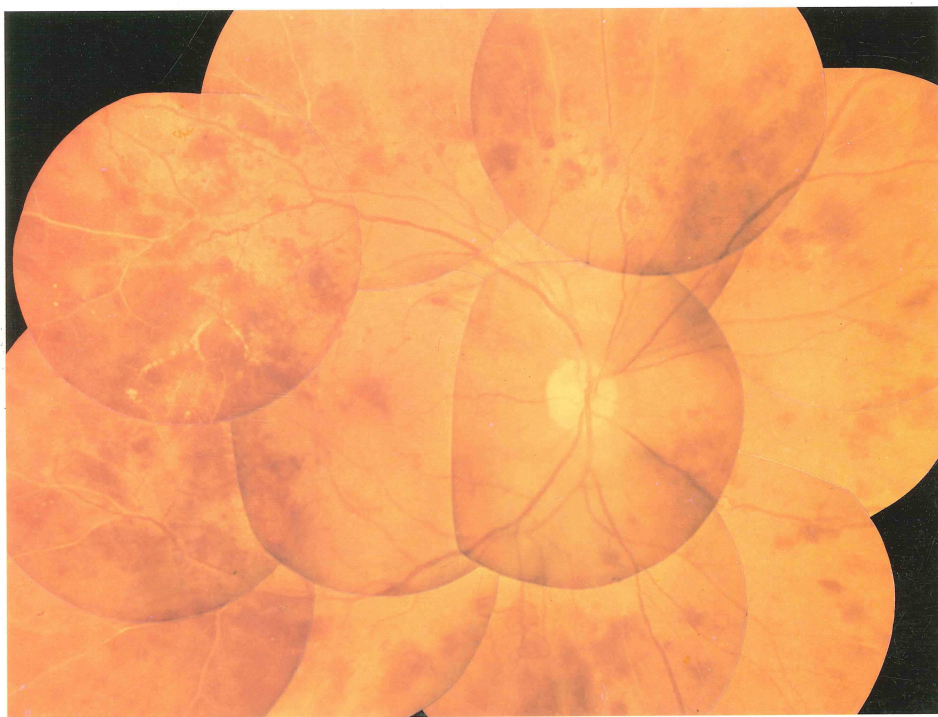


H. Sautter/W. Straub/R. Turss/H. Rossmann

Atlante del Fondo Oculare

presentazione di
RENATO FREZZOTTI

edizione italiana a cura di
E. MOTOLESE - B. D'ANIELLO



TITOLO ORIGINALE DELL'OPERA

ATLAS OF THE OCULAR FUNDUS

© 1984 by Urban & Schwarzenberg, Baltimore-Munich.

EDIZIONE ITALIANA

ATLANTE DEL FONDO OCULARE

© 1985 by Antonio Delfino Editore, Roma.

Proprietà letteraria ed artistica riservata.

Presentazione della Edizione italiana

Presentare un'Opera come il "Fotographierte Augenhintergrund" di Sautter, Straub, Turss e Rossmann, "Atlas of the Ocular Fundus" nella traduzione inglese di Blodi, già giunto alla 3° edizione, è culturalmente un piacere e un privilegio.

La splendida qualità delle 523 immagini, merito degli Autori e dell'Editore, è la controparte iconografica ed estetica della notevole validità non solo del contenuto dell'Opera, ma già dell'idea di dare rinnovata e rilevante considerazione, negli anni 80, alla Oftalmoscopia, tecnica semeiologica che, pur comparsa ben 132 anni fa, rimane ancora una delle irrinunciabili basi della metodologia di osservazione dell'occhio.

Significativo mi sembra infatti questo proposito, che proviene dalla grande tradizione oftalmologica tedesca, di produrre un magnifico Atlante di immagini oftalmoscopiche, quasi a ricordare — e forse ce n'è bisogno — che la Oftalmoscopia, la quale segnò nel lontano 1852 l'inizio della moderna Oftalmologia, rimane tutt'ora un esame che può essere integrato, ma non sostituito, da più recenti e più sofisticate tecniche pur di rilevante capacità informativa. Quasi a ricordare inoltre il culto e la minuziosa pratica dei quali veniva fatta oggetto la Oftalmoscopia dagli Oftalmologi delle precedenti generazioni, i quali traevano dalla consumata maestria nel possesso della tecnica

oftalmoscopica quello sforzo verso il limite del conoscibile che oggi dirigiamo o rivolgiamo, talvolta con tentazioni di delega, verso altri dispositivi semeiologici.

Felice è certamente la scelta delle aree di casistica presentata, così da rendere l'Atlante interessante sia ai Cultori della disciplina, come agli Internisti, Neurologi, Neurochirurghi, con l'inclusione inoltre di patologia esotica che può divenire non più tale per la facilità odierna degli scambi e dei contatti.

È quindi utile e meritevole la iniziativa dell'Editore Delfino di offrire una edizione italiana, curata con attenzione dal Dott. Edoardo Motolese, ricercatore presso l'Istituto da me diretto e mio stretto collaboratore, il quale, da appassionato cultore di problemi di immagini semeiologiche sofisticatamente mediate, ha sentito certo qui la rilevanza affascinante della esperienza visiva immediata circa la fine morfologia del fondo oculare.

Se tale è il pregio di questo magnifico Atlante, esso sarà prezioso per i giovani Oculisti, gratificante per i meno giovani e molto utile per tutti.

Renato Frezzotti

Istituto di Scienze Oftalmologiche
della Università di Siena

Introduzione

L'oftalmoscopia è un'esperienza visiva e pertanto l'Atlante rappresenta una forma eccellente per riprodurre questa esperienza ed è per questo che i medici più sensibili saranno ripetutamente affascinati dal miracolo di poter osservare il fondo dell'occhio umano con l'aiuto dell'oftalmoscopio, inventato 132 anni fa da Hermann v. Helmholtz. Esso spesso può essere utile per paragonare criticamente una data osservazione con reperti noti o caratteristici al fine di riconoscere e catalogare una devianza patologica.

È nostra intenzione non solo presentare illustrazioni interessanti agli oculisti, ma anche far conoscere ai medici di famiglia ed agli internisti le alterazioni del fondo oculare in corso di malattie sistemiche (soprattutto del sistema cardio-vascolare). Noi cerchiamo anche di evidenziare l'importante ruolo dell'oftalmoscopia per la diagnosi ed il decorso delle malattie neurologiche e neurochirurgiche. Noi speriamo pertanto che questo libro sia di valido interesse per una vasta gamma di specialisti.

Da un punto di vista clinico sarebbe spesso auspicabile distinguere le malattie della retina da quelle della coroide. Comunque, l'esperienza ci insegna che ciò non sempre è possibile perché molte situazioni patologiche interessano entrambi i tessuti. Allo stesso modo una netta distinzione fra alterazioni vascolari, infiammatorie e degenerative è spesso impossibile e talvolta illogica. Recenti progressi nel campo dell'anatomia patologica avvalorano questa supposizione.

Un atlante non può di certo sostituire un libro di testo. Ad ogni modo nella descrizione di alcune forme, noi abbiamo discusso il caso specifico se ciò poteva essere utile per capire meglio il processo della malattia. Abbiamo aggiunto fluorangiogrammi per integrare i reperti oftalmoscopici laddove ritenevamo fossero indicati e laddove ci aiutavano ad evidenziare i reperti tipici di una malattia.

Abbiamo ritenuto opportuno aggiungere un capitolo sulle alterazioni del fondo oculare nell'oncocerosi osservata in Africa ed in altri paesi tropicali. Con le attuali abitudini di viaggiare attraverso il mondo intero, queste scoperte possono essere di importanza pratica. Noi gradiremmo ringraziare il Dr. Trojan di Marburgo per averci fornito queste foto.

Noi vorremmo ringraziare il sig. Michael Urban che ha permesso che la casa editrice "Urban e Schwarzenberg" garantisse la pubblicazione di questo libro che raccoglie il meglio della collezione di due grossi istituti clinici. Noi siamo soprattutto grati al dott. Richard Degkwitz per la sua consulenza ed il suo personale apporto così come per il suo aiuto ed interesse per la produzione di questo libro. Gli Autori desiderano anche ringraziare il dott. Edoardo Motolese ed il dott. Bruno D'Aniello dell'Istituto Policattedra di Scienze Oftalmologiche dell'Università degli Studi di Siena che hanno curato la traduzione in italiano.

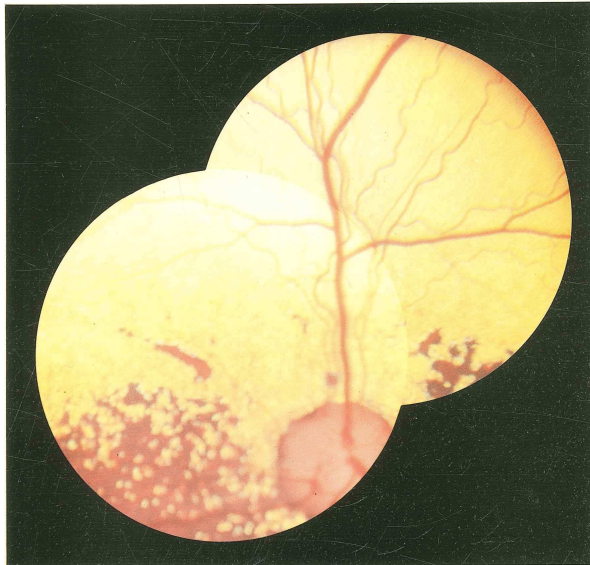
Gli Autori



1

Figura 1 - Fondo di un coniglio albino.

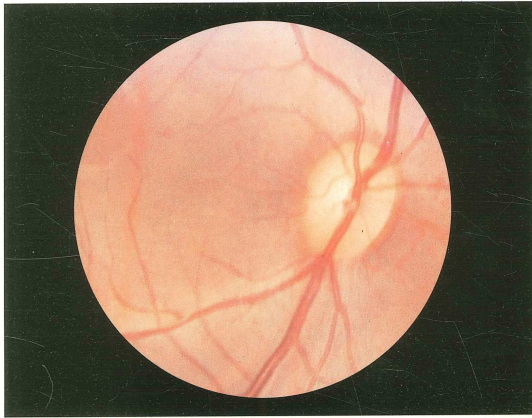
Le fibre nervose mieliniche si prolungano ad ala nasalmente e temporalmente sul meridiano orizzontale. Alcuni rami vasali decorrono su di esse. In un animale albino le fibre nervose mieliniche contrastano scarsamente con lo sfondo chiaro. Tra i vasi coroideali riccamente anastomizzati, distinguiamo spazi chiari intervasali poveri di pigmento.



8

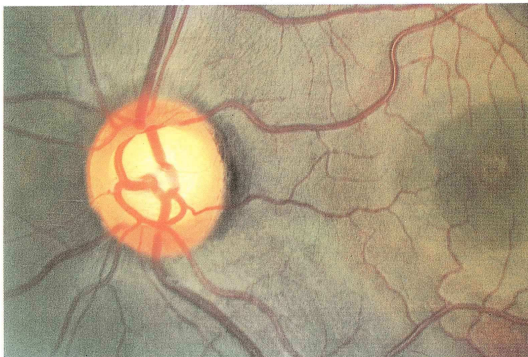
Figura 8 - Fondo di un cane adulto (Spitz).

Il tapetum lucidum appare come un'ampia zona che si riflette tutt'intorno ed al di sopra della papilla ottica. L'area mostra occasionalmente riflessi colorati ed è separata dal resto del fondo da un margine profondamente pigmentato. Curioso è che la papilla ottica appare violacea e che l'albero vasale venga a costituire quasi una figura ad angolo retto.



7

Figura 7 - Fondo di una scimmia rhesus (animale di 6 mesi).
 La papilla ottica e la distribuzione dei vasi corrispondono in senso stretto a quelli dell'occhio umano. Il fondo di questo giovane animale presenta numerosi riflessi e la macula e la fovea sono in contrasto più scuro.



15

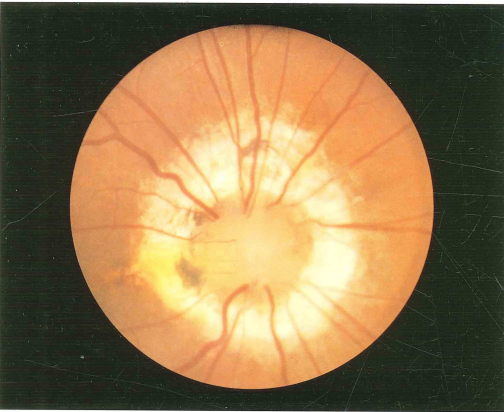
Figura 15 - Evidente escavazione fisiologica della testa del nervo ottico, fondo di un negro africano, occhio sinistro. Il fondo è uniformemente pigmentato. I vasi coroideali pertanto non si osservano. Vi è una profonda escavazione temporale che raggiunge quasi il margine della papilla ottica. I vasi centrali della retina sono disposti nasalmente e vi è una chiara curvatura delle arterie e delle vene al bordo dell'escavazione. Sulla base di questo aspetto un glaucoma fu ripetutamente sospettato ma mai provato.



16

Figura 16 - Albinismo parziale, occhio sinistro. Abbastanza evidente è la mancanza di pigmento nel fondo. Ciò si verifica anche quando l'albinismo è incompleto. Gli spazi coroideali intervasali sono chiari. La sclera sottostante può essere osservata come uno sfondo giallastro e contrasta con le numerose ramificazioni vasali della corioide. È interessante osservare in questo caso la presenza di un sottile anello di pigmento temporale sulla papilla ottica. Questa è una prova che l'albinismo era incompleto.

Figura 17 - Albinismo completo. Bambino di 2 anni. La madre aveva una pigmentazione normale.



40

Figura 40 - Coloboma del nervo ottico, occhio destro, bambina di 10 anni.

Cinque anni prima era stata evidenziata un'esotropia nell'occhio destro. Il visus in quell'occhio era di 1/20.

Quasi tutti i vasi retinici entrano od escono al di sopra dei margini della papilla ottica. Vi è un'irregolare retrazione circumpapillare corioideale con alcuni ammassi pigmentari. L'altro occhio era normale.



55

Figura 55 - Tortuosità congenita dei vasi retinici, occhio destro. Questo paziente presentava un'ambliopia da strabismo nell'occhio destro che era dovuta probabilmente ad un coloboma incompleto del nervo ottico. Vi è un aumento della tortuosità dei vasi retinici, soprattutto delle vene. Il paziente era per il resto normale ed il suo occhio sinistro non presentava alcuna alterazione patologica.

Figura 56 - Escavazione glaucomatosa iniziale, occhio sinistro, bambino di 6 anni.

Molti autori sostengono che l'escavazione glaucomatosa della testa del nervo ottico sia dovuta ad un' ischemia cronica che interessa dapprima i capillari sul davanti della lamina cribrosa, oppure il sistema capillare radiale peri-papillare. Alcuni studiosi ad ogni modo sono del parere che l'aumentata pressione intraoculare potrebbe interessare dapprima il trasporto assoplasmico in corrispondenza della papilla ottica.

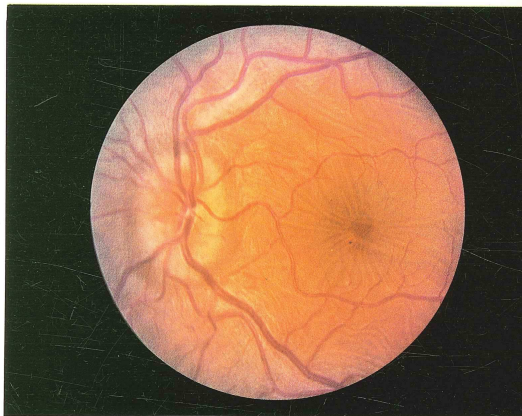
Una tale escavazione aumenta lentamente in profondità ed in ampiezza fino a raggiungere il margine della papilla ottica. L'albero vasale è spostato nasalmente. Questo stadio è rappresentato in questo fondo. L'escavazione raggiunge quasi il margine al lato temporale. Come reperto accidentale osserviamo un vaso ottico-ciliare. Il paziente presentava un bulbo oculare lievemente allargato (diametro corneale 12,5 mm.), la pressione intraoculare era di circa 30 mmHg., il visus era buono, vi era un lieve aumento della macchia cieca).



56

Figura 63 - Edema della papilla ottica dovuto a diminuita pressione intraoculare, occhio sinistro.

Questo individuo di 28 anni con glaucoma cronico era stato operato perché la terapia medica era inefficace. Dopo l'intervento vi fu un periodo transitorio di notevole ipotonia che aveva determinato uno squilibrio tra la pressione del liquido cerebro-spinale all'interno della guaina del nervo ottico e la pressione intraoculare. Ciò portò al quadro di un grave edema della papilla ottica con pieghe evidenti. Quando la pressione oculare ritornò normale, la testa del nervo ottico, che aveva riacquisito margini netti, divenne piana ed i vasi retinici si decongestionarono (si paragoni con la fig. 516).



63

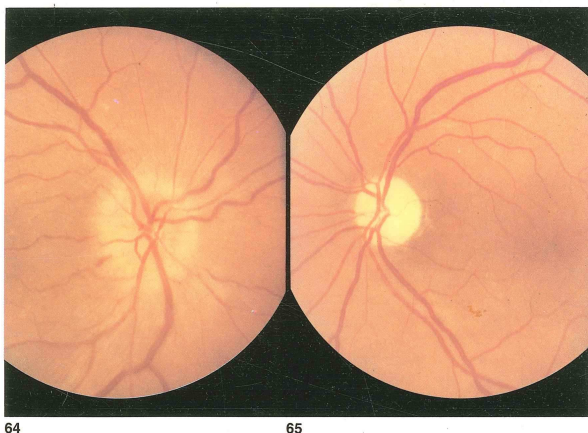
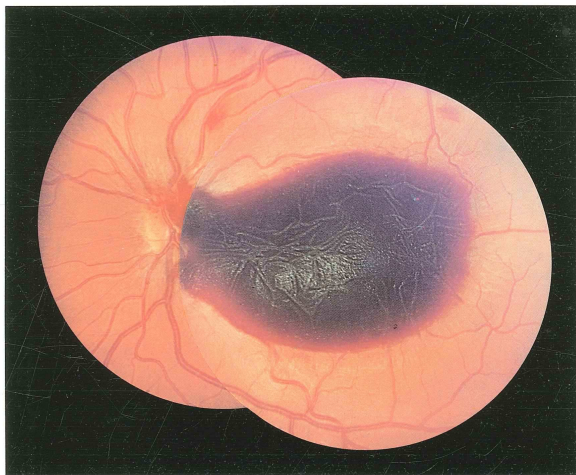


Figure 64 e 65 - Sindrome di Foster-Kennedy (edema della papilla ottica in un occhio ed atrofia ottica semplice nell'altro), occhi destro e sinistro dello stesso paziente.

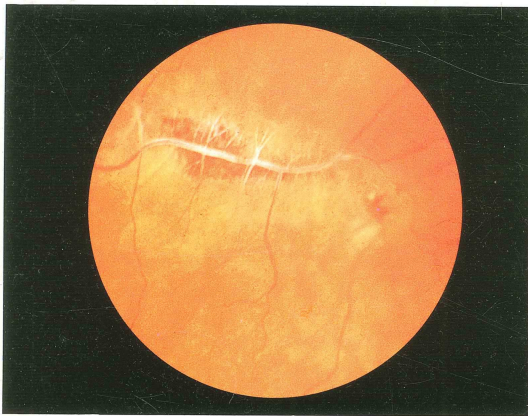
La causa dell'edema della papilla ottica è nel 75% dei casi una neof ormazione intracranica. L'incidenza e la gravità dell'edema della papilla dipendono strettamente dalla sede del tumore. I tumori che interessano l'acquedotto di Silvio, i forami di LUSCHKAE e MAGENDI condurranno presto ad un edema della papilla, mentre altre lesioni intracraniche riprodurranno questo quadro oftalmoscopico soltanto quando avranno raggiunto una certa grandezza. I tumori della fossa anteriore, specialmente del lobo frontale possono talvolta per compressione diretta produrre un' atrofia ottica semplice dal lato del tumore cerebrale. Un edema della papilla ottica si svilupperà nell'altro occhio a causa di disturbi di circolo del liquido cerebrospinale. Questo paziente aveva notato disturbi visivi due settimane prima. Il visus era di 1/20 nell'occhio destro e di 5/10 nel sinistro. La papilla ottica di destra (fig. 64) presenta margini sfumati ed è leggermente sollevata. Una piccola emorragia a fiamma si osserva ad ore 7 del bordo della papilla ottica. L'occhio sinistro (fig. 65) mostra un'atrofia ottica con pallore della papilla ottica, piana ben delimitata.



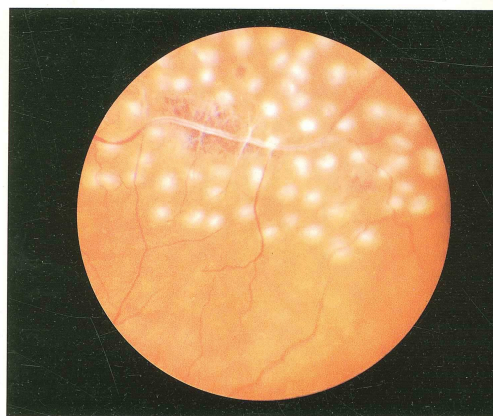
127

Figure 127 e 128 - Emorragia preretinica, occhio sinistro, ragazzo di 20 anni.

Intensa emorragia preretinica scura, ovale che si estende temporalmente alla p.o. ricoprendo l'intero polo posteriore. Alcune piccole emorragie a fiamma sono situate in alto temporalmente alla p.o. La superficie emorragica si presenta increspata tipo cellophane. Ciò può essere dovuto alla ialoide posteriore oppure alla membrana limitante interna. Dopo un violento attacco di tosse quattro giorni prima, il paziente aveva notato un'ombra con l'occhio sinistro. Il visus era ridotto a percezione luce con proiezioni normali. Non vi era nulla dal lato clinico. Lo stesso fondo della fig. 127, tre mesi dopo. Completo assorbimento dell'emorragia; soltanto poche opacità vitreali preretiniche sottili sono ancora presenti. Il visus è ora 5/10.



363



364

Figura 363 e 364. Degenerazione equatoriale prima e dopo trattamento laser, donna di 65 anni.

Se la degenerazione a lattice si presenta in un occhio soltanto o nel controlaterale di un occhio con distacco retinico, in un afachico o in un paziente con tendenza familiare al distacco, è forse utile applicare una laser coagulazione a scopo profilattico. In questo occhio è interessato il quadrante infero-temporale. Sorprendente è qui la direzione radiale della degenerazione che segue un grosso vaso. Non appena l'altro occhio era divenuto cieco a causa di un distacco di retina, la zona di degenerazione fu circondata da diversi spots di laser coagulazione (Fig. 364). La figura mostra le modificazioni subito dopo il trattamento. Le zone trattate presentano contorni sfumati e si riuniscono circondando la zona di degenerazione a lattice.



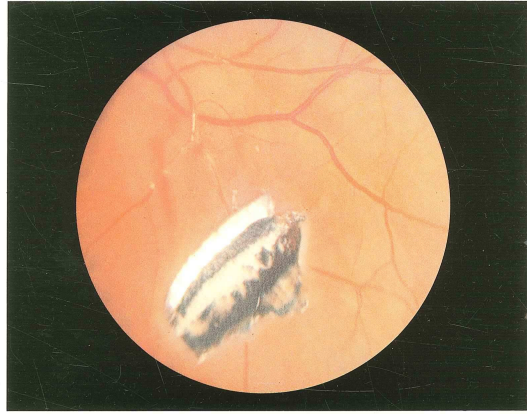
482

Figura 482 - Grave trauma perforante, occhio sinistro, bambino di 9 anni.

Il bambino si era ferito con un pezzo di ferro. Il bulbo era completamente aperto e la cornea quasi del tutto avulsa. Il cristallino e l'iride erano assenti. Vi era una grossa perdita di vitreo. Noi vediamo la papilla ottica, ma la retina è quasi completamente distaccata. Dopo l'intervento chirurgico il visus era di percezione luce.

Figura 507 - Corpo estraneo d'acciaio, preretinico, occhio sinistro, bambino di 8 anni.

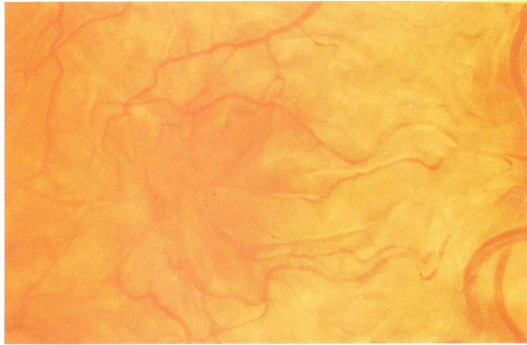
Il bambino si era ferito l'occhio mentre martellava del metallo. Il corpo estraneo lucente nettamente delimitato è situato sul davanti della retina e si muove all'interno del vitreo con i movimenti dell'occhio. Un'arteria retinica dietro al corpo estraneo si presenta ispessita e con depositi biancastri. Il corpo estraneo fu estratto con calamita elettromagnetica senza complicazioni.



507

Figura 516 - Ipotonia acuta, occhio destro.

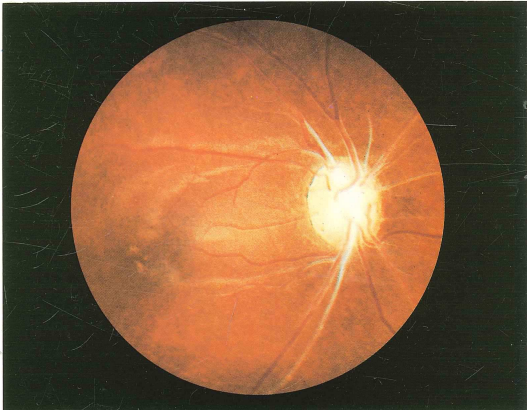
Tipico per l'ipotonìa acuta è l'edema della papilla ottica (si paragoni con la fig. 63). Possiamo anche osservare pieghe retiniche le quali possono essere riconosciute dall'aumentata tortuosità dei vasi retinici. L'ipotonìa è qui secondaria ad un intervento fistolizzante. Alcuni mesi dopo, l'apertura chirurgica da trapano fu rinchiusa impiegando una lamella corneale. Ciò normalizzò la pressione intraoculare e le alterazioni del fondo regredirono lentamente.



516

Figura 523 - Quadro di oncocercosi con aspetto di retinite puntata albescente, occhio destro.

Numerosi noduli pallidi di varia dimensione, soprattutto temporalmente alla macula. La fluorangiografia non evidenziava alterazioni dell'epitelio pigmentato. Tale quadro è stato osservato in giovani pazienti nel corso di un'infestazione da oncocercosi e non ha subito cambiamenti.



522

INDICE ANALITICO

(Tutti i numeri si riferiscono a quelli delle illustrazioni)

A

Albinismo completo 17,18
Albinismo parziale 16,17,18
Alterazioni pigmentarie a "sale e pepe" 265
Alterazioni vascolari ipertensive 147-157
Ambliopia, ingresso obliquo del nervo ottico 19
Anastomosi artero-venosa 53
Anastomosi vascolare 151
Aneurismi miliari (Leber) 452, 453, 392
Angiomatosi retinica (malattia di VON HIPPEL) 444-447
Anomalo decorso di un ramo venoso 52
Arruga, intervento di 390
Arteria cilio-retinica 50-51
Arteriopatia di Kyrieleis 141-144
Astigmatismo, ingresso obliquo del nervo ottico 19
Atrofia coroideale a ghirlanda 257
Atrofia del nervo ottico 73-85
Atrofia girata 270
Atrofia glaucomatosa della papilla ottica 59
Atrofia ottica dopo papilledema 66-67
Atrofia retinica in ipermiopia 358
Avulsione del nervo ottico a seguito di contusione 499-502

B

Briglie vitreali 514

C

Carcinoma delle gengive 431-433
Cerchiaggio sclerale 379, 390, 392
Clorochina (Retinopatia da) 461-462
Coloboma della coroide 42-46
Coloboma dell'iride 44-46
Coloboma della macula 49
Coloboma del nervo ottico 31, 40, 41
Cono miopico 351, 354
Corioretinite acuta a focolai multipli 315
Corioretinite centrale congenita 305-309
Corioretinite centrale emorragica 310-312
Corioretinite da toxoplasmosi 307-309
Corioretinite diffusa 338, 342
Corioretinite disseminata 339-341
"Corioretinite geografica" 304
Corioretinite in oncocercosi 517
Corioretinite in sifilide congenita 343, 344
Corioretinite iuxtapapillare (Jensen) 329-335
Corioretinite metastatica 313, 314
Corioretinite paracentrale 336
Corioretinopatia arteriosclerotica 158-162-181
Corioretinopatia arteriosclerotica, forma essudativa 177-194
Coroidemia 272-274
Corpi estranei 506-513
Corpi estranei intraoculari 509-513
Corpi estranei vitreali 509
Corpo estraneo metallico (acciaio) 507, 508
Corpo estraneo metallico pre-retinico 506

D

Decorso anomalo di un ramo venoso 52
Degenerazione a lattice 361, 363, 364
Degenerazione corioretinica elicoidale 345-348
Degenerazione equatoriale 361-364
Degenerazione maculare in caso di strie angioidi 222-225
Degenerazione tapeto-retinica 246, 267
Degenerazione tapeto-retinica pigmentosa tipica 255, 256, 260, 267
DDepigmentazioni puntiformi 401
Diabete dopo recente foto-coagulazione 285-289
Diabete dopo trattamento laser 290, 291
Disco ottico ovale, verticale 32, 33
Discromatopsia 198-201
Dislocazione della membrana di Bruch 219-221
Distacco da trazione diabetico 294
Distacco dell'epitelio pigmentato retinico 197
Distacco retinico 373-394
Distacco retinico falciforme 32, 33
Distacco retinico in occhio afachico 379
Distacco retinico, intervento 394
Distacco retinico, traumatico 386
Distacco retinico vecchio 381-387
Distrofia maculare giovanile 234-245
Distrofia maculare vitelliforme 227-233
Drusen della testa del nervo ottico 24-26

E

Edema di Berlin 483
Edema maculare cistoide diabetico 295-298
Effetto dei vasodilatatori sul fondo oculare 3, 4
Emangioma della coroide 438-439
Emeralopia (Lauber) 246, 247
Emofilia 479
Emorragia in caso di retinopatia di Purtscher 495-498
Emorragia post-traumatica 486, 487
Emorragia pre-retinica 125-128, 357, 358
Emorragia pre-retinica (emofilia) 479
Emorragie dopo trauma improvviso 486, 487
Emorragie in caso di plasmocitoma 474, 475
Emorragie in caso di rottura coroideale 488-491
Emorragie in caso di trombocitopenia 478
Emorragie post-contusive 483-487
Epiteliopatia pigmentosa 400-402
Escavazione fisiologica della testa del nervo ottico 14-15
Escavazione glaucomatosa della papilla ottica 58

F

Fibre nervose mielinizzate 22, 23
Fibroplasia retrolentale 36-38
Fibrosi pre-retinica 395
Fondo, alterazioni familiari 268, 269

Fondo biondo 11
Fondo con illuminazione rosso-privata 13
Fondo di cane 8
Fondo di ipertensione renale 152, 153
Fondo di una scimmia 7
Fondo di un bambino 12
Fondo di un caucasiano 9
Fondo di un coniglio albinotico 1
Fondo di un coniglio dopo iniezione di mezzo di contrasto 5
Fondo di un coniglio, effetto dei vasodilatatori 3, 4
Fondo di un coniglio pigmentato di scuro 2
Fondo di un indonesiano 10
Fondo di un negro africano 15
Fondo flavimaculato 239-242, 246, 247
Fondo in alcuni animali da esperimento 1-8
Fondo in base all'età 10, 12
Fondo umano normale 9-15
Foro maculare lamellare arteriosclerotico 195, 196
Foro maculare traumatico 493, 494
Foro retinico 368-370
Fossetta della testa del nervo ottico 39

G

Grave trauma perforante 482

I

Idiozia amaurotica 463
Illuminazione rosso-privata 13
Infestazione da *Toxocara Canis* 318-319
Infiltrati vitreali pre-retinici da moniliasi 320-323
Ingresso obliquo del nervo ottico 19
Intervento di cerchiaggio sclerale (Arruga) 390-392
Ipercolesterolemia 467, 468
Iperlipoproteinemia 469, 470
Ipermetropia, pseudopapillite 20, 21
Iperornitinemia 272
Ipertensione cardiovascolare 88, 110, 147, 157
Ipertensione renale, fondo 152, 153
Ipotonia acuta dell'occhio 516
Ispessimento venoso 454-456

L

Leucemia (retinopatia emorragica) 480, 481

M

Macchia rosso-ciliegia 88-91, 238, 463
Macchie di Fuchs 358
Macroglobulinemia di Waldeström 476, 477
Malattia da inclusi citomegalici 473
Malattia di Bourneville 441
Malattia di Coats 454-460
Malattia di Hodgkin 464-466
Malattia di Stargardt 239-240
Malattia di Tay-Sachs 463
Malattia di von Hippel 444-447
Melanoma 374
Melanoma corioideale 408-426

Membrana epipapillare 27-29
Metamorfopsia 198-201
Metastasi corioideali 428-433
Miopia 351-360
Miopia elevata 258, 270
Miopia, ingresso obliquo del nervo ottico 19
Moniliasi sistemica 320-328
Moniliasi sistemica con focolai metastatici 324
Morning Glory 383-385

N

Neurite ottica 68-76
Neurite ottica e papilledema (Differenziazione) 60, 61-69
Neurofibromatosi (Recklinghausen) 440
Nevi 398-407
Nevo corioideale 404-407

O

Occhio amaurotico di gatto (Retinoblastoma) 436
Occlusione dell'arteria centrale retinica 88-99
Occlusione della vena centrale retinica 104-109
Occlusione del ramo arterioso supero-temporale 101, 102
Occlusione di arteria cilio-retinica 100
Occlusione di un ramo arterioso 103
Occlusione incompleta dell'arteria retinica centrale 104, 105
Oncocercosi africana 517-523
Oncocercosi atrofia ottica 518
Oncocercosi corioritinitica 517
Oncocercosi pseudoretinite pigmentosa 519
Orbitopatia di Graves 435

P

Papilledema 60-67
Perforazione 515
Periarterite 141-146
Periarterite nodosa 146
Periflebite retinica 129-140
Periflebite retinica, retinopatia proliferativa 138
Persistenza dell'arteria ialoide 30
Piega retinica 32, 33
Pieghie retiniche 384, 385, 393, 434, 435
Pigmentazione a tipo "sale e pepe" 426
Plasmocitoma 474, 475
"Pseudo papilla-ottica" 193
Pseudopapillite in ipermetropia 20, 21
"Pseudoretinite pigmentosa" 267
Pseudoretinite pigmentosa in un caso di oncocercosi 519

R

Retina ripiegata 381-389
Retinite a settore 262, 263
Retinite con miopia elevata 258, 259
Retinite con segni di uveite posteriore 262
Retinite di Coats 191, 192
Retinite dopo una dubbia infezione virale 337

Retinite essudativa esterna 454, 455
Retinite pigmentosa 251-267
Retinite puntata albescente 249, 250
Retinite sclopetaria 503-505
Retinite segmentaria 263
Retinite sine pigmento 266
Retinite tipica 255, 256, 260, 261
Retinoblastoma 436, 437
Retinopatia angiospastica 147-157
Retinopatia diabetica 275-296
Retinopatia emorragica 106-108
Retinopatia emorragica in leucemia acuta 480, 481
Retinopatia ipertensiva 88, 110, 117
Retinopatia proliferativa 137, 138
Retinopatia sierosa centrale 198-218
Retinoschisi giovanile 349
Rottura a ferro di cavallo trattata con laser coagulazione 367
Rottura a ferro di cavallo, fotocoagulazione profilattica 372
Rottura coroideale 488
Rottura retinica 365-367, 371, 387
Rottura retinica, prima e dopo fotocoagulazione 365, 366

S

Sclerosi coroideale 158-160
Sclerosi tuberosa 441-443
Scotoma centrale (in Neurite ottica) 70
Seconda papilla ottica 193, 194
Sindrome di Bonnet-Delhaume-Blanc 448, 449
Sindrome di Eisenmerger 471, 472

Sindrome di Foster-Kennedy 64, 65
Sindrome di Grönblad-Strandberg 219-221
Sindrome di Irvin Gass 297, 298
Sindrome di Marfan 379
Sindrome di Ridley 520, 521
Sindrome di Sturge-Weber 451
Sindrome di Wyburn-Mason 450
Spasmi dell'arteria centrale retinica 88
Stafiloma 44-46
Stella maculare 395
Strie angioidi 219-226

T

Teleangectasia retinica 452, 453
Tetralogia di Fallot 471, 472
Tortuosità dei vasi retinici 54, 55
Toxoplasmosi 305, 306
Trauma contusivo 483-487
Trauma grave perforante 482
Traumi 482-516
Trombocitopenia 478
Tubercoloma 316
Tumore a mora di gelso (sclerosi tuberosa) 441
Tumore orbitario 434

V

Vasi retinici normali 9-12

Indice

I. Il fondo oculare negli animali da esperimento impiegati in oftalmologia (Fig. 1-8)	1
II. Il fondo umano normale (Fig. 9-15)	5
III. Variazioni fisiologiche ed anomalie congenite (Fig. 16-55)	9
IV. Malattie del nervo ottico (Fig. 56-87)	27
V. Malattie della retina e della coroide (Fig. 88-481)	33
VI. Traumi (Fig. 482-516)	169
Appendice: Alterazioni del fondo nell'Oncocercosi Africana (Fig. 482-516)	181
Indice analitico	185

Chiarissimo Dottore,

Sono lieto di poterLe proporre questo volume, veramente eccezionale, sia per il contenuto altamente scientifico, sia per la qualità della parte iconografica. Tradotto in moltissime lingue, sono riuscito a pubblicarlo in italiano, quasi in contemporanea con l'Edizione originale che è dell'ottobre '84.

Il volume, rilegato in tela con sovraccoperta, formato 21 x 27, con 523 figure, tutte a colori, è di 200 pagine circa.

Verrà messo in distribuzione a fine aprile prossimo al prezzo di £ 290.000, potrà trovarlo nelle librerie specializzate. Se invece volesse usufruire del prezzo di prenotazione che è di £ 230.000, può compilare l'unità cartolina curando di spedirla prima del 30 aprile prossimo.

Mi è gradita l'occasione per porgerLe molti cordiali saluti

L'Editore

Roma, 30 marzo 1985

Cognome	Nome	
Residente a	cap.	prov.
Via	codice fiscale (per chi richiede la fattura)	

Desidero prenotare il volume:

H. Sautter/W. Straub/R. Turss/H. Rossmann "ATLANTE DEL FONDO OCULARE"

Al prezzo speciale di prenotazione di £ 230.000, che pagherò in contrassegno all'atto del ricevimento.

Al prezzo speciale di prenotazione di £ 260.000, che pagherò nel seguente modo: £ 50.000 in contrassegno all'atto del ricevimento e le restanti £ 210.000 in 7 rate mensili consecutive di £ 30.000 ciascuna a mezzo c/c postale.

Data

Firma





Spett.le

Antonio Delfino Editore

Via Udine, 40 00161 Roma (ITALY)