

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

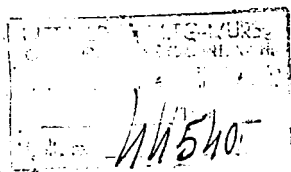
No.

ANGIOMUL CAVERNOS AL CHOROIDEI



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1940

DE
MARCELA MATEI



24 MAY 2005

UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesorii :

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

JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. D. MIHAIL

MEMBRII :	}	" " " V BOLOGA
		" " " GR. BENETATO
		" " " G. BUZOIANU
		" " " I. HAȚIEGANU

SUPLEANT " Conf. " P. VANEA

INTRODUCERE.

In lucrarea de fața, am cautat sa sintetizez intr'o formă rezumativă și fără pretențiuni, rezultatul comunicărilor făcute de diferiți cercetători, asupra angiomului cavernos al choroidei.

In general, angiomele sunt considerate ca tumori vasculare, congenitale, caracterizate din punct de vedere anatomo-patologic, printr'un proces hiperplazic al țesutului vascular sanghin și limfatic. Ele se întâlnesc în piele, țesutul celular subcutanat, în mușchi, în sistemul nervos central și în viscere.

După structura se disting angiome simple, sau capilare și angiome cavernoase.

Statisticile arată că $\frac{2}{3}$ din totalul angiomelor se găsesc pe pielea feței. Dintre angiomele oculare, cele palperbrale sunt destul de frecvente, față de cele choroidiene cari constituiesc a raritate. In privința irisului, până acum n'au fost observate angiome ale acestei membrane. Cazurile descrise ca angiome iriene, observate numai din punct de vedere clinic, nu sunt indiscutabile. Se crede însă că ar fi vorba mai mult despre afecțiuni chistice, granulome, sau sarcome cavernoase.

Pe lângă cele două cazuri interesante, observate în Clinica Oftalmologică din Cluj, unul de către Dl. Prof. Michail și celălalt de D-ra. Dr. Rusu, prezint o privire generală, asupra angiomului cavernos al choroidei, Țin cu această ocaziune să mulțumesc călduros și să amagiez, pe Dl. Prof. Dr. Michail, pentru îndrumările date în timpul celui un an și jumătate, cât am lucrat în clinica condusă de Domnia Sa. Aduc deasemenea mulțuminile mele, D-rei Dr. Rusu pentru îndrumările date la alcătuirea acestei teze.



I S T O R I C.

Angiomul cavernos al choroidei e considerat ca o boală rară, prin faptul că nu a fost diagnosticat niciodată oftalmoscopic. S'a discutat doar în câteva cazuri eventualitatea lui, de către Hirschberg, Fehr, Reiss, Salus și Müllock Houwer.

Până în anul 1937, s'au publicat 41 de cazuri de angiome choroidiene, dintre care 12 cazuri au fost diagnosticate cu probabilitate, de angiom cavernos choroidian. Diagnosticul singur a fost pus întotdeauna istologic, în urma enucleației, din cauza hipertensiunii dureoase și a cecității.

Primul caz văzut la oftalmoscop, a fost a lui Hirschberg, care l'a observat împreună cu Fehr, timp de 20 ani. Diagnosticul pus atunci, era de fibromatoză benignă a choroidei, neputându-se decide să pună diagnosticul de sarcom, din cauza culorii caracteristice a tumorii. După enucleatie în urma unui glaucom absolut, a văzut însă că era un angiom.

În Clinică oftalmologică din Cluj, Dl. Prof. Dr. Michail, a avut două cazuri de angioame choroidiene, diagnosticate tot istologic. În general, toți cercetătorii de până acum, au confundat angiomul choroidian cu tuberculul, cu cisticercul, dar mai ales cu sarcomul, din cauza puținelor semne clinice pe care le dă. Mai bine studiat, a fost din punct de vedere anatomo-patologic.

Etiologie și Patogenie.

Dacă luăm în considerare vârsta tânără a individului, căci din toate cazurile observate în literatură, majoritatea au apărut la vârsta de 8—20 ani, celelalte fiind grupate la mijlocul celui de al treilea deceniu și rar peste 50—65

ani, angioamele choroidiene sunt tumori congenitale. Taylor spune că angiomul, ar fi datorit unei dilatații preexistente a vaselor choroidiene, din cauza slăbirii congenitale a pereților. Unii spun, că globul ocular ar fi mai micșorat, mai dinainte de apariția tumorii. Deci micșorarea ochiului ar fi o cauză care dovedește originea congenitală. Aceiași teorie o admite și Kern. pe baza apariției teleangiectaziilor și nevilor pe pielea feții. După Ischreyt, ar există două forme de angiom:

1. O formă congenitală, precoce.

2. O formă câștigată, tardivă.

Astfel se crede că traumatismul. ar fi o cauză a desvoltării angiomului. Alții, neagă lucrul acesta, spunând că și în caz de traumatism, tot trebuie să fi fost o predispoziție congenitală. Deci, în privința etiologiei, rămâne teoria congenitală susținută și de Dl. Prof. Michail, considerând angiomul ca urmare a unor simple varicozități choroidiene.

În privința patogeniei, nu avem nimic sigur. Nu se știe mecanismul desvoltării acestei tumori. Nu se poate surprinde nici factorul care intervine să producă complicații grave și nu se poate clarifica nici evoluția leziunilor istologice.

Steffens, crede ca angiomul nu ar fi decât o proliferare a choriocapilarei. *Bergmeister*, bazează desvoltarea angioamelor choroidiene, pe un element histo-mechanic.

Simptomatologie.

În general, în caz de angiom choroidian, bolnavii se prezintă la consult, într'o fază înaintată a bolii, în faza complicațiilor, când simptomele sunt mai evidente. Din această cauză, debutul bolii nu se cunoaște.

Simptome subiective.

Bolnavul când se prezintă la consultații, se plânge întotdeauna de o scădere a vederii; uneori tulburările vizuale pot să apară din copilărie, cu o evoluție lentă și progresivă până la orbire.

Într'un caz a lui *Houwer*, *Mülock*, bolnavul a prezentat macropsii, înainte de a se observa ceva oftalmoscopic. *Müller* a avut un caz cu fotopsii. Dl. Prof. Michail,

a prezentat un caz asemănător. Un simptom important și caracteristic angioamelor e scotomul în formă de sector, mai des în partea superioară a câmpului vizual. Este interesant cazul lui *Morax* și *Depuilly* în care angiomul deși era în regiunea maculară și deci ar fi trebuită să prezintă un scotom central, era unul periferic în sector superior. *Brons*, a avut un caz, care s'a manifestat prin lipsă de reflexe.

Foarte des, bolnavii se prezintă cu dureri intermitente sau continui, din cauza fenomenelor inflamatorii datorită complicațiilor.

Simptome obiective.

Examenul oftalmoscopic.

Angiomul choroidian, nu dă semne caracteristice de fund de ochi; aceasta se dovedește prin faptul, că foarte puține cazuri au fost diagnosticate oftalmoscopic (*Fehr, Houwer, Henderson*).

Propriu zis nu s'a pus nici-odată un diagnostic, ci după cum am mai spus, s'a discutat doar eventualitatea unui angiom choroidian.

Din cercetările lui *Rheiss* și *Müllock, Houwer*, reese că leziunile pe care cercetatorul le poate evidenția oftalmoscopic, nu sunt decât niște procese secundare, accesorii din partea unei porțiuni retiniene, în timp ce adevăratul proces patologic, angiomul choroidian nu poate fi văzut. Bolnavii observați de medicii mai sus citați, au prezentat tumefieri albe-cenșii sau galbene clare, până la albe-albăstrui, cu o localizare juxta-papilară. Culoarea albă-albăstruie a angiomului, e foarte caracteristică, încât pe acesta se bazează diagnosticul diferențial cu sacromul choroidian, care are o culoare galbenă-brună. *Sallus*, crede că se poate face un diagnostic diferențial în afară de culoare, pe baza lipsei modificărilor reacționale din jurul angiomului, cât și pe enorma dilatare a vaselor choroidiene, pe o mare întindere din jurul tumorii. Aceasta se poate vedea foarte bine, în caz de pigmentație mai redusă a fundului de ochi. *Sallus* susține că un punct de sprijin, care poate fi luat în considerare, în punerea diagnosticului de angiom, e dacă aspectul oftalmoscopic, ne arată o deslipire de retină puțin extinsă, sub forma unei tumori turtite, colorată alb-albăstrui

sau cenușiu-verzui. În afară de semnele observate la fundul de ochi, bolnavul mai poate prezenta fenomene de iridio-ciclită și de hipertensiune intraoculară, datorită glaucomului absolut secundar, pe care le vom descrie la complicații, împreună cu deslipirea de retină.

Cam în jumătatea cazurilor cunoscute în literatură, angiomul choroidei se asociază cu teleangiectazii pe pielea feței și nevi vasculari pe cap.

Complicații.

Într-o fază mai înaintată, angiomul choroidian dă în mod constant complicații. De fapt, complicațiile sunt cauzele care determină pe bolnav să se prezinte la consultații, căci ele dau semne clinice mai evidente, ca dureri, reacții conjunctivale, corneene, cristaline (opacifierea cristalinului).

După Dl. Prof. Michail, complicațiile ar fi datorite faptului, că angiomul acționează asupra transformării membranelor oculare, printr'un factor histo-mecanic și printr'un element chimic și toxic la distanță.

O complicație frecventă, e irido-ciclita acută, cu reacții conjunctivale, corneene, strâmtarea camerei anterioare, sinechii posterioare iriene, dureri, etc.

Glaucomul ar fi datorit tot unei acțiuni toxice, a angiomului la distanță. Din această cauză, corpul ciliar se găsește într'o puternică funcționare secretorie, așa dar glaucomul e considerat ca o complicație, survenită în urma unei hipersecreții a corpului ciliar, nu deci cauza unei retenții, deoarece unghiul de filtrație rămâne liber.

Deslipirea de retină e datorită-după *Raehlmann* unei permeabilități exagerate a pereților caveranelor vasculare choroide, care separă choroidea de retină de timpuriu printr'un exudat albuminos. Deslipirea de retină precede cu mult înainte apariția glaucomului secundar

Anatomia patologică.

Tumora este localizată în majoritatea cazurilor la polul posterior unde se extinde apropierea papilei juxta-

papilar. Se întinde de obicei dela marginea papilei, până la ora-serrata. Până acum sunt cunoscute numai două cazuri, în care tumora a avut o localizare excepțională la polul anterior. Sunt cazurile lui *Schiess*, *Gemuseus* și *Nordenson*.

Angiomul cuprinde întreaga grosime a choroidei, sau este despărțit de scleră, prin lamele suprachoroidiene. Mărimea tumorei este variabilă. De obicei prezintă o lungime de 10—20 mm. și grosime de 1—3 mm. *Stoewer* și *Steffens* au văzut cazuri, în care tumora avea o grosime și 5—7 mm.

Poate uneori să se extindă considerabil asupra întregii choroide. De cele mai multe ori tumora are o formă de fus, disc sau cupă. Din punct de vedere istologic, este vorba de un angiom cavernos, constând din cavități neregulate, rotunde sau poligonale, pline cu sânge, mărginite printr'un părete subțire, conjunctiv, fie din teleangiectazii, constând din vase numeroase, mai mici și mai mari, cu pereți proprii.

Tumora, e acoperită întotdeauna de o capsulă fibroasă, groasă, care deseori prezintă și osificări. Din această cauză, angiomul nu prezintă culoarea angioamelor feții, ci o culoare albă-albastruie-verzuie.

Părerile despre formarea acoperișului tumoral, (a capsulei) sunt diferite.

Wagenmann, crede că e un proces independent de tumoră.

Fehr crede că este vorba de o inflamație preexistentă, lentă. Dl. Prof. *Michail* crede că placa osificată între angiom și retină, este produsul retinei. După alții, ar fi datorită unei proliferări anormale, a epiteliului pigmentar.

În afară de aceste modificări tipice, găsim întotdeauna o puternică proliferare chistică a retinei, deasupra tumorii și deasupra maculei

Cauză a acestor modificări secundare, a fost incriminat un proces inflamator, care ar fi provocat de angiom. *Salus* a arătat într'un caz al său, fără să fie vorba de un proces inflamatoriu, aceiași degenerare chistică a retinei. *Leher* împarte anomaliile chistice ale retinei, în mai multe forme :

I. Forma senilă,

II. Forma care se găsește în stările glaucomatoase și inflamatorii, în partea anterioară a globului ocular.

Această formă, prezintă subîmpărțiri :

a) O formă difuză, combinată cu deslipire de retină.

b) Tip macular, fără deslipire de retină, sau dacă o găsim atunci numai în regiunea anormală.

III. Forma retiniană, concrescută cu un sarcom choroïdian. Cauza acestor forme, după *Leber*, ar fi o stagnare de limfă cu cauze toxice. După *Balaban*, ar interveni și elemente osmotice. *Leber* însă neagă acest lucru.

Houwer și *Salus*, dărește modificările chistice ale retinei, unui curent de lichid care își modifică cursul dinspre spațiile sanguine, dilatate, ale angiomei, înspre retină.

Acțiunea toxică a acestui lichid, se face simțită pe tumoră, sau acolo unde retina e mai sensibilă, — pe maculă.

Elementele nervoase vor suferi, din care cauză, printr'un mecanism încă necunoscut, va lua naștere în acest loc o tumefiere chistică. Așa dar, pentru degenerarea maculei se admite vulnerabilitatea excesivă a acesteia. Mai e posibil, ca alterarea maculei să-și aibă originea, în stagnarea circulației retiniene, la care să contribuie și vasele choroïdiane.

Papilan e îngroșată și acoperită cu țesut conjunctiv și vase sanghine.

Deslipirea de retină se face numai la nivelul tumorii, sau poate fi totală.

După *Weber*, s'ar datorii unei transudații abundente, prin peretele subțire al cavernelor sanghine, care merge sub retină.

Retina deslipită, prezintă o atrofie a elementelor nervoase și în părțile opuse, o proliferație a țesutului glial.

Bergmeister a observat modificări ale vaselor ciliare scurte posterioare și ale vinelor vorticoase și anume: prezentau pro-liferări nodulare ale întimei, cu fascicole elastice neoformate în special în locurile de bifurcare, deasemenea, îngroșări ale mediei.

Aceste alterațiuni, sunt considerate compensatorii, în legătură cu modificările circulatorii provocate de angiom.

În cazuri mai vechi, s'a observat modificări și ale celorlalte membrane oculare, astfel irisul poate fi atrofiat, cu vase îngroșate, criptele corpului ciliar mărite, pline cu sânge, secluzii pupilare.

Defectul câmpului vizual, scotoamele în sector, ar fi datorite unei tulburări, a unei grupe de fibre nervoase în stratul intern al retinei, sau în nervul optic.

Fiindcă nu s'a găsit nimic în stratul intern al retinei, se crede că alterațiunile ar fi în nervul optic. Alterația ar fi datorită unei sângerări care a comprimat nervul optic și din această cauză capacitatea de conducere a vaselor care hrănesc nervul optic, a fost întreruptă.

Acest mecanism însă nu este sigur, deoarece s'a constatat că se produce acelaș defect de vedere și printr' un sarcom care ar crește în nervul optic.

Salus spune că a găsit într'un caz al său, o combinație de hemangiom cu limfangiom (elemente rășețe limfatice).

După Hower, această combinație se poate găsi numai în piele, în choroida neexistând vase limfatice. Explică acest caz printr'un ca asemănător al lui, în care cavernele angiomului erau pline cu un lichid bogat în substanțe albuminoide și deci dădeau iluzia unor vase limfatice.

Diagnostic diferențial.

Angiomul cavernos al choroidiei, a fost confundat aproape întotdeauna cu *sarcomul choroidal*. Deaceia aproape toți cercetătorii, au căutat să gesească cât mai multe semne de diferențiere, între cele două boli. Astfel, *Millock, Hower, Salus, Brons, Ginsberg*, au găsit o serie de puncte cari ar fi în favoarea diagnosticării unui angiom.

1. Culoarea tumorii e sură-gălbuie, sau albă-albăstruie, în angiom și brună în sarcom.

2. În Angiom, tumora are o localizare juxta-papilară și foarte rar în altă parte. Sarcomul poate evolua și el către papilă dar foarte adesea în altă parte.

3. Dilatarea vaselor și a venelor vorticoase în jurul papilei în caz de angiom, după unii, n'ar avea însemnătate atât de mare, fiindcă s'a observat și în sarcoamele choroidale o dilatare a vorticoaselor.

4. În caz de angiom, se vede aproape întotdeauna, lipsa proceselor inflamatorii, în jurul papilei.

5. Degenerescenta maculară ar avea o oarecare însemnătate în diferențiere.

6. Apariția nevilor pe față, sau pe cap, ar fi iar un semn important.

7. Scotoame sectoriforme, cari depășesc mărimea tumorii și nu corespund localizării.

8. Formarea angiomului în vârsta tânără.

9. Evoluția lungă a tumorii, fapt ce o diferențiază în afară de sarcom. de tuberculi și cisticerc.

În afară de aceste semne, în sarcom nu găsim degenerescență chistică a retinei, iar placa opacifiată din angiom lipsește la sarcom, din cauza creșterii rapide (după Fehr),

De *tuberculul solitar* se diferențiază pe baza debutului lent, staționar, prin lipsa fenomenelor inflamatori și a tuberculelor miliari vecini.

Diagnosticul diferențial cu cisticercul. Acesta din urmă, are marginile mai bine delimitate și o evoluție mai rapidă.

Prognosticul. Acestei afecțiuni nu este bun, prin faptul că duce întotdeauna la enucleație din cauza complicațiilor.

Terapia este expectativă. Observarea dezvoltării angiomului e îndreptățită, până când avem la îndemână mai multe puncte de sprijin, ca să se poată pune diagnosticul. În caz de vârsta mai înaintată, ne vom abține de la terapia expectativă, fiindcă și așa acești ochi duc la enucleație, din cauza orbirei dureroase.

Perussia și *Felice* recomandă la copii, *curie-terapia*, metodă inofensivă în doze mici fracționate, dând rezultate excelente.

Radio-sensibilitatea, e cu atât mai mare, cu cât copilul este mai tânăr și tumora mai mică. Vindecarea clinică este imediată.

Diagnosticul precoce a avantajos pentru bolnav. căci în caz de angiom nu facem așa repede enucleația.

OBSERVAȚIUNI.

În clinica oftalmologică din Cluj, în decurs de 18 ani, n'au fost decât două cazuri de angioame choroidiene, diagnosticate după enucleație. Cazul întâi a fost descris în anul 1912 de *DI. Prof. Micăhil* și a prezentat formațiunea osoasă, caracteristică acestei tumori. Al doilea caz, a fost descris de *Dșra Dr. Rusu*, în 1937, și n'a prezentat formațiunile osoase. Niciunul din cele două cazuri n'a fost întovărășit de nevi ai feței. De observat că un caz apărut în vârsta adultă și altul la bătrânețe.

OBSERVAȚIA I.

Mora Ioan, de 64 ani, muncitor.

Intră în Clinica Oftalmologică în ziua de 15 II. 1922, cu diagnosticul de *irido-ciclită*, cu *sinechii posterioare* și *glaucom secundar* O. S. Boala datează de o săptămână, cu dureri mari ale globului ocular stâng.

La examenul ocular, se constată un edem congestiv al pleoapei, chemosis și sinechii iriene posterioare, din care cauza fundul ochiului este neluminabil.

Acuitatea vizuală. = 0.

Tensiunea oculară = 31 mm.

Se face de către *DI. Prof. Michail* în mod antiflogistic, o *paracenteză* a camerei anterioare. Fiindcă tensiunea nu a scăzut, s'a mai făcut încă o paracenteză, apoi *ciclodializa lui Heine*,

Accidentele glaucomatoase accentuându-se, și durerile devenind insuportabile, s'a bănuit existența unei tumori intraoculare, astfel că s'a făcut enucleația globului ocular stâng.

Examenul anatomo-patologic.

La fundul ochiului, în partea infero-temporală și la 2.

mm. de papilă s'a găsit o tumoră aplatizată cu aspect fuziform de 7 mm. diametru și 1 mm. grosime.

Istologic, la polul posterior, vasele choroidiene erau foarte turgescențe, iar la un moment dat parenchimul choroidian era înlocuit printr'o neoformație vasculară, fuziformă alcătuită din lacune sanghine mari, de diverse forme și mărimi.

Cele mai mari lacune erau așezate la periferia tumorii, unde primeau afluența vaselor ciliare posterioare.

Lacunele erau delimitate de pereți endoteliali, între care se găsea un țesut interstițial, puțin abundent, compus din elemente fibrilare, rari celule cu nuclei fuziformi, limfocite, cromatofore retiniene și pigment hematic.

Tumora era bine delimitată atât de restul choroidei, cât și de sclerotică, de care o separa o bandă pigmentară suprachoroidiană. De rețină tumora era delimitată tot printr'o bandă cu aspect fibroid cu nuclei fusiformi.

În mijlocul acestei bande, fibroide, în centul tumorii, se observa o lamă osoasă. Lama vitroasă a choroidei, tapeta fața anterioară a tumorii, iar la nivelul formațiunii osoase, trecea pe sub periferia acesteia.

În punctul cel mai proeminent al tumorii, cavernele sanghine choroidiene trimiteau printr'o crăpătură alamei osoase prelungiri, neregulate, în straturile externe ale choroidei.

Retina era deslipită total, în forma de pâlnie, printr'un exudat albuminos. În cele două treimi anterioare, prezenta o atrofie cu numeroase formațiuni chistice.

Deasemenea s'a observat o proliferare puternică, a țesutului glial.

În celelalte membrane oculare, s'au găsit alterațiuni datorită fenomenelor glaucomatoase.

OBSERVAȚIA II.

Solomon Nathan 48 ani, comerciant.

Întră în clinica Oftalmologică în ziua de 12. III. 1937 cu diagnosticul de *glaucom cronic hemoragic la ochiul drept*.

Examenul ocular. Conjunctiva palpebrală, injectată moderat. Congestie pericheratică foarte accentuată, cu tendință la chemozis.

Camera anterioară dispărută. Irisul decolorat cu desenul șters și hemoragii numeroase pe fața sa anterioară. Pupila cu reflex verzui.

Acuitatea vizuală ochiul drept = 0.

Tensiunea oculară luată digital, era foarte ridicată. Nu s'a putut lua tonometric, din cauza agitației bolnavului.

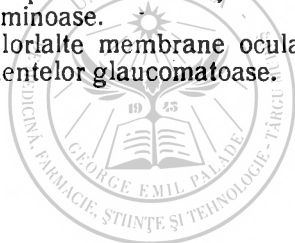
Din cauza durerilor, oculare și cefaleei insuportabile, se pune indicațiunea enucleației de urgență, ce se iace la o oră după primirea bolnavului în clinică.

La examenul istologic, al globului ocular, s'a constatat la polul posterior în imediata vecinătate a papilei, în choroidă, o tumoră vasculară, turtită, fusiformă. alcătuită din lacune sanghine, de diferite mărimi, pline cu sânge. Lacunele sanghine erau delimitate de pereți endoteliali, între cari s'a găsit un țesut conjunctival puțin abundent, cu câteva celule polinucleare.

La suprafață. tumora era delimitată de o ușoară îngroșare capsulară.

Tumora cuprindea toată grosimea choroidei. Retina deslipită pe mare întindere, printr'un exudat albuminos abundent, prezenta proliferări ale țesutului glial și formațiuni chistice voluminoase.

Din partea celorlalte membrane oculare s'a găsit alterațiuni tipice accidentelor glaucomatoase.



CONCLUZII.

1. Angiomul cavernos al choroidei este o boală foarte rară, datorită faptului că nu a fost diagnosticată aproape niciodată, oftalmoscopic.

2. Este o boală congenitală, caracterizată prin apariția la vârstă tânără, însoțită de nevi și teleangiectazii pe pielea feței și a capului.

3. Patogenia nu e sigură. Se crede că s'ar desvolta pe baza unui element histo-mechanic.

4. Debutul bolii nu se cunoaște, deoarece bolnavii nu prezintă simptome evidente, de cât în faza complicațiilor.

5. Punct de sprijin, pentru punerea diagnosticului oftalmoscopic, ar fi culoarea caracteristică a tumorii, alb-albăstruiie și deslipirea de retină. Subiectiv, un simptom important, este scotomul în sector superior.

6. Această tumoră dă fenomene inflamatorii și degenerative ale celorlalte membrane oculare, iris, chorooidă, retină, precum și fenomene de glaucom secundar.

7. Caracterele istologice principale ale angiomului, după majoritatea autorilor sunt: localizarea juxta-papilară, capsula osousă care-l acoperă și care dă culoarea caracteristică, proliferarea chistică a retinei și degenerescența maculară.

8. Angiomul cavernos al choroidei, se confundă foarte des cu sarcomul choroidian, din care cauză s'au stabilit o serie de puncte de diferențiere, între aceste două boli.

9. Prognosticul acestei afecțiuni e rău, prin faptul că duce întotdeauna la enucleație, din cauza orbirei dureoase.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății
ss. Prof. Dr. I. Drăgoiu

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



BIBLIOGRAFIE.

1. BRONS: Angiome caverneux de la choroïde. *Archive d'Ophtalmologie* T. LXIV. p. 75—937. *Klinische Monatsblätter* p. 43—51/1936.
2. HENDERSON ERSKINE: Angiome caverneux de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 59/1921. *The british Journal of Ophtalmology* 1920—No. 71.
3. HILL et DART: Hemangiome de la choroïde. *Archive d'Ophtalmologie* p. 273/1937.
4. KAWAKANI: Angiome caverneux de la choroïde. *Archive d'Ophtalmologie* p. 849/1937.
5. KERN: Hemangiome de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 72/1936. *Zeitschrift für Augenheilkunde* V. LXXIX/1933 p. 21.
6. LINDENMAIER: L'angiome de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 498/1936. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* 1932 V. LXXXVIII. p. 339—344.
7. MICHAÏL D.: Contribuțiuni la studiul angiomului cavernos al choroidei. 1922 *Clujul Medical* Nr. 11—12. XX.
8. MORAX V.: Angiome caverneux de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 537/1930. *Annales d'oculistique* p. 945/1930.
9. MÜLOCK HOUWER: Au sujet du diagnostic clinique de l'angiome de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 761/1936. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* 1933 V. XC. p. 59—61.
10. MÜLOCK HOUWER: Angiome caverneux de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 460/1928. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* T. 75/1925 p. 657.
11. SCHICK: Bruckner. *Kurzes Handbuch* Vol. V. AP. *Afecțiunile uveii*.
12. SCHIESS—GEMUSEUS: Cavernöses Angiom des Choroidea *Grefle's Archiv* Bd. XXXI/1885.
13. SENT et LYON: Angiome de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 968/1927.
14. SIGMOND GINSBERG: Hoenke Lubarsch—Anat—*Patol. Aug.* I. p. 589.
15. VEIL: Angiome de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 537/1933.
16. VON HIPPEL: Du sujet de l'angiome de la choroïde. *Annales d'oculistique* p. 635/1934. *Grefle's Archive für Oftalmologie* T. 127/1931 p. 46.