindu-se complet.

Aceasta stare de vindecare se menține tot timpul cât stă în clinică și acasă de peste $\frac{1}{2}$ an, ceace ne arăta că e o vindecare definitivă. După descoperirea corneei, ochiul continuă să rămână liniștit, bolnavul ne mai acuzând nici o suferință. Rezultă deci că în keratita buloasă ca și în herpesul corneean acoperirea conjunctivală, dă rezultate admirabile, cu atât mai demne de luat în seamă, cu cât în aceste afecțiuni de cele mai multe ori suntem complet dezarmați.

Acoperirea conjunctivală în herpesul corneean.

În herpesul corneean, ca și în keratita buloasă, rezultatele obținute nu sunt mai puțin admirabile, aplicând metoda acoperirii conjunctivale.

Iată, în adevăr, foile de observație ale bolnavilor cu herpes, tratați prin acoperirea conjunctivală, cu rezultate splendide.

Observația I. — Hollmaier Ernest, de 49 ani, mecanic.

Intrat în clinică la 11. III. 1927.

Ieșit la 2. V. 1927.

Diagnostic. Herpes corneean la O. D.

Anamneza. Boala actuală a debutat acum cinci săptămâni, cu edemul și înflăcărea pleoapelor, injecția conjunctivelor, lăcrimare și fotofobie.

Examen exterior al ochiului.

O. D. Fanta palpebrală mai mică din cauza oedemului pleoapei superioare. Lacrimare și fotofobie intensă. Conjunctivele foarte intens injectate, mai ales cea bulbară prin vase numeroase turgescente. În centrul corneei se observă un ulcer mare, cu margini neregulate coborându-se intens cu fluoresceină. Irisul de culoare murdară. Pupila neregulată și ușor midriatică.

Examen funcțional.

Acuitate vizuală O. D. + = numără degelele la 2 m.

Reacțiile pupilare O. D. = suprimate.

Tensiune normală.

Evoluție și tratament.

Se institue tratament medicamentos, cu dionină, atropină, apoi nitrat de Ag., precipitat galb. de Hg. etc., — după care fenomenele oculare generale se reduc în parte, fără să influențeze plaga ulcerată a corneei.

Bolnavul are dureri de cap: se face examenul L. S. R. și R. W. în sânge, toate sunt negative.

Se face raclajul corneei ulcerate, după care pare că s'ar observa o tendință de vindecare. Dar peste câteva zile dela ac. operație ochiul prezintă iarăși fenomenele ca la început, reacțiuni puternice; făcându-și apariția noi bule pe corneea.

Se încearcă raclajul corneei cu acoperirea conjunctivală totală a corneei drepte. De aci încolo ochiul se comportă foarte bine: nu mai are dureri. B. părăsește serviciul cu corneea acoperită de conjunct., cu ochiul complet liniștit, recomandându-i-se să se întoarcă peste o lună spre control.

Revăzut peste o lună, ochiul se prezintă liniștit, fără fotofobie, și lăcrimare. Prin conjunctiva înaintată care e foarte subțire, aproape transparentă, se vede ulcerul complet cicatrizat. Dela plecarea din clinică, bolnavul n'a mai avut nici o durere.

Observația II. — Bunea Ion, de 45 ani, muncitor.

Întrat în clinică la 18 Martie 1927.

Își iese la 20. IV. 1927.

Diagnostic. Herpes cornean central O. S.

Anamneza. Boala actuală datează de 3 luni. A început prin dureri oculare, fotofobie și lăcrimare.

A. V. la O. S. a scăzut mereu, până acum 2 săptămâni, de când nu mai vede nimic cu el.

Reacția Wassermann în sânge e negativă, în L. C. R. = intens pozitivă
(+++)

Examen exterior al ochiului.

O. S. Fotofobie și lăcrimare intensă. Conjunctivele palpebrale puternic congestionate, cu o intensă injecție pericheratică. Corneea în totalitatea turbure, prezintă în centru o ulcerăție, cât un bob de grâu cu margini neregulate.

Camera anter. profundă. Irisul foarte congestionat. Pupila în mioză.

Examen funcțional.

Acuitatea vizuală O. S. = vede mișcările mâinei.

Tensiune = normală.

Evoluție și tratament.

Se institue tratament medicamentos: atropină dionină, apoi nitrat de Arg., care diminuează fenomenele oculare, însă nu influențează ulcerul.

Se face și tratament antispecific.

După un raclaj al herpesului de pe corneea, se observă o tendință că-

tre cicatrizare, însă apariția de noi leziuni pe corneea, însoțite de dureri, lacrimare, o zădărnicesc.

În sfârșit se recurge la raclajul corneei stângi cu acoperirea conjunctivală totală a corneei. Afară de primele zile dela operații, când bolnavul mai simte încă, dureri și înțepături, ochiul devine liniștit sub acoperirea conjunctivală. Părăsește clinica în aceste condițiuni, recomandându-i-se să se inapoieze peste 2 luni, pentru a proceda la descoperirea ochiului.

Din cazurile citate reieșă că am avut de a face cu keratite herpetice, cari nu au cedat, la nici un tratament, decât numai la acoperirea conjunctivală.

Nici analgezicile, nici raclajul corneei n'au putut vindeca afecțiunea, deși au fost aplicate în nenumărate rânduri.

Practicându-se acoperirea conjunctivală, fenomenele oculare iritative au cedat imediat.

De remarcat este faptul că după un oarecare timp, conjunctiva înaintată se subțiază, devine oarecum transparentă, permițând utilizarea ochiului pentru vedere. Așa trebuie explicat și faptul, că foarte numeroși dintre bolnavii, cărora li s'au făcut acoperirea conjunctivală, nu au mai revenit în clinică pentru a li se ridica lamboul conjunctival.

Acoperirea conjunctivală în herpesul corneei, constituie deci o metodă de tratament, desemnată ca cea mai de preferat, întru cât fenomenele generale oculare, cari fac pe bolnav să sufere mai mult, se amendează imediat, ulceratiunile corneei se vindecă sigur la adăpostul conjunctivei ce o acoperă, iar rezultatele tardive în privința funcțiunii ochiului sunt la fel de frumoase.

CONCLUZIUNI.

1. *Acoperirea conjunctivală constituie o admirabilă metodă de tratament, în ulcerările corneei.*
2. *După aplicarea ei, fenomenele subiective dispar imediat, iar cele obiective se ameliorează, zi de zi, până la vindecarea completă.*
3. *Viitorul funcțional al ochiului acoperit, este foarte bun: conjunctiva înaintată se subțiază și se transparentiază, permițând recăpătarea unei vederi utilizabile din punct de vedere funcțional.*
4. *Afecțiunile corneene influențate net, de acoperirea conjunctivală sunt: Keratita buloasă, herpesul corneei, keratita flictenulară și traumatismele corneei.*
5. *În ulcerile serpiginoase, metoda dă rezultate numai după ce în prealabil s'a făcut o oarecare sterilizare a ulcerului.*

BIBLIOGRAFIE

- Abadie:** Etiologie et traitement des ulcères infectieux de la cornée. Ann. d'ocul. 1895 CXIV p. 88.
- Abadie:** Importance des médications locales en thérapeutique oculaire. Congrès d'ophtalm. Archivé d'ophtalm. Mai, Juin 1887.
- Abadie:** Des ulcères graves infectieux de la cornée. Pathogénie et traitement. Bull. de la Soc. d'ophtalm. de Paris, Juin 1889.
- Armaignac:** La régénération de la cornée à la suite des ulcérations infectieuses et de la destructions plus ou moins totale de cette membrane. Soc. ophtalm. Paris 1907.
- Axenfeld:** Klinische Monatsb. f. Aug. 1904 p. 64.
- Baas:** Les phlyctènes cornéennes. Soc. d'ophtalm. Heidelb., 1898.
- Bergh:** Traitement des ulcères de la cornée. Clinique d'opht. Juiller 1888.
- Besredka:** Annales de l'Institut Pasteur 1890 XIII. p. 49 și 209.
- Berardinis:** L'ulcus rodens de la cornée traité par l'hétéroplastie de tissu cornéen du lapin. Ann. di ottalm. 1906
- Calderaro:** Sur le traitement de la kératite à hypopyon avec les sérums de Tizzoni—Panichi et de Roemer. Wochens J. Thérap. Hyg. et Augen, 1903 II et la Clinica ocul. 1903 aout.
- Cecchetto:** L'acide picrique dans le traitement de l'ulcus serpens. Ann. di ottalm. 1909.
- Coppez:** Actions de certaines toxines sur la cornée. Congr. inter. d'opht. Utrecht, 1899.
- Darier:** Léçons de thérapeutique oculaire Paris 1907.
- Darier:** Ulcère infectieux grave avec menacé de panophtalmie guérison. Archiv. d'opht. 1895.
- Deutschmann:** Quelques résultats de l'emploi de l'iodoforme dans les maladies des yeux. Archiv. f. ophtalm. XXVIII pag. 214—224.
- Fromaget:** Kératites à pneumocoques guéries par le sérum antidiptérique. Ann. d'oculist. 1907.
- Fuchs:** L'abcès annulaire de la cornée. Archiv. f. opht. 1903. Vol. LVI, pagina 1.

- Hippel:** Therapeutischer Werth des Iodoforms bei Augenerkrankungen
Berlin. Klin. Wochesch. 1884 Nr. 8.
- Hirschfeld:** Remarks on the anatomy of the suprarenal capsules. Med.
Timeso Gaz. London 1857 XV p. 59.
- Löwenstein:** Bactériologie de l'ulcère cornéennes. Klin. Monats. f. Augenh.
1910 p. 185.
- Magitot:** A propos du syndrome de Horner et du mécanisme de la my-
driase produite par l'adrenaline. Soc. d'opht. de Paris. Mars—
Avril 1911.
- Manolescu N.** Iodoforme dans la chirurgie oculaire. Archiv. d'opht. 1882.
- Martinache:** Ulcers of the cornea treatment by the actual cautery. Paefic
med. aud surgical. Journ. Wov. 1863.
- Michail:** Incercări de tkerapeutică intraoculară. Rev. st. med. 1913.
- Morax et Petit:** Sur une forme particulière d'infection cornéennes à type
serpigineux. Soc. d'opht. de Paris 1899.
- Petit:** Recherches cliniques et bactériologiques sur les infections aiguës
de la cornée. Th. Paris 1900.
- Pflueger:** Kératite ulcéreuse chronique. Arch. f. ophtalm. Vol. 37, p. 208.
- Roemer:** Zeitschrift f. Augenh. 1904. Vol. XI.
- D-ra Simon A.:** Teză Cluj. 1925.
- Saenuch:** Krankhaiten der cornea und sclera. Graefe Saemisch IV, 1887.
- Utthoff et Axenfeld:** Archiv. f. opht. 1897.
- Dr. Vancea:** Despre acoperirea conjunctiv. ca metodă de tratament in
ulcerile corneei (lucrare inedită).
- Vossius:** Graefe's Archiv. f. ophtal. XXIX.

