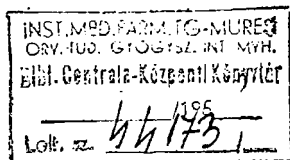


Tratamentul cisticercozei intraoculare

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 4 IULIE 1935

DE

LEZA ROZALIA CORNELIA



23 MAY 2005

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAİL.

Profesori:

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

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Domnul Prof. Dr. *D. Mihail*

Membrii:	}	Domnul Prof. Dr. <i>C. Tătaru</i>
		" " " <i>D. Negru</i>
		" " " <i>V. Bologa</i>
		" " " <i>G. Buzoianu</i>

Supleant: Domnul Doc. Dr. *Vancea*

Localizarea cistecerozei intra-oculare.

Cisteceroza este o afecțiune destul de rară în Europa. În timpul războiului a fost mai frecventă. Localizarea cea mai frecventă este cea retiniană Hirschberg pe 24.000 de bolnavi a găsit 28 cazuri de cisteceroză dintre care 16 subretiniene, 12 în vitros, deci proporția e superioară 1%.

Voygein în teza sa 1921, a strâns 269 cazuri de cisteceroză intraoculară dintre cari 120 au fost subretiniene, 112 în vitros, 20 în camera anterioară 2 în cristalin 2 în cornee.

În România Prof. Michail a găsit 11 cazuri publicate până la data de 1932 repartizate în modul următor: 7 cazuri subretiniene (4 masculo-papilare și 3 la periferia câmpului oftalmoscopic) 2 cazuri în vitros, 1 caz în camera anterioară 1 caz în orbită. Din 1932 până în 1935 la Clinica Oftalmologică din Cluj a fost un singur caz de cisteceroză subretiniană.

Din cele spuse până acuma reiese căci cea mai frecventă localizare a cistecerozei intraoculare este localizarea retiniană. Aceasta s'ar putea datora și faptului același căci cazurile cu cisteceroză retiniană se prezintă mai de timpuriu la consultații deoarece dau tulburările vizuale cele mai importante.

Sîmptomatologia fiecărei localizări.

Timpul necesar unui embrion să devină veziculă și să dea tulburări vizuale e de 3 luni.

Cisteceroza camerei anterioare.

Se prezintă cu următoarele fenomene **subiective**: pierderea vederii.

Obiectiv: O poată albastră care ocupă toată întinderea papilei A. V. scăzută.

Cisticeroza vitrosului.

Prezintă următoarele fenomene **subiective**: Tulburări vizuale, manifestate prin neplăceri în vederea de aproape și senzația că se mișcă în fața sa o creangă, dureri de ochi și de cap.

Obiectiv: flocoane în vitros, A. V. redusă.

Cisticeroza retiniană.

Se prezintă cu următoarele fenomene oculare **Subiectiv**: Tulburări vizuale, bolnavul vede ca prin o sită, unii văd muște volante, mai târziu o pată rotundă, negricioasă, tulburările vizuale merg până la pierderea completă a vederii când boala e avansată dau fenomene de iridociclită f. dureroasă care necesită enucleația.

Obiectiv: A. V. scăzută, scotom, deslipire de retină. Reflex fotomotor f. leneș, opacitatea vitrosului.

Cisticeroza orbitei.

Este f. rară, se prezintă cu fenomene **subiective** dureri nevrotice, iar din punct de vedere.

Obiectiv: exoftalmie.

Aproape în toate cazurile de cisticeroză se găsește eozinofilie.

Tratamentul cisticerozei intra oculare.

I. Tratamentul medicamentos, general și local.

II. Tratamentul fizioterapeutic.

III. Tratamentul chirurgical.

I. 1. **Tratamentul medicamentos general** se face cu extras de felix mas. A fost întrebuințat de Dianoux în modul următor: El a dat bolnavului 102 gr. extras de felix mas. timp de 71 de zile cu numeroase repausuri-

Prof. Renzi din Napoly a semnalat fapte asemănătoare cu acest tratament.

2. **Tratamentul local.** Se face cu injecțiuni de soluțiuni toxice: formol și sublimat.

Se injectează în veziculă o soluție de sublimat $\frac{1}{2000}$. Această metodă a fost aplicată de Bardelli, care a avut 5 cazuri reușite.

II. **Tratamentul fizioterapeutic.**

1. Tscherning a recomandat distrugerea parazitului printr'un fascicol de raze luminoase.

2. Radium-terapia s'ar putea să dea rezultate, până acuma însă nu s'a încercat.

3. **Electroliza** propusă de Lagrange în 1901 care a dat rezultate satisfăcătoare lui D'Or în 1908.

Se face în modul următor: Un ac de platină al cărui pol pozitiv se introduce în pragă operatorie înspre regiunea unde la examenul oftalmoseopic s'a descoperit vezicula. Polul pozitiv e așezat pe tâmplă. Se întrebuițează un curent de 5 miliamperi timp de 5 minute, se produce o degajare mare de bule, după aceea se suturează sclerotica și se așează deasupra o sutură conjunctivală cu fire de mătasă.

Vindecarea este relativ repede și nu dă reacții operatorii.

III. **Tratamentul Chirurgical.**

1. **Tratamentul chirurgical al cisticercozei camerei anti.** În acest caz se face extracția parazitului prin puncția camerei anterioare cu ajutorul unei pense iriene.

2. **Tratamentul chirurgical al cisticercozei intra vitrean.** Operația se face prin incizia meridiană sclerală folosindu-ne de o localizare aseptie și anestezie perfectă și cu ajutorul transiluminării. Secționarea se face prin transfixie cu ajutorul cuțitului de cataractă. Se introduce apoi buzele plăgei în cârlige Steevens și cisticercul iese afară. După aceea se face sufuziunea buzelor plăgei. Operația este cu atât mai dificilă cu cât cisticercul e mai

mobil. Când cisticercul e aderent, operația e cu atât mai gravă, cu cât aderențele sunt mai aproape de polul posterior sau de fața posterioară a cristalinelui. Operația e subordonată stărei anterioare a ochiului, deci trebuie operat cât mai de timpuriu.

—3. **Tratamentul chirurgical al cisticercozei retiniene.** Intervenția chirurgicală diferă după cum vezicula e mai aproape de polul posterior sau de periferia ochiului. Când vezicula este anterioară i-se determină sediul precis cu oftalmoscopul. Când vezicula e posterioară se face determinarea sediului exact al veziceii după procedeul lui Dupouy, Dutemps și Polack. După precizarea sediului veziceii, se procedează la operație. Se face o incizie conjunctivală concentrică a limbului cornean care a pornit din dreptul marginei inferioare a muschiului drept la nivelul căruia este cisticercul și se ține la o distanță de $\frac{1}{2}$ cm. de limb, dealungul întregului fund de sac inferior. Se rezecă temporar tendonul muschiului prinzând muschiul cu 2 firă de sutură, iar cu ajutorul tendonului său prins cu o pensă se rotează puternic globul ocular. Descoperindu-se partea scleroptică corespunzătoare localizării cisticercozei. Se măsoară cu compasul pe direcția și la distanța meridianului descoperit prin procedeul de mai sus amintit și la nivelul căruia trebuie să corespundă sediul exact al cisticercozei. Se face o incizie sclerale când vezicula începe să proemine în plagă și în fine roidei. Cu 2 cârlige fine se depărtează buzele plăgei sclerale când vezicula începe să proemine în plagă și în fine este expulsată.

Se repune imediat globul ocular la loc, buzele plăgei sclerale coaptându-se perfect singure. Se coasă muschiul drept la tendonul său, se suturează plaga conjunctivală și se aplică un pansament uscat.

Cazuri Clinice

1. **Covaci V.** de 41 ani de profesiunea șofer mecanic din Cluj, care s'a prezentat la Clinica Oftalmologică din Cluj la 10 Februarie 1932 pentru tulburarea vederii ochiului său stâng, care debutase cu 3 luni mai înainte și căreia nu-ia dat nici o importanță la început. După 3 săptămâni însă acoperindu-și ochiul drept și dându-și seama că numai vede decât f. slab cu ochiul stâng, a intrat în tratamentul unui spital din provincie, de unde apoi a venit la clinica oculistică din Cluj.

Examenul general al bolnavului ne-a arătat căci nu prezenta nici o leziune viscerală apreciabilă. Reacția Wassermann în sângele său era negativă. Examenul scaunelor sale a fost negativ pentru paraziții intestinali. Examenul sângelui a arătat: globule roșii 4.000.000, globule albe 7208, hemoglobină 85%. Formula leucocitară a sângelui său a arătat limfocite 16% monocite 9%, polinucleare neutrofile 69%, polinucleare bazofile 1%, eozinofile 5%. Viteza de sedimentare a globulelor roșii a arătat un depozit, care după $\frac{1}{2}$ oră era =2 mm, după 1 oră =3 mm, după $1\frac{1}{2}$ =5 mm, după 2 ore =7 mm. Reflexul oculo cardiac =—12 metabolismul său bazal era normal. Tonusul nervos vegetativ examinat prin proba lui Danielopolu a arătat: tonusul simpaticului =104 și tonusul vagului =48.

Examenul ocular a arătat că în timp ce ochiul drept al bolnavului era normal, ochiul său stâng avea, acuitate redusă la numărarea degetelor la 40 cm. de partea temporală. Acest ochi mai prezenta un vast scotom central, care reducerea câmpul său vizual la două segmente semilunare cu totul periferice și izolate, largi de aproximativ

20°, dintre care unul mai mic supero-nasal lung de 60° și altul mai mare infero-temporal lung de 120° motilitatea oculară era normală. Tensiunea oculară bilaterală era L 3 mm. Hg. Schiascopia a arătat că în timp ce ochiul drept era emotrop ochiul stâng era ipermetrop de +4 d. Examenul astigmometric al ambilor ochi, a arătat că meridianele: 0°=45 d; 90°=45.5 d. Polul anterior al ochiului stâng, în afară unei ușoare leneviri a reflexului său pupilar fotomotor, era normal. Examenul oftalmoscopic al aceluiași ochi, practicat la 2 Febr. ne-a arătat că regiunea sa papilo-maculară era imposibil de recunoscut din cauza unei formațiuni albe=cenușii care ocupa tocmai acest sediu. Căutând să detalieăm înfățișarea acestei formațiuni, am găsit că avea un aspect de placă ovoidă orizontal, neprecis conturată și că în dreptul regiunii maculare prezenta câteva cute orizontale pe culmea și la periferia cărora apăreau fragmente ondulate de vase, cari în restul formațiunii dispăreau ascunse de aceasta. Tot în dreptul regiunii maculare formațiunea prezenta un mic focar emoragic, dela nivelul cărui înainta un mic chiag sanguin care plutea cu extremitatea sa hberă în vitros. Formațiunea voală complet regiunea papilară, ai cărei sediu probabil era indicat prin convergența câtorva vase retiniene, cari se opreau la nivelul marginii sale nasale. În partea supero-nasală a regiunii maculare și la o distanță de aproximativ $\frac{1}{2}$ diametru papilar se găsea o mică zonă formată dintr'o grămăjoară de câteva plăcuțe pigmentare choroidiene, dintre cari una era legată printr'un cordon alb=sideros cu extremitatea supero-temporală a formațiuni maculo-papilare descrise mai sus. În continuitate cu această din urmă și corespunzător regiunii sub-papilare se găsea o altă formațiune, mult mai proeminentă în vitros, de formă aproape rotundă bine delimitată în jumătatea sa inferioară printr'un cerc, alb intens strălucitor, dar neprecis separată de formațiunea maculo-papilară descrisă.

Această nouă formațiune bine vizibilă cu +8 d la suprafața căreia șerpuiau vasele retiniene cari se între-

rupeau bruse la periferia sa, avea o nuanță albă cenușie cu reflexe albastrii, prezenta dimensiunea a 4 arii papilare și era centrată de o placă ovoidă orizontal mare cât $\frac{1}{2}$ diametru papilar de culoare galbenă cu luciu metalic auriu.

Această formațiune subpapilară era complet imobilă. Vitrosul prezenta în partea sa superioară și posterioară în vecinătatea formațiunii retiniene descrise mai sus, o încrustară de numeroase granule fine strălucitoare și de pulbere pigmentară brună, toate oscilante în cursul mișcărilor ochiului.

În aceste împrejurări clinice s'a administrat bolnavului un număr de 10 inj. retrobulbare de clorur de sodiu 2% și iodur de sodiu intern.

La 5 Martie s'a constatat că tabloul oftalmoscopic al ochiului stg. a suferit modificări importante, consistând în faptul că formațiunea rotundă corespunzătoare regiunii sub papilare, care s'a observat la examenul anterior s'a deplasat infero-nasal în timp ce la nivelul vechiului sediu al formațiunii continua să persiste o placă albă cu acelaș contur dar fără relieful anterior. În noul său sediu formațiunea proeminentă retiniană își păstra aproape aceleași caractere clinice anterioare, cărora li s'au adăugat prezenta în chiar centrul ei a unui cordon alb strălucitor prevăzut cu 3 strângulațiuni care se termina printr-o extremitate liberă, îngroșată ca o măciucă, amintind perfect gâtul și capul unui cisticerc, garnisit cu 4 ventuze și cu o coroniță de cârlige strălucitoare gâtul și capul parazitului aveau mișcări pendulare și de retracție, în timp ce marginea nasală a veziculei sale prezenta mișcări peristaltice viguroase și repetate 3—4 ori pe minut. Acuitatea sa și câmpul vizual prezentau la această dată sensibil, același modificări pe cari le-a prezentat la intrarea s'a în Clinică. La aceasta dată formula leucocitară a arătat că existau: limfocite 15%, monocite 9% polinucleare neutrofile 66% și polinucleare eosinofile 10%.

Tratamentul.

După precizarea diagnosticului de cisticerc subretinian situat la polul post al ochiului în dreptul regiunii maculo-papilare cu migrație infero-nasală, Prof. Michail a determinat sediul exact al cisticercului după metoda lui Dupou, Dutmaps, Polack. A găsit că se află în dreptul meridianului de ora 7 și la distanță de 26 mm. înapoia limbului cornena. În ziua de 7 Martie s'a făcut extracția cisticercului de către Prof. Michail, făcând o incizie conjunctivală concentrică a limbului cornean, care a pornit din dreptul marginii inferioare a mușchiului drept intern și s'a ținut la distanță de 1 și jum. cm. de limb, dealungul întregului fund de sac inferior. A rezezat temporar tendonul mușchiului drept inferior, prinzând mușchiul cu 2 fire de sutură, iar cu ajutorul tendonului au prins cu o pensă a rotit globul ocular puternic supero-temporal și a descoperit jumătatea inferioară a scleroticei până în apropierea intrării nervului optic în glob. A măsurat cu un compas pe direcția meridianului de ora 7 extremitatea posterioară a arcului de 26 mm. la nivelul căruia trebuia să corespundă sediul cisticercului și a însemnat pe sclerotică cu un punct de tuș. În dreptul acestui punct luat ca mijloc al secțiunii meridiane sclerotice a făcut încet plan cu plan o incizie sclerală de 8—9 mm. până ce a văzut apărând culoarea neagră a coroidei. Cu 2 cârlige fine și ascuțite a depărtat apoi încet buzele plăgei sclerale și pe aceiaș măsură a început să proemine tot mai mult în plagă o veziculă translucidă, care în cele din urmă a eşit precipitat, aruncată ca de un rezort urmată de un val de lichid gălbui subretinian. În tot timpul intervenției nu s'a produs nici cea mai mică emoragie a membranelor oculare și nici vreo ieșire din vitros. A repus apoi imediat globul ocular în loc, buzele plăgei sclerale coaptându-se perfect sin-

gure, a suturat mușchiul drept inferior la tendonul său a suturat plaga conjunctivală și a aplicat un pansament uscat. Cisticercul eliminat avea aspectul unui cristalin, posedă un diametru de 7 mm., iar în centrul său se distingea un punct mai albicios corespunzător capului învaginat în veziculă. În zilele următoare cicatrizarea a urmat cursul normal, iar ochiul a rămas tot limpul perfect liniștit. A patra zi dela extracția cisticercului cozinofilia sanguină a cazului a scăzut 4%. S'a făcut examenul oftalmoscopic în a 5-cea zi dela operație s'a observat că sediul formațiunii retiniene proeminente în vitros era ocupat de o placă sidefoasă lipsită de relief, cu un focar emoragic în centru, în timp ce restul fundului ochiului continua să aibă aspectul de dinaintea operațiunii.

Examenul oftalmoscopic făcut la 3 săptămâni dela extracție a arătat că polul posterior al ochiului în dreptul regiunii maculo-papilare și al retinei circumvecine, era ocupat de un placard alb strălucitor cu suprafața și contur neregulat, oblung vertical, dela periferia căruia pleca iradiind de partea nasală și temporală un număr de dungi strălucitoare ale unor cute retiniene cari convergeau toate către mijlocul placardului, ele erau astfel expresia tardivă ale retracției cicatriciale, corespunzătoare vechei plăgi sclerale operatorii care fusese situată exact la nivelul sediului cisticercului. Și la acest ultim examen acuitatea și câmpul vizual își menținea situația lor anterioară intervenției iar cozinofilia sanguină continua și ea să se mențină la 4%. Poarta de intrare a parazitului în ochi a fost cu multă probabilitate mica zonă pigmentată situată la 1 și jum. diametru papilar deasupra și anafara regiunii maculare dela nivelul căreia acesta a migrat subretină, în patru etape succesive a căror urmă o constituie placardul alb sidefos situat la polul posterior al ochiului. Aceste etape migratorii au fost: etapa maculară, etapa latero-temporală-papilară, etapa subpapilară și etapa infero-nazală-papilară în care s'a făcut extracția cisticercului.

2. *Jacob Keti* în etate de 25 ani de religie reformată, profesia lucrătoare în atelier, de origină din Cluj, stare civilă divorțată. S'a prezentat la Clinica Oftalmologică din Cluj în 27 Octombrie 1934. În antecedente heredo-colaterale și personale

nimic dosebit. Boala sa oculară a debutat cu 5 zile înainte de a intra în clinică. A debutat în mod brusc deodată constată că vede dublu și că vederea cu O. S. este mult slăbită. Totul s'a petrecut fără vreun fenomen premergător și fără durere. Avea obiceiul să mănânce carne crudă locală.

La examenul general al bolnavei nu s'a găsit nicio leziune viscerală apreciabilă. Reacția Wassermann în sânge este ușor pozitivă. Examenul scaunelor pentru paraziți intestinali a fost găsit negativ. Examenul sângelui său a arătat globule roșii 3,880,000, globule albe 6.400. Formula leucocitară a sângelui său a arătat limfocite 19% monocite 3% polinucleare neutrofile 71%, polnucleare bazofile 2%, polinucleare eosinofile 5%.

Examenul funcțional al ochiului drept a arătat o acuitate vizuală = $5/7$ iar la O. S. era redusă și vedea umbra degetului în partea temporală. Reacția pupilară era păstrată.

Schiascopia la ambii ochi a arătat că meridianele $0^{\circ}=45$ d. $90^{\circ}=46$ d.

Tensiunea intra oculară la ambii ochi a rătăcit 26 mm. Hg.

Polul anterior al ochiului era normal. La examenul oftalmoscopic din 27 Oct. 1934 se constată în regiunea perimaculară un edem retinian în interiorul căruia se vede o formațiune rotundă precis conturată înconjurată de o ușoară infiltrație sanguină.

Tot în jurul acestei formațiuni rotunde care este cisticercul, se găsesc și noduli galbeni retinieni. S'a observat fazele mișcării cisticercului și durata lor: în prima fază era rotund și în decurs de 12" a luat o formă de inel cu piatră mare, în decurs de 13" s'a trasformat în inel cu piatră mică și în 10" a revenit la prima sa formă rotundă, deci aceste faze s'au petrecut în timp de 35 secunde. La o a doua observație fazele s'au petrecut în $0^{\circ}-13^{\circ}-14^{\circ}-15^{\circ}=42$ secunde.

La examenul oftalmoscopic din 30—X—1934 la OS.

S'a văzut în regiunea premaculară o placă hemoragică de culoare neagră închisă retro-retinian, această formațiune era un hematom în interiorul căruia se vede cisticercul de formă ovalară așezat subretinian voalat de chiagul sanguin și de o rețea hematică dela suprafața sa, al cărui aspect variază

cu mișcările parazitului. În interiorul retinei, la suprafața hematomului sunt arteriole înconjurate de teci alburii limfactice. Tot aici se mai văd și niște noduli galbeni la suprafața retinei deslipite de către acest hematom. În jurul acestui hematom se vede un edem retiniân cu noduli galbeni retinieni. Se mai văd niște concrețiuni mici gălbuie stărlucitori la suprafața arterei retiniene temporale inferioare.

La examenul oftalmoscopic din data de 3—XI—1934 se observă cisticercul contractil difuz sub un strat subțire hematitic. În retină se găsește o zonă pigmentară neagră inelară.

Retina este deslipită în această zonă, iar zona liberă a retinei, deslipite se mișcă ca valurile la mal atunci când cisticercul se contractă. La data de 3—XI—1934 după examenul oftalmoscopic se procedează la operație. Operația este făcută de prof. Michail.

A făcut o incizie semicirculară temporală a conjunctivei bulbare a secționat temporar tendonul dreptului extern prinzând mușchiul cu 2 fire de sutură, iar cu ajutorul lor a rotat puternic globul nasal, a descoperit porțiunea temporală a scleroticei. A secționat sclerotica cât mai aproape de intrarea nervului optic de p. temporală fără a se vedea nervul optic, această secțiune a corespuns localizării cisticercului. Făcând o incizie plan cu plan a depărtat buzele plăgei sclerale cu 2 cârlige fine. A secționat zona de aderențe a scleroticei cu țesuturile perisclerale așezate sub mușchiul drept extern, în dreptul unei artere iliace lungi posterioare fără să apară cisticercul. Prin incizia sclerală a ieșit un val de vitros și probabil și cisticercul care era f. mic (1 mm.). Globul ocular a fost repus imediat la loc, buzele sclerale coaptându-se perfect: singure a suturat apoi mușchiul drept extern la tendonul său și a refăcut sutura buzei conjunctivei bulbare. Ochiul era f. ipotonzat. Bolnava a fost revăzută la 13—XI—1934. La nivelul punctelor de sutură a mușchiului drept extern există 2 mici noduli inflamatorii sensibili cu vârful alburii ulcerat.

În data de 16—XI—1934.

OS. prezenta în partea inferioară a corneii pe fața sa posterioară un mic punct cenușiu.

$$AV = \begin{cases} OD = \frac{5}{10} \text{ și cu } + 0,75 = \frac{5}{7} \\ OS \text{ remarcă degetele la } 30 \text{ cm cu } + 3 = \frac{3}{50} \end{cases}$$

$$\text{Schiascopia } \begin{cases} OD = + 0,50 \\ OS = + 3,50 \end{cases}$$

Câmpul vizual micșorat în partea temporală.

La nivelul locului de sutură a tendonului drept extern, există încă cicatricea ușor turgescentă inflamatorie, încă dureroasă. Motilitatea ochiului este normală însă privirea spre dreapta este sensibil dureroasă din cauza tracțiunii care se face pe tendonul suturat al dreptului extern.

La oftalmoscopie se vede un țesut cicatricial ocupând regiunea vecină maculei la nivelul plăgei sclero-corio retiniene operatorii Tot aici se mai vede și o cută retiniană care prelungeste cicatricea, o dungă alburie retiniană, cută de tracțiune dela cicatricea sclerală. În regiunea peri papilo-maculară se găsește o zonă de edem.

În retină se văd rupturi, emoragii ale retinei și emoragii preretiniene.

In 22 Noembrie 1934.

$$AV \begin{cases} OD \frac{5}{10} \text{ cu } + 0,75 = \frac{5}{7} \\ OS \frac{1,5}{50} \text{ (nasal cu } + 2,50 = \frac{2}{50} \text{ nasal.} \end{cases}$$

Oftalmoscopic atât edemul perivascular cât și cel din jurul regunei maculare e pe cale de rezorbție. De asemenea s'au rezorbit și emoragiile retinei.

In 24—XI—1934. Bolnava părăsește serviciul, acuzând încă o sensibilitate accentuată la presiune, de partea temporală și inferioară a globului. La nivelul de inserție a mușchiului drept extern se constată un nodul granulomatos, un fir de sutură în profunzime care nu e atât de dureros. Punctul cel mai dureros era la nivelul zonei de aderențe (descriș la examenul oft. din 3—XI) cu globul.

In 3—XII—934. Se rezeacă granulomul conjunctiv dela nivelul inserției mușchiului drept extern și se găsește în el o ansă de sutură. Se desface conjunctiva de bulb și se găsește a-

ceiaș aderențe a țesuturilor ca și la momentul operației (3—XI). Se rezeacă țesutul aderent și se reface sutura plăgei conj.

Revăzută la 15—XII. A dispărut aspectul de ruptură retiniană subpapilare notate anterior 16—XI. În partea superioară a plăgei operatorii se văd însă rupturi retiniene. Cicatricele operatorie e în zona maculară, în zona submaculară se văd 2 cute retiniene.

Revăzută la 22—XII. Se constată aceeaș stare oftalmoscopică ca mai înainte. Conjunctiva bulbară e acuma cicatrizată neted. Durere nu mai are în zona sensibilă notată mai anterior.

$$AV=OS=1/5 .$$

$$AV=OS=2/50 .$$

Revăzută 18—I 1935. Oftalmoscopic se observă cute retiniene între plaga sclerală și papilă prin retracție cicatricială. Vasul este voalat de membrana cicatricială. Se observă cuდuri cari înaintează dela plaga sclerală spre vitros în formă de evantaiu voaland vasele retiniene deasupra plăgei cicatrizate se văd pigmentații retiniene

Revăzută 4—II—1935.

$$AV=OD = \frac{5}{10}$$

$$OS = 2.5/50 .$$

Principalele critici asupra tratamentului cisticercozei.

1. Tratamentul cu *felix mas* nu dă rezultate.

Injecțiunile de *soluțiuni toxice* sunt contra indicate din cauza pericolului difuziunii la restul retinei și vitros.

3. Distrugerea parazitului printr'un *fascicol de raze luminoase* e periculoasă, în caz de orientare greșită căci se arde papila și vasele retinei și duce la cecitate.

4. *Electroliza* a dat rezultate rețe lui Chavez Mexic 1905, bolnavul tratat astfel de el a prezentat a 5-a zi după operație o panofthalmie și a necesitat extracția.

La fel au avut rezultate proaste cu această metodă următorii: Bochi în Italia în 1907, Wickerkiewitz în Polonia și Gallmaersts în Belgia.

Tratamentul *chirurgical* prin *extracția* parazitului este singura terapeutică cu adevărat eficace a cisticercozei oculare, oricare ar fi localizarea parazitului. Extracția trebuie încercată cât de timpuriu oricare ar fi sediul parazitului, chiar și atunci când sediul este f. profund și acuitatea vizuală a bolnavului este bună. Prof. Michail e de aceeași părere cu autorii cari nu admit părerea lui Unthoff jun. care propune ca în cazurile de cisticercocă intraoculară cu acuitate vizuală bună să se amână operația pentruca bolnavul să-și folosească cât mai mult acuitatea sa vizuală, dat fiind că oftalmia simpatică este de temut și că intervenția chirurgicală prin extracție este riscată. Azi se știe căci prin extracție se conservă și ochiul și acuitatea sa vizuală, care altcum este complet și definitiv condamnată. Azi metodele tehnice de precizare a sediului intraocular al cisticercului cât și perfecționarea progresivă a tehnicei, impune bolnavilor o încredere, iar operatorilor un imbold spre extracție. Sperăm că în viitor rezultatele vor fi mai satisfăcătoare.

Concluziuni

1. Cisticereoza este o afecțiune destul de rară (1⁰/100)
2. Timpul necesar unui embrion se devină veziculă și se dca tulburări vizuale e de 3 luni.
3. Localizarea cea mai frecventă este cea retiniană căci aceste cazuri se prezintă mai de timpuriu la consultații deoarece dau tulburările vizuale cele mai importante.
4. Tratamentul chirurgical »**extracția**« este singurul eficece în urma căruia se păstrează și organul și acuitatea sa vizuală.
5. Extracția cisticereului camerei anterioare se face cu ajutorul unei pense iriene.
6. La extracția cisticereului, din vitros, operația este cu atât mai dificilă cu cât cisticereul e mai mobil și cu atât mai gravă cu cât aderențele sunt mai aproape de polul posterior sau de față posterioară a cristalinului. Operația este subordonată stării anterioare a ochiului.
7. Extracția cisticereozei retiniene, depinde de localizarea veziculei, operația fiind cu atât mai eficece cu cât se face mai de timpuriu.
8. Cisticereul care continuă să persiste în ochi duce la pierderea vederii și la aceia a organului prin iridociclită care necesită enucleația încât intervenția este legitimă.

Văzută și bună de imprimat:

Decan:
ss. Prof. Dr. MIHAIL

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. MIHAIL

Bibliografie

Carsten: Über das Vorkommen des Goticas intra ocularis in den Kriegsjahren Zeitschrift. f. A. LVIII, 1926, p. 210.

Herrenschwand: Wien Kl. W. N° 42, 1916.

Sattler: Deutsche m. W. N° 3 1917.

Schieck: Münch. m. W. N° 34 1917.

Unhoff: Beiträge zur Gutachtertigkeit des Ophthalmologen bei Kriegsteilnehmern Kl. M. f. LVIII 1917, p. 480.

Symanoswky: Deutsche m. W. N° 33, 1918.

Stock: „Ein Zystizerkus in Glaskörper“ Kl. M. f. A. LX, 1918, p. 791.

Cramer: Zeitschr. f. A. XLI, 1919.

Bardelli: Nouvo obseraationi e considerationi sullo soillupo, dei cesticerhi endoculari. Nouvo metodo di cura Boll d'oculist, A. I, N° 1—2, 1922.

Imre jung: Ung. opht. Ges. Budapest 1925.

prof. Dr. D. Mihail: Clujul medical 1932.

Pascheff: Recherches sur le cysticerque intra-oculaire Soc. f. Oft. 1910 Arch. d'of. 1910, 381.

Callemaerts: Sur deux cas de cysticerque intra-oculaire Arch. e'oft. 1912, XXVII, p. 137.

Dragontin Kostitch Belgrad: Un cas de Gysticerque sous retinien An. d'oc. 1925 CXXII, p. 528.

Dianoux: Cysticerque et fougère male, Arch. d'oft. 1910, XXX, p. 452.

Dupouy Dutemps: Cysticerque sous retinien de la region papillo maculaire, Arch. d'oft. 1916, XXX, p. 512.

Lasrange: Traté de tumeurs de l'ocil, t. I, 1901.

Chavez: Consideration sour le cysticèrque intra-oculaire.

R. Silva: Technique de l'extraction chirurgical doux corp vitrés, Arch. d'oft, 1925, p. 355.

P. Carsten: Les caz de cysticerque intra-oculaires observes pendant la gûerre, Z, f, I, vol. 58, 1926, An. d'oc 1928, p, 966

Schwarzkopf: Ein Beitrag zum Bilde der Zystizerkus subretinalis. Kl. h. f. A. 6922 LX VII, p. 132,

H. Flsching: Zystizercus im Glakörper und extraction mittelst Ausaugen Kl. m. f. t. 1925, KXXV, p. 138.