

CLUJUL MEDICAL

PUBLIKAȚIUNEA

FACULTĂȚEI DE MEDICINĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL I. No. 10

1 NOEMBRIE 1920

—
**REDAȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA
CLINICA OFTALMOLOGICĂ
CLUJ - ROMÂNIA**

BUCUREȘTI

—
TIPOGRAFIA „CULTURA”

Strada Cămpineanu, 15

1920.

SUMARUL No. 10

	Pag.
Profesor-Agregat Dr. D. Michail, Cercetări asupra porței de intrare a trachomului. Origina sa lacrimală. (Studiu clinic și anotomo-patologic)	849
Prof. Dr. C. Ureche și Agregat Dr. V. Papilian, Cercetări asupra paleumetriei și citoarhitectoniei scoarței la alienați	862
Dr. Liviu Pop, Injecții de sacharoză în bacciloza pulmonară . .	867
Dr. Octavian Filipescu, Chist hidatic pulmonar	870
Dr. Câmpeanu Liviu, Considerații asupra unui caz de fitobezuar	874
Dr. Traian Popovici, Un caz de Adenofibrom degenerat al mamelei	877
D-rand I. Glăvan, Revistă anuală asupra Ulcerului Cornean, tratat în clinica oftalmologică din Cluj, pe anul 1919—1920	882
Prof. Dr. Mihail, Quelques observations sur les pediculides .	894
D-rând I. Glăvan, Referate de oftalmologie	896
Dr. Virgiliu Popoviciu, Referate de oftalmologie	900
Dr. Od. A., Referate asupra bolilor genito-urinare și venerice .	905
Publicațiune	906



CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ

**CERCETARI ASUPRA PORȚEI DE INTRARE A TRACHOMULUI
ORIGINA SA LACRIMALA**
(Studiu clinic și anatomo-patologic)

DE

Profesor-Agr. Dr. D. Michail
Directorul clinicei

Cunoștințele ce le avem până astăzi asupra începutului trachomului cronic sunt foarte vagi și cu totul insuficiente. Se știe totuși că chestiunea aceasta preocupă pe oculiști și pe medicii practicieni în gradul cel mai înalt.

Se știe de asemenea că mai ales la începuturile sale afecțiunea poate să fie înăbușită și că numai diagnosticând-o și tratând-o de timpuriu se poate evita contagiunea sa insidioasă și penetrația ei în profunzimea țesuturilor oculare, care aduce atâtea complicații grave și recidive rebele ce compromit vederea în mod serios.

Studiind de mai bine de 10 ani chestiunea trachomului în România, unde afecțiunea face mare ravagii cercetările mele mi s'au îndreptat cu deosebire asupra chestiunii începuturilor trachomului cronic, fiind convins că diagnosticul său precoce și binefăcut, va avea o influență capitală asupra profilaxiei și tratamentului său.

Dela început însă am rămas încredințat de imperfecțiunea și incomoditatea metodelor de examen ale suprafeței conjunctivale. Toate aceste metode au marele inconvenient că nu pot expune decât părți limitate din suprafața conjunctivală, lăsându-ne complect ascunse cele mai importante pentru diagnosticul precoce al trachomului. Examenul digital și acela cu depărtătorul lui Desmarres

pentru inspecția fundurilor de sac conjunctivale s'au demonstrat din acest punct de vedere cu totul insuficiente. Chiar dacă prin metoda lui Darier, cu ajutorul pensei hemostatice, reușim să facem examenul acestor părți ascunse ale conjunctivei, totuși câte suferințe îndură bolnavul și cât chin medicul examinator? Foarte adeseori suntem obligați în astfel de cazuri să recurgem la anestezia generală.

Se poate deci cu drept cuvânt să zicem că datorită numai defectuoșității și brutalității metodelor actuale de examen ale suprafeței conjunctivale cunoaștem încă și astăzi atât de puțin precis debutul trachomului cronic.

Pentru a evita toate aceste inconveniente și pentru a ajunge să studiez debutul trachomului cronic am întrebuințat instrumentul imaginat în acest scop de unul din cei mai străluciți medici militari români. Colonelul Doctor I. Vereanu, mort în cursul războiului nostru. Acest instrument care azi este generalizat aproape în întreaga armată română din vechiul regat este cu totul necunoscut în Ardeal.

Instrumentul cunoscut în mod obișnuit sub numele de „întorcătorul de pleoape Vereanu” este ideal pentru examenul întregii suprafețe conjunctivale și ingeniozitatea sa ar fi trebuit să-l facă să treacă de mult în întrebuințare, nu numai granițele armatei noastre, dar însăși granițele țării noastre. Imi fac deci o pioasă datorie amintind aici că la clinica oftalmologică din Cluj pe care o conduc nu întrebuințez pentru examenul conjunctivei decât acest instrument și că însăși studențimea este inițiată să se servească cu acest instrument admirabil. Acest instrument se compune dintr'o placă metalică, care are forma elegantă a unui cap de lebedă. Autorul a imaginat mai multe modele ale instrumentului său, cari în esență prezintă toate aceleași avantaje. În practica clinică de toate zilele cât și în lecțiunile mele clinice dela Facultatea de Medicină din Cluj am întrebuințat și recomand în special următorul model: instrumentul se compune dintr'un cioc și un mâner. Ciocul instrumentului are aproximativ forma și dimensiunile tarsului superior. Pentru a-l întrebuința îl apucăm de mâner cu mâna dreaptă

și-i aplicăm ciocul pe partea cutanată orbitară a pleoapei superioare în așa fel ca marginea inferioară a ciocului

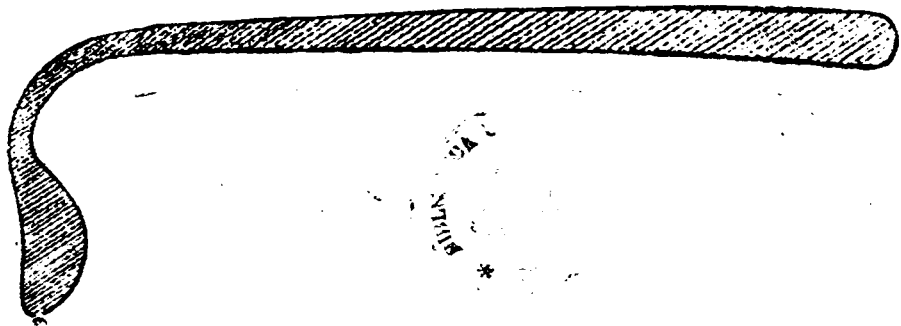


Fig. 1. — Intorcătorul de ploape (Model Vereanu)

să apese puțin pe marginea superioară, aderentă a tarsului. Cu degetele mânei stângi se trage de ciliile pleoapei superioare înainte și se execută o mică mișcare de basculă în afară a pleoapei, superioare în jurul marginii inferioare a ciocului rigid al instrumentului. În acest moment, mânerul instrumentului este tras puțin înainte și ține astfel fixat bine tarsul superior ectropionat. Observatorul n'are atunci decât să răstoarne încă ceva mai sus mânerul instrumentului și imediat se destinde fundul de sac conjunctival superior și rămâne expus vederii în toată întinderea sa. În toată această manoperă bolnavul nu simte nici o durere și totul se reduce la o simplă jenă, contra căreia bolnavul abia reacționează.

Personal practic această metodă chiar de când Colonelul Vereanu a imaginat instrumentul și grație ei am putut face examenul trachomului cronic chiar la debut și am putut stabili istoria sa clinică și anatomo-patologică pe care le voi rezuma în acest studiu.

Cercetările mele anatomo-patologice în această direcție au fost însușite de aproape totalitatea medicilor militari români cari au experiența cea mai întinsă în chestie de trachom, și unul dintre cei mai buni oculiști ai armatei, d-l Docent Medic Colonel Doctor Ilie Constantinescu redă chiar în tratatul său de oftalmologie intitulat „Practica boalelor de ochi” această părere anatomo-pato-

logică și o susține chiar cu micro-fotografii personale.

Prin acest studiu cred a aduce fapte interesante asupra chestiunii porței de intrare a virusului trachomatos, care până azi este încă cu totul necunoscută. Se va vedea de asemenea din acest studiu toată însemnătatea practică a diagnosticului precoce al trachomului, care din nenorocire de cele mai multe ori este diagnosticat prea târziu.

Grație rezultatelor acestor cercetări se va putea vedea că se poate realiza o profilaxie cu adevărat științifică a trachomului, iar din punct de vedere terapeutic se pot obține rezultate excelente.

I. — Aspectul clinic al trachomului cronic la debut.

Trachomul cronic la debut, spre a fi diagnosticat trebuie căutat, căci de cele mai multe ori bolnavii însăși ignorează, că sunt purtătorii unei afecțiuni atât de grave, sau nu se plâng decât de tulburări oculare cu totul neînsemnate pe cari le găsesc chiar naturale, mai ales dacă se îngrijesc prea puțin de sănătatea lor. În asemenea ocaziuni atențiunea medicului este insuficient atrasă asupra afecțiunii și foarte desori trece alături de adevăratul diagnostic.

Printre simptomele clinice ale trachomului la debut putem nota: lăcrămarea care ia un caracter permanent și accentuându-se cu deosebire la schimbările bruște ale temperatură și lumină. O secreție conjunctivală filamentoasă, aderentă la caronculul lacrimal și plutind în fundul de sac conjunctival inferior e singurul fenomen obiectiv care se poate găsi la prima inspecțiune în astfel de cazuri.

Numai examenul metodic al întregii suprafețe conjunctivale ne arată adevăratul sediu incipient al afecțiunii precum și toată extensiunea la care a ajuns.

Se zice în general că trachomul cronic trebuie căutat la fundul de sac conjunctival superior, căci apariția lui în sacul conjunctival inferior este cu totul tardivă. Se face chiar din acest fapt un element esențial de diagnostic di-

ferențial între trachomul cronic și conjunctivita foliculară.

Cercetările noastre ne-au demonstrat însă că trachomul cronic debutează simultan atât în sacul conjunctival superior cât și în cel inferior, și că ceea ce îl caracterizează este numai extensiunea pe care o iau leziunile în aceste două regiuni.

Trachomul cronic la debut se prezintă schematic sub forma a 2 semicercuri foliculare situate în fundurile de sac conjunctivale superioare, extern și inferior. Ele privesc prin concavitățile lor marele unghi al ochiului și au tot-d'auna aceeași situație topografică conjunctivală. Au o parte superioară mai lungă în sacul conjunctival superior și o ramură inferioară mai scurtă în sacul conjunctival inferior. Dintre aceste 2 semicercuri: unul este exterior altul interior. Semicercul folicular exterior este cel mai aparent și acela care atrage în special atențiunea asupra trachomului cronic la debut. El corespunde exact semicercului de aceeași formă și întindere descris de glandele lacrimale accesorii ale lui Kraus.

Ca și ele, semicercul folicular exterior corespunde părții celei mai profunde a sacului conjunctival superior, în toată întinderea sa, dela extremitatea superioară a cutei semi-lunare trecând prin partea cea mai profundă a sacului conjunctival extern și înaintând în partea externă a sacului conjunctival inferior până aproape la mijlocul său.

Semicercul folicular interior, mai puțin pronunțat ca primul, totuși foarte bine vizibil la lupa Hartnack, domină creasta aderentă a tarsului superior în toată întinderea sa și jumătatea externă a crestei aderente a tarsului inferior. El corespunde exact situației topografice a glandelor acino-tarsale cari sunt înglobate tocmai la acest nivel în profunzimea crestelor tarsale. Există prin urmare la debutul trachomului cronic o strânsă legătură între situațiunea leziunilor trachomatoase inițiale și aceea a glandelor lacrimale conjunctivale.

După ce am schematizat debutul trachomului cronic voi expune evoluția primelor sale faze, urmărindu-le pen-

tru comoditatea studiului separat pentru fiecare segment conjunctival.

1) *Evoluția trachomului cronic la debut în fundul de sac conjunctival inferior.*

La începutul trachomului se vede în mod constant o hiperemie conjunctivală pronunțată, mai ales către unghiul extern al ochiului, unde de asemenea se găsește și leziunile inițiale ale trachomului sacului conjunctival inferior. Aceste leziuni constă în 2 mici linii foliculare care converg către unghiul extern al ochiului formând aproape un unghi ascuțit deschis către caroncule. În unghiul astfel circumscris și pe o mică suprafață triunghiulară se găsește foliculi presărați alături de hipertrofii papilare ale conjunctivei. Acești foliculi invadantă iau o dispoziție radiată amintind forma unui evantaliu. Cei mai externi dintre acești foliculi sunt cei mai mari, iar dimensiunile lor diminuează pe măsură ce ne apropiem de unghiul intern al ochiului.

Într-o fază mai înaintată, aceste linii foliculare abia schițate înaintează către partea internă a sacului conjunctival inferior care progresiv devine mai hiperemic și mai șantuit.

În același timp foliculii se alungesc, și cei mai alungii se așează în partea cea mai profundă a sacului conjunctival inferior. Într-o fază mai înaintată încă, sacul conjunctival se infiltrează difuz, luând un caracter edematos care dă semnalul trachomului cronic tipic în evoluție deja cunoscut.

Ceeace trebuie notat în evoluția trachomului la sacul conjunctival inferior este că multiplicarea liniilor foliculare și a numărului foliculilor pe aceeași linie se face cu mult mai încet ca la sacul conjunctival superior.

Din acest motiv nu vom limita niciodată inspecția leziunilor trachomului numai la sacul conjunctival inferior, căci evoluția leziunilor inițiale ale trachomului este foarte deseori discordantă și pe când la sacul conjunctival inferior, leziunile sunt abia la începutul lor, la sacul conjunctival superior afecțiunea se poate afla la a 2-ua sau a 3-ia sa explozie foliculară.

2, *Evoluția trachomului cronic la debut in fundul de sac conjunctival superior.*

Printre primele leziuni ale trachomului cronic la sacul conjunctival superior găsim hipertrofia papilelor conjunctivale situate la nivelul crestei aderente a tarsului superior. Aceste papile, care în stare normală abia sunt perceptibile, devin proeminente și formează o bandă de $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mm. lărgime d'alungul crestei tarsului superior. Studiind la lupă aceste papile se constată că sunt poligonale și că ne amintesc aspectul catarului primăvăratec.

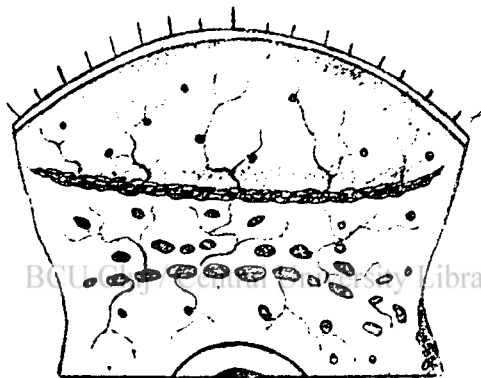


Fig. 6. — Insămânțarea întregii suprafețe conjunctivale cu foliculi trachomatoși într'o fază mai avansată a trachomului cronic.

În afară de această leziune inițială a trachomului se mai găsește și o a 2-ua care e cu deosebire caracteristică trachomului la debut prin evidența sa: este o linie foliculară situată la 3—4 mm. d'asupra bandei papilare a tarsului, către partea cea mai profundă a sacului conjunctival superior. Această nouă linie foliculară ocupă însăși poziția glandelor lacrimale accesorii ale lui Kraus.

Ea are aspect fusiform, este foarte caracteristică ca formă și poziție și am numit-o: fusul trachomatos.

Fusul trachomatos este format la debut din foliculi mici, alungiți, cari în cursul evoluției trachomului devin progresiv contingenți și isprăvesc prin a se uni între ei, formând o bandă fusiformă gelatinoasă ale cărei margini sunt dințate.

Pe măsură ce fusul trachomatos devine mai proeminent, apar foliculi mici, izolați, între acest fus și banda papilară a tarsului. Acești foliculi izolați mari cât un bob de mei la început, se măresc în urmă, devenind rotunzi și gelatinoși. În dezvoltarea lor ei urmează trajectul vaselor conjunctivale superficiale, ocupând mai ales punctele lor de ramificație. Ceva mai târziu aceste formațiuni foliculare apar și în afara limitelor inițiale pe cari le-am descris. Se pot vedea astfel adevărate exploziuni foliculare cari însămânțează simultan toată conjunctiva: atât cea tarsală, cât și cea bulbară și cea a cutei semilunare.

Incubația fiecărei noi exploziuni foliculare este de aproape o lună. Foliculii diseminați în conjunctiva tarsală au un caracter special: sunt perfect rotunzi, puțin proeminenți de o colorație galben opalescentă și mai opaci ca restul foliculilor. Această caracteristică clinică este datorită țesutului mai dens și mai aderent al conjunctivei tarsale superioare, care împiedecă invaziunea foliculară să ia o întindere prea rapidă. Tot acesta e și motivul pentru care trachomul la debut rămâne mult timp cantonat în fundul de sac conjunctival superior, în cât pentru a-l descoperi, examenul digital simplu al tarsului superior rămâne cu totul insuficient.

Foliculii sacului conjunctival superior devin din ce în ce mai numeroși, mai contingenți și formează noi linii foliculare paralele cu fusul folicular pimitiv. În acest moment întreaga conjunctivă este sediul unei infiltrații difuze, hiperplastice care anunță trahomul cronic tipic.

Urmărind încă evoluția trahomului vedem că foliculii produc o însămânțare și a conjunctivei bulbare. Această însămânțare este cu deosebire pronunțată de partea jumătății nasale a conjunctivei bulbare. La acest nivel pe lângă numeroși foliculi miliformi ai conjunctivei se poate

observa însăși cuta semilunară încrustată de foliculi cari înaintază până la extremitatea ei inferioară unde ei se continuă cu foliculii sacului conjunctival inferior. Studiul extensiunii foliculare ne pune în evidență rolul important jucat de sacul conjunctival superior. El ne mai arată apoi în mod precis patogenia panusului trachomatos, care își face apariția în cursul trachomului nu ca o complicație tardivă, cum se crede încă de mulți dintre practicieni, ci ca o extensiune în suprafață a aceluiaș proces trachomatos care conduce la panconjunctivita trachomatoasă.

II. — Evoluția și prognosticul trachomului cronic la debut.

Faza de debut a trachomului cronic durează aproape 6 luni. După ea majoritatea cazurilor evoluează către trachomul cronic tipic și foarte rar se pot vedea cazuri cu tendință la vindecare spontană. Vindecarea spontană se ivește când bolnavul se găsește în bune condițiuni igienice și în urma unui tratament medicamentos bine urmat. În acest caz din urmă liniile foliculare ale trachomului devin mai puțin exurbante și în locul foliculilor sacurilor conjunctivale rămâne o simplă infiltrație difuză, care se anemiează în cursul tratamentului și ia un aspect scleros, care amintește cicatricile postoperatorii ale trachomului.

În ceea ce privește trachomul cronic care evoluează în mod malign, prognosticul său este cu atât mai bun cu cât este diagnosticat și operat mai de timpuriu.

Cu cât afecțiunea ia o extindere mai mare, cu atât sunt mai de temut recidivele și complicațiile.

III. — Anatomia-patologică a trachomului cronic la debut

Vom studia în acest capitol următoarele subcapitole:

1. *Citologia secreției conjunctivale a trachomului cronic la debut.* Examinând frotiurile secreției conjunctivale a trachomului cronic la debut am găsit polinucleare

neutrofile, filamente fibrinoase și rari celule de epitelii conjunctival.

2. *Citologia produselor de raclaj ale trahomului cronic la debut.* Acest examen arată totdeauna existența a numeroase limfocite pe lângă numeroase celule epiteliale conjunctivale cu granulații și vacuole. Printre aceste elemente celulare se găsesc răspândite rari polinucleare și fibrile ale dermului conjunctival.

3. *Histologia biopsiilor conjunctivale în trahomul cronic la debut.* Acest studiu ne-a arătat următoarele fapte istologice.



Fig. 3. — Infiltrația strict periglandulară a glandelor lui Kraus la debutul trahomului cronic.

a) *Epiteliul* n'are pretutindeni aceeași grosime și pare ondulat. În straturile sale superficiale se găsesc numeroase celule mari, veziculoase, cari prezintă toate fazele unei secrețiuni glandulare active. Tot în acest etrat superficial se găsesc și mari cuiburi vacuolare pline cu polinucleare, cari împreună cu celulele hidropice mari pe cari le-am notat măresc grosimea stratului epitelial.

În fine mai tot stratul este străbătut în mod difuz de polinucleare, care din capilarele dermului înaintează către suprafața conjunctivei pentru a forma secreția conjunctivală a trahomului cronic.

b) *Dermul* prezintă importante alterațiuni istologice.

mai ales în vecinătatea imediată a glandelor lacrimale conjunctivale.

Exămenul microscopic al acestor glande ne arată canalele lor secretoare tapetate cu numeroase celule cu mucus. Se constată deci o puternică reacție secretorie chiar a epitoliului canalelor excretore a glandelor lacrimale conjunctivale. Ceeace caracterizează cu deosebire starea anor-



Fig. 4. — Infiltrația strict pericanaliculară a glandelor lui Kraus la debutul trahomului cronic.

mală a acestor glande este însă bogata infiltrație limfocitară care le însoțește în toată întinderea lor. Această infiltrație foarte bogată în jurul canalelor excretore a glandelor, face în jurul acinilor glandulari inele de infiltrație limfocitară.

În interiorul infiltrației periglandulare se găsesc mici cuiburi celulare formate din celule mari neregulate, poligonale, cu un mare câmp protoplasmatic palid, cu nuclei mari excentrici, cari au multe granulații cromatice. Și amintesc mult celulele lui Vilard din foliculul trahomatos. La periferia acestei infiltrații periglandulare se văd numeroase capilare sanguine înglobate deasemenia în masse

de infiltrație. În restul dermului conjunctival se găsește o ușoară infiltrație difuză cu mononucleare mari și secțiuni de capilare sanguine înconjurate de manșoane limfocitare, cari nu sunt decât ramificațiile capilarelor periglandulare.

Se pare deci că glandele lacrimale conjunctivale trebuie să fie poarta de intrare a virusului trachomatos pentru că numai în jurul lor se pot vedea singurele leziuni istologice ale trachomului la debut și că pe traiectul vaselor conjunctivale se face infiltrația difuză tardivă a întregii conjunctive în trachomul cronic înaintat.

Aceste fapte istologice ne mai explică în același timp ameliorarea medicamentoasă ce se poate obține la începutul trachomului grație atât efectului antiseptic al acestor medicamente cât și acțiunii lor vasoconstructive care reduce în mare parte curentul diapedetic limfocitar.

În afară de aceste leziuni se mai găsesc în părțile cu totul superficiale ale stratului dermic și în vecinătatea vaselor, în spațiile limfatice numeroase exudate hialine voluminoase. Aceste exudate de origine sanguină sunt datorite fenomenelor conjunctivale inflamatorii, cronice, și contribuiesc în mare măsură la destinderea buretelui dermic conjunctival, care dă conjunctivei aspectul său edematos.

Aceste exudate ca și infiltrația limfocitară a dermului sunt influențate favorabil de tratamentul medicamentos astringent.

IV. — Tratamentul trachomului cronic la debut

Acest tratament poate fi medicamentos și operator. Când afecțiunea este cu totul la debut se poate încerca cu oarecare șanse de succes complet tratamentul medical care consistă mai ales în administrarea astringentelor ca sulfatul de zinc sau acetatul de plumb, asociate cu adrenalina și întrebuițate succesiv cu spălăturile antiseptice zilnice.

Foarte descori această terapeutică se arată incapabilă să vindece complet afecțiunea, totul reducându-se la întârzierea cursului invaziunii trachomatoase.

În cazul acesta tratamentul medical are avantajul de

a prepara terenul pentru tratamentul chirurgical ca ade-vărat curativ. Tratamentul chirurgical pe care-l recomand în trachomul cronic la debut este raclajul cu o curetă de mărime mijlocie, dar destul de profundă și foarte tăioasă. Cu o astfel de curetă se poate curăți în câteva minute toate porțiunile conjunctivale invadate și se nivelează complet suprafața conjunctivală de toate asperitățile sale foliculare.

Tratamentul ulterior consistă în instilații zilnice de astringente cari asigură cicatrizarea.

În astfel de cazuri și după o astfel de terapie precocă se poate obține vindecarea completă a trachomului la debut în 8 până la maximum 12 zile, evitându-se fît deodată în mod sigur recidivele.

V. — Profilaxia trachomului cronic la debut

Din studiul expus asupra trachomului cronic la debut rezultă că pentru a face o bună profilaxie trebuie făcut un bun diagnostic precoce și să se administreze un tratament pe cât de precoce tot atât de radical. Acest principiu profilactic trebuie să conducă întreaga activitate a medicilor cari au sarcina de a îngriji adunări omenești mari, cum se întâmplă de exemplu în școală, armată, industrie, etc. În astfel de ocazii inspecția oculară făcută cel puțin de două ori pe lună și chiar de mai multe ori pe săptămână în timp de epidemie este absolut necesară. Izolarea riguroasă a tuturor cazurilor găsite și tratamentul lor radical este deasemenea o măsură profilactică dintre cele mai importante.

Măsurile de igienă și profilaxie generală a boalelor infecțioase ale ochiului rămân pe primul plan în colectivități ca în toate celelalte boale contagioase.

În timp de epidemie, terapia medicală preventivă prin astringente este deasemenea o bună măsură de prevedere socială.

Aduc aci mulțumirile mele amicului și colegului meu profesor dr. Titu Vasiliu, care a avut deosebita amabilitate să-mi facă în laboratorul său admirabil, prețioasele microfotografii ale acestei lucrări.

Cercetări asupra morfologiei, paliometriei și citoarhitectoniei scoarței la alienați*

Prof. Dr. C. Ureche

DE

și

agregat Dr. V. Papilian

În a doua parte a lucrării noastre, am întreprins o serie întreagă de măsurători ale diferitelor elemente din scoarța creierului la alienați. Scopul acestor măsurători a fost să căutăm încă alte caractere anatomice, prin care să putem face deosebirea între scoarța omului normal și a celui alienat. Pentru aceasta, am măsurat succesiv: a) adâncimea șanțurilor și scizurilor, b) înălțimea circumvoluțiilor și c) grosimea scoarței.

Dela început trebuie să remarcăm, că pe când grosimea scoarței se poate măsura cu o exactitate apreciabilă, grație subdiviziunii ei în tipuri cito-arhitectonice destul de bine diferențiate, măsurarea primelor două elemente, adică a înălțimei șanțurilor și circumvoluțiilor, prezintă dificultăți foarte mari, din cauza dispozițiilor variate, care în mod normal se găsește la aceste elemente.

La aceasta se adaugă desigur și considerațiunile de compensare morfologică, în virtutea cărora o circumvoluțiune, care pe un creier este insuficientă sau defectoasă, poate fi compensată prin dezvoltarea exagerată a unei circumvoluțiuni vecine, prin apariția de noi plice în fundul scizurilor sau prin exagerarea adâncimei șanțurilor.

Pentru a evita, cât se poate de mult, aceste dificultăți, am ales o serie de emisfere cerebrale, atât de alienați cât și normali, cât se poate mai apropiate ca dimensiune, și

*) A se vedea No. 2 și 3 al revistei.

ca conformațiune morfologică, la care am măsurat numai punctele cele mai caracteristice și supuse la minimum de variațiune posibile.

a) Vom începe prin a arăta într'un tablou comparativ, care sunt diferențele între mediile diferitelor profunzimi ale șanțurilor măsurate în milimetri la normal și la alienat.

SCIZURILE	NORMAL		ALIENAT	
	dreapta	stânga	dreapta	stânga
<i>Scizura lui Roland</i>				
porțiunea sup.	19	17	15,9	14,6
porțiunea mijlocie	20,8	20	19,6	18,2
Scizura perpendiculară internă	21,5	20,6	20,2	18
Scizura caloso-marginală	13,2	13,2	14,6	12
Șanțul prerolandic inferior	21,8	16	18,8	15,1
Șanțul prerolandic superior	14	14,7	16,2	17,2
Șanțul frontal superior	17,3	17,1	17,5	16,4
Șanțul frontal mijlociu	14,1	14,5	14,1	12,3
Șanțul frontal inferior	14,5	15,6	12,8	12,4
Șanțul interperietal	17,1	20,6	18,7	22,1
Șanțul post-central superior	15,6	18,3	13,7	14,2
Șanțul post-central inferior	17,1	16,1	15,6	14,2
Șanțul paralel	15,3	14,1	14,3	10,1
Șanțul colateral	11,1	11,1	9,8	9,1
Scizura calcarină	12,7	10,4	11,1	10,5

Din acest tablou se vede o deosebire de profunzime între șanțurile creerilor normali și a celor de alienați.

Sunt prea puține șanțurile creerului, care la alienat să aibă o profunzime mai mare ca la normal (scizura caloso-marginală, șanțul prerolandic inferior, șanțul interperietal). Marea majoritate a datelor precedente, ne arată că în regulă generală putem spune că *șanțurile sunt mai adânci la normali ca la alienați.*

Această diferență de adâncime deși mică (de la 0,5 mm. la 7 mm. , aduce totuși, dacă ținem seama de lungimea șanțurilor, un caracter important de deosebire între creerul normal și cel de alienat.

1) Este exclus a putea da în extensie, toate măsurătorile diferitelor puncte ale șanțurilor și scizurilor; vom indica numai pe cele mai caracteristice.

b) Un alt punct pe care ni l'am propus să-l studiem, a fost acela al înălțimei circonvoluțiunilor cerebrale la normal și la alienat. Vom da și aici, un tablou comparativ între aceste măsurători.

CIRCONVOLUȚIUNELE		NORMAL		ALIENAT	
		dreapta	stânga	dreapta	stânga
Frontala ascendență	{ porțiunea sup.	11,8	13,5	12,4	10,4
	{ porțiunea ini.	16,5	15,6	10,6	11,2
Frontala sup. externă	{ porțiunea post.	24,4	24,4	20,7	22,4
	{ porțiunea ant.	33,2	32	32,9	28,7
Frontala superioară internă (Partea mijlocie)		23	22,4	18	18,2
Frontala a II-a	{ Porțiunea postorioară.	33,4	28,9	27,9	26,5
	{ Porțiunea ant.	38,2	39,9	37,1	37,4
Frontala a III-a	{ Capul	24,5	20,4	22,3	22,8
	{ Picioarul	27,8	29,6	23,7	28,5
Parietale ascendență	{ Porțiunea sup.	15,7	11,5	12	10,1
	{ Porțiunea inf.	11,1	10,7	7,3	8,7
Parietala întâia	{ Porțiunea sup.	44,3	43,6	40,2	39,7
	{ Porțiunea inf.	50,4	44,6	40	42
Temporala I-a	{ Porțiunea sup.	14,4	12,5	12,5	11,2
	{ Porțiunea mijl.	13	14,8	13,1	12,3
	{ Porțiunea inf.	14,3	14,4	13,6	12,7
Temporala II-a		22,2	21,5	18,2	21
Temporala III-a		26,1	23,8	20,7	21,1
Temporala IV-a		20,2	20,2	19	18,5
Temporala V-a		18,3	15,9	13,3	14,7
Occipitala I-a		23,7	23,1	23,8	19,9
Occipitala II-a		22,7	21,9	17,9	24,2
Occipitala III-a		26,2	22,3	18,9	26
Occipitala IV-a		27,8	19,1	19,7	20,2
Occipitala V-a		19,7	34,2	20,8	17,3
Occipitala VI (Cuneus)	{ Baza	40,1	38,7	35,2	38,7
	{ Înălțimea	28,9	26,6	28,1	26,8

Din aceste date se vede în mod evident, diferența de înălțime între circonvoluțiunile alienaților și cele ale normalilor. Aceste concluziuni privesc însă numai lobul frontal, parietal și temporal, în acești lobi, circonvoluțiunile, la alienați, prezintă o înălțime inferioară celor dela normal.

Dintre circonvoluțiunile lobului occipital, numai circonvoluțiunea cuneus (a VI-a occipitală) ne-a dat în mod constant o superioritate la normal față de alienați; cele-

alte circonvoluțiuni au forme și dimensiuni atât de variabile încât nu se pot preta la concluziuni generale.

c) Trecând la studiul paliometriei la alienați, am măsurat regiunile cele mai caracteristice ale scoarței (diferite câmpuri cito-arhitectonice. Brodmann-Marinescu). Rezultatele le-am comparat cu cele găsite de d. profesor Marinescu la normal¹⁾.

TIPUL	ALIENAT		NORMAL
	Grosimea mijlocie		Grosimea mijlocie
Tipul 4	postumă sup.	dreapta 2,76 stânga 3,094	4,12
	„ mijl.	dreapta 3,223 stânga 3,281	
	postumă inf.	dreapta 2,969 stânga 2,981	
Tipul 6.		dreapta 3,241 stânga 3,01	3,51
Tipul 8.		dreapta 3,345 stânga 3,754	4,12
Tipul 9.		dreapta 3,176 stânga 3,131	3,38
Tipul 10.		dreapta 2,631 stânga 2,46	3,09
Tipul 11.		dreapta 2,679 stânga 2,526	2,61
Tipul 1.		dreapta 2,536 stânga 2,78	3,06
Tipul 7.		dreapta 2,572 stânga 2,529	3,14
Tipul 40.		dreapta 3,25 stânga 3,140	3,18
Tipul 39.		dreapta 2,575 stânga 2,819	2,89
Tipul 24.		dreapta 2,64 stânga 2,54	3,52
Tipul 23.		dreapta 3,185 stânga 2,79	3,17

Rezultatele ne arată că și aici există o superioritate de grosime a scoarței creierului normal, asupra creierului de alienat; această superioritate poate merge dela câteva

1) Quelques recherches de paliometrie.

diviziuni dintr'un milimetru până la un milimetru și jumătate.

Este incontestabil că totalizând aceste rezultate, obținem o diferență de grosime apreciabilă pe tot întinsul scoarței creerului.

Din toate aceste date, putem trage următoarele concluziuni relativ la dimensiunile mai sus studiate:

- 1) Șanțurile dintre circonvoluțiuni sunt mai puțin adânci la alienați.
- 2) Circonvoluțiunile sunt mai puțin înalte.
- 3) Grosimea scoarței este mai mică.

BCU Cluj / Central University Library Cluj

1) Aceste cercetări au fost făcute pe 34 de emisfere; 14 emisfere au servit la măsurătorile paliometrice, iar restul lor la măsurătorile șanțurilor și a circonvoluțiunilor.

CLINICA MEDICALĂ DIN CLUJ

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațiegan

Injecții de sacharoză în baciloza pulmonară

de Dr. Liviu Pop, *asistent*

La alarma dată de revistele medicale italiene și franceze despre rezultatele strălucite ale sacharozei în baciloza pulmonară, s'a început o aplicare pe scară întinsă a sacharozei în toate manifestațiile bacilozei. Și în medicina aceasta însă nu peste mult a urmat decepție ea și după era tuberculei. Lumea însă a fost alarmată și deși decepția lumii științifice a fost rapidă, cercetările în această direcție au fost continuate sub forța pretensiunilor bacilarilor. Și astăzi găsim în literatură comunicări care se ocupă cu această chestiune și cari dau deosebite rezultate după cum se obișnuiește în toate încercările terapeutice.

Machevielles a observat vindecare în două cazuri de baciloză după injecții de sacharoză.

Rezultatele problematice și de mai multe ori negative observate de cei mai serioși cercetători au avut de rezultat, că astăzi tot mai mult se formulează părerea că sacharoza nu este specificul bacilozei, după cum credea L. Monaco, pe baza experienței sale, de 10 ani.

În ceea ce privește modul acțiunii unii presupun că sacharoza rezorbindu-se nededublată se depozitează în țesutul tuberculos unde excită procesul de formații a țesutului granulos, alții admit mai mult o eliminare a sacharozei prin bronchioli unde produce o pătură fină de mucoșitate pe mucoasa bronchiolilor.

Voind a avea o experiență asupra acțiunii sacharozei, am început în mod sistematic a trata bolnavii noștri cu sacharoză.

Din o soluție de 10%—50% am administrat tot a patra zi 10 cm.³ intramuscular. Fiind dureroasă aplicația sacharozei, am eliminat această acțiune printr'un adaus de 1% novocaină.

Din 41 cazuri tratate zece au prezentat o ftiză incipientă cu ușoare modificării în vârfuri. In aceste cazuri am dat în fiecare caz total 9 injecții. Nici într'un caz nu am observat o ameliorare mai rapidă ca pe lângă tratamentul igienico-dietetic pe care îl urmau acești bolnavi.

Ba într'un caz, în vremea tratamentului, s'ua prezentat o pleuresie care a evoluat cu exudat.

Celelalte 31 cazuri au fost forme deosebite, forme indurative, pneumonice, mixte; în toate acestea nu s'a observat nici ameliorare, nici dispariția bacililor din spută, ba cinci cazuri au sucombat în vremea tratamentului.

Acest tratament deși nu s'a făcut pe-o vreme mai lungă scară totuși experiența făcută ne-a îndreptălit ca să nu continuăm, neobținând nici un efect mai eclatant.

Rezultatele noastre sunt absolut nule și nici nu se pot compara cu rezultatele aproape miraculoase citate de autorii italieni și francezi.

Deși în aceste 31 cazuri nu am observat nici o acțiune favorabilă asupra evoluțiunei boalei, s'a prezentat totuși o acțiune parțială, specială asupra hyperhydrozei. Observând această acțiune constantă și menționată și de alți autori (Gerber) în a doua fază a lucrării noastre, ne am îndreptat observația în această direcție, cu atât mai mult că obținerea acestui rezultat nu e legată cu o maltratare prea deasă a bolnavului.

Am administrat câte 10 cm.³ sacharoză de 50% intragluteal și în 15 cazuri de phtisă cu hyperhydroză foarte pronunțată și supărătoare. In 6 cazuri hyperhydroza a dispărut după 2 până la 4 săptămâni: în 6 cazuri s'a diminuat în mod evident și în trei cazuri nu am obținut nici o ameliorare a acestui fenomen. Atât bolnavul cât și personalul de îngrijire a observat că transpirația se mo-

difică încât nu este nevoie de așa multe lingurii ca și mai înainte.

Mulți bolnavi au o senzație foarte bună mai ales aceia unde hyperhydroza a fost foarte supărătoare.

Făcând o reprivire asupra rezultatelor noastre, ajungem la concluzia că injecțiile de sacharoză deși nu sunt medicamentul specific contra bacilozei, dar este un remediu foarte eficace și recomandabil în cazurile de hyperhidrosă, în cari aproape în toate am obținut rezultate satisfăcătoare.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ

Director: Prof. Dr. Iacobovici

CHIST HIDATIC PULMONAR

de Dr. Octavian Fillipescu

Tuffier într-o comunicare făcută la congresul internațional de medicină (din Moscova asupra chirurgiei pulmonilor, a arătat că pneumotomia este singura metodă de tratament al chistelor hidatice pulmonare. Prin această metodă se obțin succese terapeutice în proporție de 90%.

Câțiva ani mai târziu, Tuffier cu Martin relevă în detaliu în „Revue de chirurgie” fisionomia clinică generală a acestei afecțiuni, insistând asupra accidentelor, arată în mod suficient, că chistele pulmonare se prezintă sub aspectul tuberculozei, pleurezii sau pneumoniei.

Intrând în serviciul nostru la 27.IV.1920 un atare caz, îmi iau voie a-l relata.

Observație. — Bolnavul K. R., 33 ani, de profesie străin-gar. Din antecedentele lui hereditare aflăm, că tatăl său a suferit combat de o boală pulmonară, mama sa trăește, este sănătoasă; asemenea și trei surori.

Ca antecedente personale bolnavul ne spune, că a suferit înainte cu doi ani de gripă spaniolă. N'a trăit în contact cu câini sau pisică.

Istoricul boalei. Maladia actuală a debutat înainte cu un an, cu dureri în toracele stâng, o tuse frecventă fără expectorații, insomnii și transpirații nocturne foarte abundente. Apetitul diminuat. Cu toate acestea bolnavul afirmă, că și-a continuat ocupația cu mici întreruperi, urmând tratamentul unui medic din orașul său, până în Ianuarie a. c., când fenomenele menționate se exacerbează, bătăile cordului le simțea în dreapta sternului; iar în mod brusc la 21.I.a. ē. îi survin accese de tuse, cu o dispnee alarmantă și expectorează o cantitate de circa o mie grame lichid

limpede apos, cu gust foarte sărat. Aceasta l'a determinat a intra în serviciul clinicii medicale, unde se prezintă într-o stare de emaciare înaintată. La inspecție se constată că toracele stâng manifestă o diminuare a amplitudinii excursiunilor costale în timpul inspirației; la percuție, o matitate la bază. De la spina omoplatului în sus sunet timpanic și la ascultațiune un suflu amphoric. La nivelul matității dispariția murmurului vesicular și mai târziu raluri cavernoase cu sunet metalic. Pulmonul drept nu arată fenomene anormale remarcabile. Deplasarea cordului nu se relatează. Bolnavul are o expectorație purulentă în care nu s'a găsit niciodată bacilul Koch. Administrându-i-se diferite roboranții și expectorante, bolnavul manifestă o ameliorare și astfel părăsește clinica la 13/III a. c.

După trei săptămâni bolnavul este din nou apucat în mod brusc de un acces de tuse extrem de penibil și expulzează o cantitate de sânge aerat, iar în următoarele șase zile are o spută purulentă striată cu filamente sanguine, care îl determină a veni iarăși în serviciul clinicii medicale, acuzând simptome anafloage ca la prima intrare. Se constată o matitate o toracelui stâng, dela vârful omoplatului în jos, cu rezistență accentuată și aboliția respirației. La puncție se obține un lichid purulent fetid care prezintă multe leucocite și diplococi. Bolnavul este trimis clinicii chirurgicale pentru intervenție.

La primire prezintă următoarea stare: Bolnav de talie mijlocie, mult slăbit, cu culoarea tegumentelor palida anemiată, facies tuberculos, țesutul celular subcutanat diminuat, muschi flasci. Deformația degetelor în măciucă manifestă; ușoară mișcare subfebrilă. Tuse seacă, frecventă, disgust pentru mâncările grase.

Din partea organelor cavității toracale se constată la inspecție o bombare postero-inferioară stângă a toracelui până la nivelul vârfului omoplatului, cu spațiile intercostale mărite. Percuția dă o matitate în jumătatea inferioară a peretelui toracic stâng, care se estinde până în axilă, fără deplasarea ei cu schimbarea de poziție a bolnavului. Spațiul lui Traube conservat. Pulmonul drept nimic anormal.

La ascultație murmurul vesicular abolit pe întinderea zonei de matitate în sus; respirațiunea aspră suflantă.

Prin palpație se constată vibrațiunile toracice dispărute pe toată întinderea ocupată de matitate. Dealungul pulmonului drept ralurii diseminate de bronchită. Nimic din partea organelor cavității abdominale.

Operația la 1/VII a. c.

Anestezie locală cu soluție de novocaină.

Se face o incizie în dreptul coastei a VII de 8 cm.; se resecă coasta a VII pe o întindere de 5 cm. Pleura parietală opacă de aspect fibros, nu lasă să se străvadă mișcările pulmonului. Se deschide pleură, urmând o scurgere de puroi gros fetid

circa 1 kilogram cu foarte multe membrane hydatice și vezicule fice.

Se drenează.

În timpul operației bolnavul are o ușoară vomică.

Mersul postoperator.

Țimp de trei zile după operație, bolnavul are o spută purulentă cu striuri sanguine, pansamentul imobilat de o secrețiune purulentă. Radiografia ne arată la nivelul lobului inferior a plămânului stâng o zonă ovală opacă, cu centru mai clar, cu conturul mai sombru.

10/VII Pofta de mâncare și-a revenit. Tusea și durerea se amendează. Bolnavul se dă jos din pat. Imbibarea pansamentului cu secrețiune purulentă diminuată.

20/VII. La palpație vibrațiile toracice aproape normale în stânga. Plaga s'a micșorat, pe pansament numai mici urme de secrețiune purulentă. Se schimbă drenul punându-se unul mai scurt și de un calibru mai mic.

30/VII. Starea generală excelentă; s'a îngrășat foarte mult; se suprîmă drenajul. Peste patru zile traiecul fistulos cicatrizat. Radiografia arată o mică opacitate neregulată, în locul zonei ovale menționate.

Diagnosticul ce se impune este chist hidatic supurat al pulmonului stâng evoluat sub aspectul unei pleurizii.

Hydatida echinococică grefată în plămâni, apare de tot sporadic. Are sediul de obicei la baza pulmonului drept și manifestă o dezvoltare insiduoasă. Multă vreme este în stare latentă; când volumul său a devenit însă ceva mai mare, provoacă simptome numai banale, fără a servi de indicații precise pentru natura maladiei în evoluție. Acestei perioade de debut îi urmează starea de tumoare care se anunță prin simptome fizice. În evoluția ulterioară dă loc la accidente mai mult sau mai puțin grave, la perioada complicațiilor. Începutul maladiei la bolnavul nostru se poate cu greu preciza; a prezentat o stare generală bună și-a continuat ocupația și în perioada de debut, caracterizată prin tusea seacă în aparență, transpirații nocturne, insomnii, durere.

Emoptisia precoce, simptomul cardinal al acestui stadiu, care survine ca și în celelalte afecțiuni ale pulmonului, ca un strigăt de alarmă al organului și pe care îl numește Dieulafoy „hemoptysies de defense”, nu s'a remarcat. Dispnea, care la început este de obicei limitată la Munde hyperhydroza a fost foarte supărătoare.

un acces și mai târziu devine intermitentă sau continuă, când crește tumoarea, nu s'a observat în cazul nostru decât cu ocazia vomiceii.

Puseuri de urticarie observate mai des în urma unei puncții, dar cari totuși pot apare și în prima perioadă, datorite probabil întocșicațiunii cu toxoalbuminele cuprinse în lichidul hidatic nu a survenit în întreagă evoluție a cazului nostru.

Fenomenul cu caracter distinctiv de chistele dezvoltate în celelalte organe, durerea a persistat constant cu iradiațiuni în umăr.

Perioada complicațiilor a debutat prin vomică la 24.I.1920 cu deschiderea chistului în bronhii, anunțată prin quinte de tuse însoțite de o dispnee mare, cu expulzarea unui lichid limpede apos. Prezența elementelor caracteristice în acest lichid nu se poate relata, urmând tratamentul clinicei numai după acest accident; a doua vomică a survenit asemenea în afară clinicei cu evacuarea unei spute fetide acompaniate de emoptisii abundente.

Chistul hidatic al pulmonului prin simptomele sale simulează multe din boalele intratoracice și la stabilirea diagnosticului se ivese dificultăți; urmând epoca, la care se-examinează bolnavul. În prima perioadă când nu deformează peretele toracic, chistul este adesea confundat cu tuberculoza pulmonară în urma semnelor fizice și a multor simptome funcționale. Sunt însă două mijloace, cari de multeori permit punerea unui diagnostic precis, anume radiografia și examenul sângelui, prin metoda de fixare a complementului.

Când chistul deformează peretele toracic, semnele locale se precizează mai bine, poate simula foarte bine pleurezia inchistată sau interlobară ca și în cazul nostru.

Dacă ne gândim la existența acestei afecțiuni, diagnosticul poate fi pus în toate cazurile bazat fiind pe examenul radiosopic, examenul sângelui, evoluția boalei și semnele obiective.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ

Director: **Prof. Dr. I. Iacobovici**

Considerații asupra unui caz de fitobezoar

de **Dr. Câmpeanu Liviu**, asistent

Fitobezoarele, dese la animalele erbivore, au fost rareori constatate și la om, în deosebi în regiunile noastre. În literatură, ce am consultat-o, în șirul multor bezoare de păr, coajă de coacăz, sarcine, Schellack, etc., am găsit numai două formate din plante. Unul e publicat în 1896 de Schreiber și operat de Eilsesberg, altul în 1906 de Schultze și operat de Bier.

Cred deci interesantă descrierea cazului nostru, care este primul la noi.

Observație. — Bolnava R. H., femeie de 35 ani, menajeră, intră la 18 Februarie 1920, în serviciul d-lui profesor Hațieganu, acuzând plenitudine în epigastru și eructațiuni.

Antecedentele eredo-colat, fără importanță.

Maladia actuală persista de un an. Pacienta simțea imediat după ingerarea de alimente lichide, la 3—4 ore după ingerarea celor consistente, presiune în abdomen secundată de ghiorăituri și eructații.

Tratamentul urmat nu i-a adus nici o ameliorare. Slăbită, anemiată, constipată, cu pofta de mâncare bine conservată, caută remediu la clinica de boli interne.

Examenul medical stabilește:

Din partea organelor toracice nimic patologic.

Abdomenul e foarte distins, balonat, rotund. Clapotaj. Se disting ondulațiuni în regiunea periombilicală, cari pleacă din hipocondriul stâng continuându-se spre pilor.

Examenul sucului gastric: HCl liber: 14. Aciditatea totală: 21.

Examenul microscopic: sarcine și resturi de alimente incomplet digerate.

Examenul radiologic: Stomac ptozat în basin în formă semilunară, baza aproape de simfiză.

După 6 ore și chiar a doua zi după ingerarea prânzului de probă se găsesc pe nemâncate resturi considerabile de alimente nedigerate.

Pacienta primind operația în ziua de 26 Februarie, e transferată la clinica noastră și la 1 Martie operată de către d-l Profesor Dr. Iacobovici, făcându-i gastroenteroanastomoza transmesocolică. Diagnosticul pus de clinica medicală se confirmă.

Cu această ocazie scrutând stomacul, descopere în el un corp solid de forma și mărimea unui ou de porumbel, pe care îl extrage prin plaga operatorie a stomacului, și care se dovedește a fi un fitobezoar.

Suprafața sa e sgronțuroasă, e consistent și are culoarea olivă a bilei. Secțiuneac u cuțitul se face ușor. Structura pe fața secțiunii se aseamănă cu a lemnului, se văd straturi suprapuse. În mijloc câteva vacuole mici. Se desprind cu ușurință din el fragmente mici consistente, ca și petrificate.

La microscop găsesc: fibre de plante, sarcime și detritus amorf din chitului, ce dă consistență bezoarului legând în mod solid particulele lui una de alta.

După operație, pacienta interogată asupra acestui corp strein, nu poate să-mi dea nici o deslușire, neștiind nimic despre el.

Am căutat să aflu date anamnestice asupra originii bezoarului. Cred, că e format din fire de cânepă, nemistuite, cari în stomacul ei s'au strâns în formă de glob. Pacienta s'a ocupat mult în tinerețea ei cu torsul de cânepă. Se știe, că torcătoarele în timpul acestei acțiuni aranjează cu buzele fibrele de cânepă, spre a le răsuci cu fusul în fir. Și nu o fibră este luată în gură, amestecată și înghițită în formă de mici boluri odată cu saliva.

Cauza determinantă a formării fitobezoarelor este necunoscută. Probabil condițiuni locale, speciale ale stomacului provoacă aglomerarea fibrelor de plante ingerate.

Ar fi interesant de știut, dacă în cazul nostru bezoarul a avut vre-o înrâurire asupra formării stenozelor pilorului prin iritația cronică, ce a produs-o asupra mucoasei, sau invers stenoza pilorului a ușurat formarea sa. Accentuez, că bolnava s'a simțit bine până acum un an, iar ea nu mai toarce de 7—8 ani. Această împrejurare pare a sprijini părerea, că bezoarul a produs pe încetul stenoza pilorică, care accentuându-se s'a manifestat de un timp încoace prin simptomele descrise mai sus.

Mă întreb, de ce lichidurile provocau imediat presiunea în abdomen, secundată de ghiuruituri și eructații, pe când alimentele consistente abia după 3—4 ore?

Am găsit, că bezoarul nostru aproape înoată pe apă, de care e purtat cu ușurință. Și mă întreb iarăși dacă nu ajungea bezoarul mai ușor cu lichidurile la pilor obturându-l, decât cu a-

limentele consistente, cu cari se amesteca și (cari împedecau ajungerea lui la poarta de eșire a stomacului.

Bezoarele prin iritația ce-o produc asupra mucoasei stomacului și prin ocluzia pilorului provoacă gastrite cronice și ulcerații cu toate consecințele lor. Simptomatologia se confundă în cele mai multe cazuri cu acelea ale maladiilor provocate. Diagnosticul bezoarelor, după cum spune și Schönborn, nu s'a pus până acum.

În cazul nostru era foarte mic și nu putea fi diagnosticat înainte de operație. Uneori a fost confundat cu tumori ale epiploonului, ale colonului, beșicēi biliare, cu rinichi și splină mobilă, cu tumori pediculate și cu pietre fecale.

Singur Schreiber a bănuit existența bezoarului, bazat pe mărimea și forma tumoarei, pe mobilitatea ei excesivă înăuntrul conturilor stomacale și prin faptul, că valurile peristaltice ale stomacului împingeau cu mici salturi tumoarea spre stânga.

Radiografia nu a dat rezultate în punerea diagnosticului.

Bezoarul nostru așternea pe ecran o umbră de intensitatea părților moi ale degetelor. Strâns în pumn se distingeau bine conturile sale ovale. Ținut în dreptul abdomenului umbra sa se pierde cu totul, confundându-se cu cea a corpului.

CLINICA CHIRURGICALA DIN CLUJ

Director : Profesor Dr. I IACOBOVICI

UN CAZ DE ADENOFIBROM DEGENERAT AL MAMELEI

DE

Dr. TRAIAN POPOVICI

OBSERVAȚIA: În ziua de 19. V. 1920 s'a prezentat la consultațiile gratuite ale clinicei noastre femeia V. L. — în vârstă de 28 ani, căsătorită, — pentru o tumoare a sânului.

Antecedente hereditare: Părinții morți la o vârstă înaintată, tatăl bolnavei a avut o afecțiune cutanată pe dosul nasului, probabil un epiteliom.

Antecedente colaterale Din 13 frați și surori trăesc doi, restul au murit în copilărie.

Antecedente personale În copilărie s'a dezvoltat normal, n'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă, nici venerică. Menstruată la 16 ani. Epocile catameniale regulate. S'a căsătorit la 18 ani. A avut 3 copii, din cari trăește unul. Avorturi n'a avut.

Debutul și istoricul maladiei Maladia datează de 5 ani. A debutat prin apariția unui nodul la baza mamelonului de o consistență dură. Acest nodul nu producea bolnavei nici o jenă, nici durere și s'a dezvoltat lent prezentând și faze staționare. De vreun an de zile tumoarea a progresat tot mai rapid ajungând dimensiunile unui cap adult.

Starea prezentă Bolnava de constituție bună. Mucoasele și tegumentele nealterate. Nimic important din partea aparatului respirator și digestiv. La percuție găsim malitatea cardiacă scorbătă și devită în afară de linia manuară.

Examen local Bolnava prezintă o tumoare de mărimea unui cap de adult, cu formă sferică, care cuprinde mamela stângă și atârnă până la nivelul ombilicului dând mamelei un aspect pediculat. Tegumentele sunt aderente cu tumoarea și prezintă pe fața inferioară a tumorei o iritație mecanică. Mamelonul este șters însă se reface cu ușurință și la presiune lasă să se scurgă o secrețiune lăptoasă-verzue.

La palpație tumoarea are o consistență dură, masivă, apare formată din un conglomerat de elemente nodulare de diferite mărimi. Ganglionii axilari, toracici și supraclaviculari nu sunt măriți.

Examen de laborator Wasserman: negativ. Urina nu prezintă nimic patologic.

Diagnosticul. Adenofibrom al mamelei.

Operația Profesor Dr. I. Iacobovici în 25r V. 1920, în anestezie locală cu nevocaină se face amputația sânului cu incizie circulară la baza pediculului mamelei.

În 2. VI. se scot firele, vindecată perprimam.

În 5 VI. părăsește serviciul complet vindecată.

Examenul anatomo-patologic. Macroscopic. O mamelă de mărimea unui cap de adult, o areolă puțin distinsă și palidă, pielea liberă, iar în profunzime imediat sub piele se simte o tumoră neregulată formată din mai multe porțiuni, destul de dură la pipăit, dând impresia unui conglomerat de noduli. La secțiune se văd într'adevăr mai mulți lobi separați prin septe conjunctive. Suprafața de secțiune e cărnosă, de culoare albă, se rade foarte puțin suc. Tot pe suprafață se vede deschiderea unor glande tapetate cu un epiteliu propriu din care la presiune iese un lichid ca laptele de culoare verzue. În alți lobi aceste cavități sunt și mai numeroase formând adevărate rețele.

Microscopic. Această tumoră este constituită dintr'o proliferație glandulară cu caractere destul de normale, înconjurată cu masse conjunctive fibroase. În alte părți însă țesutul conjunctiv din jurul tubilor glandulari proliferați, este din ce în ce mai celular încât tumoara este o trecere dela un adeno-fibrom la adeno-sarcom. Frotiurile făcute din secrețiunea lăptoasă-verzue nu conțin nici microbi, nici polinucleari, încât probabil era o secrețiune lactică anormală.

Cazul ce-l relatez aparține adenofibromului difuz, important prin faptul că este într'o stare de transformare spre malignitate, ce s'a dovedit prin examenul histologic, care arată că în unele părți țesutul conjunctiv din jurul tubilor glandulari proliferați este din ce în ce mai celular.

Aspectul clinic al acestei tumori este cu totul identic ca al unei tumori benigne de adenofibrom al mamelei. Diagnosticul precis în starea incipientă a transformării din punct de vedere clinic este chiar o imposibilitate ab-

solută și numai microscopul este singurul care face acest diagnostic precis după ridicarea tumorei și examinarea secțiunilor.

Adenofibromul în însuși structura sa e benign. Nu se găsește infiltrațiunea epitelială atipică a cancerului, nici proliferațiunea neregulată și modificările celulelor țesutului conjunctiv a sarcoamelor. E suficient însă o prolifera-re puțin mai activă sau mai repede a unuia sau a altui element, pentru a aduce o modificare ce se poate face în două sensuri; uneori este partea epitelială care se modi-fică, alteori țesutul conjunctiv ca în cazul nostru.

Fizionomia clinică a tumorilor mamelei se prezintă sub două aspecte: tumori maligne, la care aparțin epite-lioamele, tumori benigne, fibrom, adenom, adenofibromul, adenomyelomul, adenokystomul, iar într'acestea două gă-sim sarcoamele.

Tumorile benigne ale mamelei sunt rare. Billroth a-rată că din 100 cazuri observate de el, 82 au fost epitelio-ame și numai restul de 18 au fost tumori benigne. Din frecvența cazurilor se explică studiarea mai profundă a tumorilor maligne ca a celor benigne.

Binand Braquehay, Courie, Lécene și Lenormant des-criu două varietăți de adenofibroame: adenofibromul difuz și adenofibromul circumscris.

Adenofibromul difuz formează tumori considerabile cuprinzând întreaga mamelă. Pielea este întinsă, indurată dar sănătoasă.

Adenofibromul circumscris la început are o formă ro-tunjită sau ovoidă, mai târziu ajunge mamelonată sau lobată. Locul de preferință e la periferia glandei mamare. Caracterul mai esențial de benignitate a adenofibromului circumscris e mobilitatea și incapsularea. Este înconjurat de o capsulă fibroasă care în unele cazuri conține vene foarte dilatate. Într'un caz descris de Notta, venele cap-sulei au atins volumul penei de corb. Nu este unit nici cu tegumentele, nici cu baza mamelei, așa că pare a fi cu totul izolat de glanda mamară.

În cazul nostru, precum în general la adenofibroa-mele mai înaintate țesutul din care e compus prezintă di-

ferență de consistență; pe lângă părțile massive și dure, găsim și unele mai moi.

Se prezintă mai frecvent între 20—30 ani, mai rar până la 40. Cazul la vârsta cea mai tânără a fost observat la o fetiță de 9 ani, iar cazul mai în etate la o femeie de 65 ani.

Evoluția este insiduoasă, fără durere. În urma creșterii, mamela tinde a se pediculiza și se scoboară ca o desagă înaintea abdomenului până la ombilic, la pubis și mai în jos.

Volume considerabile s-au constatat cu deosebire la unele adenofibroame trecute în adenosarcoame. Astfel un caz descris de Tischev a cântărit 7 livre, unul de Borchmeyer 12 livre, de Werych 13 livre, iar de Velpeau 20 kilograme cu o circumferență de 1 m. 20.

În cazul nostru tumoarea a fost de o circumferență de 64 cm. și a cântărit 2 kgr. 200 gr. Binaud și Braquehaye descriu un caz de adenofibrom circumscris cu o circumferență de 65 cm. și de o greutate de 3 kgr. 250 gr. Rais descrie un caz cu o circumferență de 25 cm.

La aceste tumori se observă adeseori o scurgere prin mamelon, semnalată de Nelaton. Unii autori au vrut să facă din aceasta un semn al tumorilor benigne, dar această scurgere se află și la epiteliome. Natura acestei scurgeri variază, poate fi un lichid, seros, mucos, seromucos, sanguinolent sau chiar sânge, ce se găsește în deosebi la epiteliome sau la unele tumori benigne cari sunt în transformare spre malignitate.

Acest semn studiat de către Richard nu are valoare nici din punct de vedere diagnostic, nici prognostic, după cum o spune și Labbé și Coyne.

Menstruația influențează în unele cazuri asupra tumorei prin congestii glandulare, care o acompaniază. Altă dată provoacă un fel de ușurare în acest moment.

La adenofibroame, precum în general la tumorile benigne ale mamelei este de o importanță mare lipsa absolută a ganglionilor axilari hipertrofiați, afară de cazurile când se produc infecții secundare sau gangrene fie ale tumorei propriu zise, fie ale glandei mamare.

Tratamentul acestei tumori e chirurgical. În caz când

tumoarea este difuză, sau mare ca și în cazul nostru, se face amputația sânelui. În caz când tumoarea e mică, mobilă, incapsulată și neinfirată, se face extirparea parțială. Trebuie să fim cu multă atenție la ganglionii axilari, în caz de cea mai mică hipertrofie a lor îi vom **extirpa** tumoarea să fie cât se poate de larg extirpată și secțiunea făcută cât mai mult în țesut sănătos.

Raritatea acestei afecțiuni m'a îndemnat să public acest caz de adenofibrom degenerat al mamelei.

CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ

Director: Profesor Dr. D. MICHAIL

**Revistă anuală asupra Ulcerului Cornean, tratat în clinica
oftalmologică din Cluj, pe anul 1919—1920**

DE

D-rd. I GLĂVAN

Preparator al Clinicei

I. Cercetări statistice ale Clinicei oftalmologice din Cluj.

Ulcerul corneean este una din afecțiunile frecvente, pe care le întâlnim atât în spitalele de ochi, cât și în practica curentă.

Datorită faptului că corneea este partea cea mai expusă a ochiului, este adeseori supusă traumatismelor și infecțiilor cu diferiți agenți patogeni

Cercetând foile de observație ale bolnavilor ospitalizați în Clinica oftalmologică din Cluj, dela data de 15 Octombrie 1919, până la 15 Octombrie 1920, am găsit că s'au prezentat *91 bolnavi cu ulcere corneene*. Dacă la această cifră am adăoga și pe aceea a bolnavilor tratați ambulant la consultațiile gratuite ale clinicei, numărul lor ar fi și mai mare.

Clasificați după sex, din cei 91 de bolnavi, 54 au fost bărbați și 37 femei. Lucrul acesta ne arată că cei mai expuși ulcerului corneean sunt bărbații, din cauza multiplor și variatelor ocupațiuni.

Impărțindu-i după vârste, observăm că până la 20 de ani s'au prezentat la clinică 22 de ulcere ale corneei, dintre cari șase erau de natură gonococică, la noui năs-

culi. Ia restul datorite exemelor oculare și traumatismelor mai puține.

Acest fapt este un indiciu prețios asupra *frecvenței ulcerelor de natură gonococică, la nouii născuți*, deoarece în statistica noastră ele ocupă aproape a treia parte, din numărul bolnavilor până la 20 de ani.

Data fiind extinderea pe care a luat-o blenoragia în populația rurală, mai ales acum după război, se poate deduce marele număr de pierderi de ochi a copiilor noui născuți, dela sate, în urma lipsei îngrijirilor suficiente. Lucrul acesta se evidențiază dealtfel și prin marele număr de copii, ce sosesc la clinică cu ulcere ale corneei incurabile, care ne arată urma unor blenoragii oculare neîngrijite.

Deci *numărul ulcerelor blenoragice, corneene, trebuie să fie cu mult mai mare decât acel pe care ni-l lasă, să-l întrezărim cazurile cari au reușit să se ospitalizeze în Clinică.*

Restul ulcerelor până la 20 de ani au fost produse, dupăcum am mai spus, de:

- a) exeme oculare==9.
- b) traumatisme==7.

Dela 20-50 de ani au fost îngrijite 36 de ulcere corneene, datorite:

- 16 exemelor oculare.
- 20 traumatismelor.

Se remarcă deci, în această vârstă, persistența unora din factorii etiologici ai copilăriei, dar se remarcă cu deosebire factorul traumatic.

Dela 50 de ani în sus s'au prezentat la clinică 33 de bolnavi cu ulcere corneene, datorite în cea mai mare parte traumatismelor.

Numărul mare de bolnavi ce se prezintă la această vârstă ne arată că la bătrâni corneea luptă greu cu infecțiunile și ulcerele corneene sunt destul de frecvente la această vârstă.

Privite din punctul de vedere al *cauzelor*, cari le-au produs, găsim că cele mai multe ulcere ale corneei sunt urmări ale traumatismelor de tot soiul.

În special în lunile Iulie și August, în timpul secerișu-

lui, Clinica oftalmologică din Cluj a avut să înregistreze o adevărată epidemie de ulcere corneene traumatice (*ulcères des moissonneurs*).

În adevăr, s'au îngrijit în cursul acestor două luni 28 de ulcere corneene, prin urmare peste 30% din totalul bolnavilor cu această afecțiune, dintr'un an.

Restul ulcerelor corneene, de natură traumatică, au fost împărțite între celelalte luni ale anului.

În total au fost 38 de ulcere *post-traumatice*, prin urmare aproape 42% din totalul ulcerelor îngrijite într'un an.

Destul de frecuent ospitalizate au fost ulcerile grave, consecutive flictenelor de pe cornee. Au fost în total 28 în cursul acestui an.

În timpul tratamentului numeroaselor kerato-conjunctivite flictenuloase, din anul acesta, nu s'a observat producerea niciodată a unui ulcer cornean, în cursul tratamentului.

Tot odată trebuie să atragem serioasă atențiune asupra extremei frecvențe a recidivelor acestor afecțiuni, asupra lungului și persistentului tratament la care trebuiesc să fie supuse și asupra reducerii progresive a vederii, în urma tratamentelor neadministrare convenabil și la timp.

Aceste fapte ne arată cât de salutară ar fi măsura ca aceste afecțiuni să fie îngrijite de medic îndată ce s'au ivit și cât de mulți sunt ochii pierduți, din cauza lipsei de spitale și de specialiști de ochi. Acelaș lucru ni-l confirmă de altfel și consultațiile gratuite, zilnice, ale clinicei, la care se prezintă nenumărați bolnavi, cu pete pe cornee și cu vederea pierdută, pentru că n'au avut posibilitatea să se trateze la timp.

Leziunile acestor flictene atrag astăzi tot mai mult atențiunea oftalmologilor și încep a pierde din aureola de benignitate, cu care erau gratificate până în timpul din urmă.

În cursul războiului chiar medicii militari germani au recunoscut gravitatea acestor leziuni recidivante și au și propus ca combatanții cu astfel de leziuni să fie trecuți

în serviciul de etape, spre a fi în continuă supraveghere medicală și sub tratament ocular imediat.

Examenul bacteriologic al ulcerului din diferite împrejurări nu s'a putut face la începutul anului, în toate cazurile. În ultima jumătate a anului însă, aceste examene s'au făcut sistematic în toate cazurile.

După rezultatele acestor examene bacteriologice am putut afla că cei mai frecuenți agenți patogeni ai ulcerelor corneene erau: *pneumococii*. Veniau apoi în ordine descrescândă: *pseudodiftericii*, *diplobacili* lui Morax-Axenfeld și *streptococii*, în cazuri rare.

Ulcerile cu pneumococi au fost în număr de 19 și în multe cazuri i-am găsit întovărășind ceilalți microbi ai florei bacteriene oculare (de notat frecuența asocierii cu bacilul lui Morax-Axenfeld).

II. Terapeutica ulcerului cornean

În clinica oftalmologică din Cluj, putem împărți în: medicamentoasă și chirurgicală.

a) *Tratamentul medicamentos* a variat după natura ulcerelor. El a dat în general rezultate bune în formele de ulcere corneene cu caracter clinic benign. Din arsenalul terapeutic medicamentos, întrebuințat în clinică contra ulcerelor infecțioase, în special traumatiche, notez:

1) *Optochinul* în soluție 1%, care a dat rezultate frumoase oricâteori a fost întrebuințat.

El a fost întrebuințat sub formă de picături, administrate de 3—4 ori pe zi.

Întreaga literatură, mai ales germană, aduce toată admirația acestui derivat al chininei, cu *acțiune specifică asupra pneumococului*. Francezii l'au întrebuințat mai puțin, Românii și mai puțin ca ei.

S'a relevat acest tratament în Clinica din Cluj, și am putut constata și noi superioritatea lui față de celelalte procedee medicamentoase utilizate.

Observațiile 2, 3 și 4 dela sfârșitul lucrării, documentează afirmațiile noastre.

Superioritatea sa constă în faptul că afecțiunea regresează în câteva zile, punând corneea la adăpostul per-

forațiilor, dacă nu s'au produs până în momentul începerii tratamentului.

În unele cazuri de ulcere, care cu tratamentul medical obișnuit (colargol, protargol, pomadă iodoformată) nu încetau să progreseze, amenințând astfel corneea cu perforare asociind și optochinul am putut să oprim mersul infecțiunii. Observația I este, din acest punct de vedere, edificatoare.

2) În *ulcerele corneene, de natură gonococică*, s'au întrebuințat, cu deplin succes, spălături făcute și noaptea la început la fiecare jumătate de oră apoi, cu regresivitatea afecțiunii, din ce în ce mai rar, cu hipermanganat de potasiu 1/4000.

Au fost asociate la început cu nitratare 2%, de două ori pe zi, mai pe urmă odată pe zi, făcută *direct asupra corneei ulcerate și destul de bogat*, ca să cauterizeze atât întreaga suprafață ulcerată, corneeană, cât și suprafața conjunctivală.

S'a obținut astfel *oprirea aproape imediată a progresivității ulcerului și cicatrizarea sa rapidă. Nitratul de argint deci, asociat cu spălăturile frecvente, devin în mână medicului o armă terapeutică de o energie și rapiditate care echivalează pe aceea a tratamentului chirurgical al ulcerelor infecțioase traumatice.*

Se obțin astfel rezultate admirabile, nu numai contra ulcerelor simple gonococice, corneene, ci chiar în cele cu corneea perforată, și cu inclavare de iris, care puteau să compromită cu desăvârșire ochiul bolnavului. Am avut astfel ocazia să vedem, în urma acestui tratament, cum inclavări mari ale irisului cedau singure, se turteau și ectazia corneei ce rămânea devenia minimă, iar ochiul păstra o bună vedere. De natură gonococică, sistematic tratat, după tehnica indicată, poate fi urmat de ameliorări sensibile ale vederii ochiului bolnav.

3) În *ulcerele corneei de origine exemațoasă*, tratamentul eroic s'a arătat a fi nitratarile (2%) directe pe corneea, odată pe zi, dimineața, urmate la o jumătate oră sau chiar imediat, de aplicarea de pomadă cu precipitat galben de mercur 3%, de bună calitate. Se obțin astfel în cazurile cele mai grave ameliorări obiective și mai ales

subiective, chiar după prima zi de tratament, iar în zilele următoare vindecarea are loc în mod rapid. S'a putut proba astfel, aproape experimental, superioritatea acestei tehnice, față de tehnica obișnuită a administrării în astfel de ocazii, a diferitelor pulberi, ca cea de acid boric, calomel, etc.

b) *Tratamentul chirurgical.* A fost cel mai mult întrebuințat în clinica din Cluj, contra ulcerelor corneene. S'au făcut în total 21 gle galvano-cauterizări și iradiații calorice și 12 paracenteze ale camerei anterioare.

Tratamentul chirurgical e un tratament eroic și sigur totdeauna.

El oprește progresiunea leziunii aproape în mod spontan, cu deosebire în cazurile de ulcer cu caracter serpiginos grav.

În aceasta stă dealtfel superioritatea sa mare, față de tratamentul medicamentos, a cărui acțiune este mai puțin traumatizată pentru cornee, dar e mai puțin rapidă.

Acțiunea sa mai este încă superioară tratamentului medicamentos și prin faptul fenomenului de obișnuință, pe care-l capătă agentul patogen cu medicamentele întrebuințate (optochinul în special). În adevăr, în urma întrebuințării mai prelungite a medicamentului se observă adeseori cum ulcerul, care mergea spre vindecare, deodată își reîncepe activitatea distructivă cu toată acțiunea medicamentului.

În astfel de cazuri tratamentul chirurgical are avantajul că oridecâteori leziunea are intenția să-și reînceapă virulența să i-o poată reduce imediat și cu aceeaș putere, oridecâteori s'am întrebuința.

Terapeutică chirurgicală a ulcerului cornean rămâne deci arma cea mai puternică, mai de urgență și mai sigură, în mâinile oftalmologului, contra ulcerelor grave, serpiginoase în general.

Din acest punct de vedere trebuie deasemenea să notăm că rezultatele clinice demonstrează că iradiațiile calorice se arată inferioare cauterizării directe, în special galvano-cauterizării ulcerului.

Tactica terapeutică adoptată în Clinica din Cluj, actualmente, este următoarea: se face galvano-cauterizarea

directă a ulcerului, oridecâteori ulcerul cornean prezintă o margine infiltrată. Se cauterizează marginea ulcerului numai în porțiunea infiltrată, invadantă, în restul ulcerului, mărginindu-ne numai la simple iradiații calorice.

E de preferat să se facă orice cauterizare cu ace de cauter cât mai fine, și în puncte fine alăturate, spre a se evita distrugerea mai mult decât necesară a țesutului corneean.

În zilele următoare se cercetează mersul ulcerului, cu ajutorul dublei colorații, cu: *floresceină* și *albastru de metilen*. Dacă se observă invadări ale ulcerului în alte direcții, se procedează din nou la galvanocauterizare. Dacă însă invadarea ulcerului cedează ceace e mai des. se completează tratamentul cel medicamentos.

Se face uz de paracenteza corneei anterioare nu numai în cazurile cu hipopion mare, sau care crește zilnic cu tot tratamentul, dar mai ales când ulcerul e însoțit de hipertonie oculară. În astfel de cazuri, indiferent de existența sau neexistența hipopionului, indiferent de mărimea lui, se procedează la paracenteza inferioară a camerei anterioare, cu pica, cu evacuarea cheagurilor fibrinoase. La nevoie se poate repeta intervenția în zilele următoare, redeschizându-se prima plagă de paracentză. Nu se va face niciodată uz de incizia clasică a lui Saemisch, care e condamnabilă din toate punctele de vedere. Tratamentul chirurgical va fi, bineînțeles, completat prin cel medicamentos, până la completa vindecare.

În cazurile în care bolnavii s'au prezentat cu ulcere grave, cu infecția totală a polului anterior, sau cu fenomene de panoftalmie, s'a procedat după împrejurări, la eviscerația sau enucleația polului anterior.

III. Rezultatele optice

Afecțiunile corneei sunt mai totdeauna grave, prin faptul că aduc diminuarea acuității vizuale.

Prin urmare, scopul terapeuticeii ulcerului cornean este păstrarea cât mai intactă a țesutului cornean, spre a putea obține o *acuitate vizuală cât mai bună*.

Din 91 de ulcere, de toate formele, (cele mai multe

grave), 23 de bolnavi au ieșit din clinică cu acuitatea vizuală superioară lui $1/6$ — prin urmare aproape 25% din totalul ulcerelor, au plecat cu o vedere destul de bună.

Au plecat 14 bolnavi cu acuitatea vizuală zero. În cele șase ulcere gonococice, la copii noui născuți, nu s'a putut lua acuitatea vizuală. S'au mai prezentat doi bolnavi cu panoftalmii și au fost eviscerați, iar la șase bolnavi a trebuit să se facă enucleația globului ocular. Restul de 54 bolnavi au părăsit clinica cu acuitatea vizuală inferioară lui $1/6$.

Rezultatele optice pe cari le-au obținut bolnavii, prin îngrijirile clinice, nu se pot aprecia definitiv, deoarece bolnavii plecau îndată ce se vindecau, sau se ameliorau, încât nu erau cu leziunile lor complet consolidate. Mulți dintre ei, cercetați mai târziu, desigur că vor prezenta acuități vizuale și mai bune. Până acum nu s'au putut face cercetări de oarece nici unul dintre bolnavii tratați nu s'au mai prezentat la clinică în decursul acestui an.

În multe cazuri am observat o regenerare transparentă a corneei, mai ales la periferie.

Uneori am avut ocazia să constatăm acest lucru chiar în ulcerele serpiginoase grave, care cuprinseseră întreaga suprafață corneană, după cum se vede din observația II.

În rezumat, cercetările făcute asupra ulcerului cornean în Clinica oftalmologică din Cluj, arată că:

1) Ulcerul cornean, în țară la noi, joacă un rol important în producerea orbirei; în copilărie prin formele gonococice și cele flictenulare, în vârsta adultă prin formele flictenulare și mai ales traumatice, în vârsta bătrâneții mai ales prin formele traumatice.

e) Că numărul orbilor și chiorilor produs de aceste leziuni, s'ar reduce enorm prin creierea de spitale de specialiști, și prin solide cunoștințe oftalmologice ale tuturor medicilor practicieni.

3) că ar trebui să se dea o bună instrucție oftalmologică chiar și personalului sanitar inferior, cu deosebire moașelor și agenților sanitari, cari sunt cu totul nepregătiți în această direcție, care au un important rol sanitar, mai ales la sate, și care ne furnizează cel mai mare contingent de orbi.

4) că ulcerul astăzi prezintă o terapie destul de variată, de sigură și de eroică, care aplicată la timp și cu știință, poate da rezultate admirabile.

5) că terapia conservativă, chemoterapică, a ulcerului cornean, ar însemna un progres considerabil și că încă de azi rezultatele sale sunt destul de încurajatoare.

(Din observațiile clinice oftalmologice din Cluj a D-lui Prof. D. Michail

OBSERVAȚIA I.

Ulcer serpiginos al corneei, cu pneumococi

Zileru Gh., plugar, de 53 de ani, intră în clinică la 1 August c. pentru dureri ale ochiului stâng, lăcrămare abundentă diminuearea acuității vizuale și fotofobie.

Istoricul bolii: Declară că mai înainte cu 2 săptămâni, când secera la grâu, s'a lovit cu un spic în ochiul stâng.

Un întreg cortegiu de fenomene alarmante, l'au silit să se prezinte la clinică. Cluj / Central University Library Cluj

Starea prezentă:

1) *Examenul extern* al ochiului: Pleoapa superioară edematiată, conjunctivele tarsale injectate și acoperite în parte de secrețiuni. Congestie pronunțată pericheratică. *Corneea:* opalescentă în întregime. În centru prezintă un ulcer de formă discoidală, cu marginile superioară și nazală infiltrate și cu tendință la progreseune.

Toată ulcerarea se colorează cu albastru de metilen. Pupila miotică. În partea inferioară a camerei anterioare un mic hipopion.

Examenul căilor lacrimale: ambele permeabile și fără secrețiuni.

Examenul bacteriologic: Numeroși *pneumococi*.

2) *Examenul funcțional* al ochiului.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} = 5/5 \\ \text{OS} = \text{distinge mișcări la 1 metru} \end{array} \right.$

Reacția pupilară = păstrată

Tratament: 5 August: Se institue un tratament cu Atropină, Colargol și comprese umede calde, schimbate de mai multe ori pe zi.

7 August: Se cauterizează cu galvanocauterul marginea temporală a ulcerului. Atropină, pomadă cu iodoform.

10 August: Ulcerul a înaintat spre partea nazală, ajungând la invazia până la limb. Se face *paracenteza* camerei anterioare, eliminându-se hipopionul. Peste 2 zile se repetă paracenteza camerei anterioare.

18 August: Margina invadată a ulcerului s'a întins către partea superioară a limbului cornean.

Se face iradiație cu galvanocanterul și se institue tratamentul cu *Optochin* 1%, instilații de 5 ori pe zi, pe care bolnavul îl urmează până la vindecare.

20 August: Bolnavul declară că i-au dispărut durerile din ziua precedentă și că are percepția luminei. Cu albastru de metileu să colorează slab toată corneea; Ochiul e hipoton:

24 August: Ulcerul a dispărut, corneea s'a epitelializat aproape în întregime. Injecția pericheratică și onjunctivală au dispărut. Bolnavul zărește mișcările degetelor la $\frac{1}{2}$ metru.

La 3 Septembrie părăsește Clinica cu corneea opacă în partea inferioară, camera anterioară diminuată.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} O D = 5/5 \\ O S = \text{distinge mișcările degetelor la } \frac{1}{2} \text{ metru.} \end{array} \right.$

I se prescrie acasă: instilații cu colargol 1%

CBSERVAȚIA II.

Ulcer cornean serpiginos, cu pneumococi

Maria Stirb. de 50 de ani, intră în Clinică la 3 August c., pentru dureri în Ochiul drept.

Bolnava declară că cu vreo 17 zile mai înainte s'a lovit cu un spic de grâu în ochiu, când era la seceriș. La 10 zile n'a mai văzut deloc cu ochiul bolnav și fenomenele dureroase s'au intensificat.

Starea prezentă:

1) *Examenul extern* al ochiului: Conjunctivele palpebrale și bulbară sunt hiperemiate. *Corneea* prezintă o ulceratie, ce cuprinde aproape toată jumătatea inferioară, de formă conică ce se colorează intens cu albastru de metilen Spre marginea temporală a ulcerului o zonă de infiltrație, destul de pronunțată. Camera anterioară mărită.

Examenul bacteriologic — pneumococi

2) *Examenul funcțional* al ochiului =

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} O D = 0 \\ O S = 1/6 \end{array} \right.$

Reacția pupilară $\left\{ \begin{array}{l} O D = \text{nu se poate iua} \\ O S = \text{leneșă} \end{array} \right.$

Tensiunea intraoculară = normală la A. O.

Tratament: 4 Septembrie: Instilații cu *optochiu* soluție 1%, de 5 ori pe zi — care se urmează până la sfârșit.

6 Septembrie: S'a format un abces central interlamelor al corneei, care s'a vidat chiar în noaptea următoare la suprafața corneei.

13 Septembrie: Corneea, în centru, are încă o ulceratie mică.

de forma unei potcoave. Se observă o *regenerare transparentă* a restului corneei. Injecția pericheratica persistă, dar mai puțin pronunțată.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{O D} = \text{numără degetele la } 10 \text{ ct. m.} \\ \text{O S} = 1/6 \end{array} \right.$

Bolnava iese din Clinică, după cerere.

OBSERBAȚIA III

Ulcer serpiginos corneean

Cristina Cocian, de 58 de ani, intră în Clinică la 17 August c., pentru dureri în ochiul drept. Bolnava declară că s'a lovit cu un spic de grâu, la seceriș, în ochiu, de vreo 3 săptămâni.

Starea prezentă:

Pe *Corneea* prezintă un ulcer, central, perforant. Camera anterioară dispărută.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{O D} = 0 \\ \text{O S} = 5/5 \end{array} \right.$

Fenomene de irită.

Tratament: 18 August: *Optochiu* de 5 ori pe zi, în soluție de 1% și atropină. A 3-a zi se adaogă aspirină 1.50 gr pe zi. După 4 zile au dispărut toate fenomenele de irită.

24 August: Ulcerul nu se mai colorează cu albastru de metilen

30 August: Injecția pericheratică a dispărut. Corneea are în jumătatea inferioară o maculă, de mărimea unui bob de linte.

Pupila cu conturul neregulat.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{O D} = \text{distinge mișcările la } 2 \text{ m.} \\ \text{O S} = 5/5 \end{array} \right.$

OBSERVAȚIA IV

Ulcer corneean cu pneumococi și pseudodifterici

Catarina Palko: de 50 de ani, intră în clinică la 7 August c., pentru dureri în ochiul stâng. Bolnava declară că înainte cu 5 zile s'a lovit în ochiu cu un spic de grâu, la seceriș.

Starea prezentă:

1) *Examenul extern* al ochiului: Lăcrămare și ușoară fotofobie. *Corneea*, în partea internă, prezintă o opacitate, în mijlocul căreia se vede un ulcer, de mărimea unei gămălii de ac —, care se culorează cu albastru de metilen.

Examen bacteriologic: pneumococi și bacili pseudodifterici

2) *Examenul funcțional* al ochiului

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{O D} = 5/5 \\ \text{O S} = \text{la } 2 \text{ metri numără degetele} \end{array} \right.$

Tensiunea intraoculară: mărită la OS

Tratament: 7 August: Se institue tratamentul cu *optochin* 10%, instilații de 4 ori pe zi — care e urmat până la plecare.

10 August: Fotofobia a dispărut, injecția pericheratică de asemenea. Ulcerul s'a cicatrizat.

13 August: Bolnavul părăsește clinica cu o opalescență în centrul corneei, ce ocupă $\frac{1}{2}$ din pupilă. Irisul are o ruptură în partea infer.-nazală.

$$\begin{cases} \text{O D} = 55 \\ \text{O S} = 113 \end{cases}$$

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LES PEDICULIDES

(Extras din „Journal of Parasitology“, Marth 1920, vol. VI, pag. 144-147)

de Prof. N. Leon

Cu ocazia epidemiei de tifus exantematic ce a bătut armata și populația română în timpul războiului în 1917 autorul a făcut următoarele observațiuni interesante asupra păduchelui de corp:

a) Substanțele recomandate de Prowazek, Versluys, Marschalke, Meltzer ca paraziticide (esența de eucalipt, de terebentină, balsamul de Peru, tinctura de acorus calamus, sulful precipitat), autorul le-a găsit complet ineficace.

b) Autorul a constatat pentru păduchii de haine ca și Galli-Valerio pentru păduchii de cap, că ei pot suge și animalele (cobai, șoareci albi, câine, pisică, iepure de casă).

c) Constată apoi faptul important că toate substanțele grase împiedică colajul ouălor de păduchi de firele țesăturilor vestmintelor, și că lipind capacul ouălor omoară larvele, iar astupând orificiile organelor respiratorii ale adulților îi asfixiază.

Grație acestei acțiuni ciobanii români cari poartă cămăși și pantaloni muiăți în unt topit nu au păduchi deși stau luni întregi în munți cu oile fără ași schimba rufăria. Autorul recomandă din acest punct de vedere petrolul.

d) Din cercetările autorului mai reșe că nu există decât o singură specie de păduchi de corp fără nici o variație.

e) Muștele pot foarte bine să fie agenți transmițători de păduchi, fapt pe care autorul îl demonstrează prin experiențe personale.

Prof. Dr. Mihail

Intr'o broșură însoțită de 8 figuri, care după spusele autorului constituie un adaos la observațiile sale helmin-tologice, publicate înainte de război în diverse reviste ger-mane de specialitate, autorul citează diferiți paraziți rari pe cari a avut ocaziunea să-i studieze și cu al căror studiu reușește să îmbogățească încă cunoștințele helmintologice actuale. Printre acești paraziți autorul descrie:

Hymenolepis murina Dujardin două cazuri, *Braun-ia Iassyensis* Leon două cazuri, *Cysticercus cellulosae* șase exemplare pe inima unei femei, *Tatia acanthorynca*, *Merocestoides linleatus* Goze, *Fasciolleta ilocana*, *Ascans-canis* Werner, *Trichocephalus trichiurus* Liñe, *Echyno-chyncus polymorphus* Bremser.

Prof. N. Leon: Note sur quelques vers parasites de Roumanie.

(Extras din „Annales scientifiques de l'université de Iassy”. IX. fasc. 3—4 pag. 308.

Prof. Dr. Mihail

BCU Cluj / Central University Library Cluj

REFERATE DE OFTALMOLOGIE

DE

D-rand I. Glavan

Preparator al cliniceii oftalmologice

Dr. N. Răsvan. — *Considerațiuni asupra tensiunii oculare în cataracta senilă nematură*, „Spitalul“ No. 6 din 1920.

Autorul insistă asupra unuia din factorii importanți, de care trebuie să se țină seamă în operația cataractei nemature: *tensiunea intraoculară mărită*.

Urmărind această chestiune, a găsit o strânsă legătură între tensiunea mărită a ochiului cu cataractă nematură și între astigmatismul hipermetropic vertical, al corneei aceluiaș ochiu.

Autorul explică hipertensiunea oculară, fenomen trecător, ca fiind datorită măririi de volum a cristalinului, în perioada de opacifiere. Tot acestei măririi de volum al cristalinului i se datorește și astigmatismul contrar regulei, al corneei ochiului respectiv, de care e însoțită mai totdeauna hipertensiunea intraoculară.

L. Cheinisse. — *La teinture d'iode en oculistique* „La presse medicale“ No. 49, din Iulie 1920.

Cheinisse, cercetând ultimele lucrări asupra acestei chestiuni, expune, rezultatele pe care le-au avut diferiți oftalmologi, întrebuișând tinctura de iod ca tratament al ulcerului cornean.

Rezultate frumoase au avut: Jacquau (de Lyon), Van Lint (de Bruxelles), Cantonnet și toți câți au mai încercat acest tratament.

Se recomandă întrebuișarea tincturei de iod în ulcerele recente, superficiale, ca și în ulcerele grave. Cauteri-

zarea ulcerului cu tinctură de iod se face la fiecare două zile. Jacquesau, în cazurile grave a întrebuițat și de două ori pe zi.

Van Lint a adăogat la tinctura de iod și precipitat galben de mercur 2% și a avut rezultate satisfăcătoare, mai ales în ulcerele corneene rebele. Cele două medicamente se întrebuițează în ordinea următoare:

1-a zi=precipitat galben de mercur seara.

2-a zi=precipitat galben de mercur dimineața și seara.

3-a zi=tinctură de iod dimineața și precipitat seara.

4-a zi=precipitat galben dimineața și seara.

5-a zi=tinctură de iod dimineața și precipitat galben seara.

Tratamentul acesta se repetă până la vindecare.

Van Lint a avut rezultate frumoase, cu acest procedeu, în toate formele de ulcer cornean; într'un caz de ulcer serpiginos al corneei a obținut cicatrizarea cu acest procedeu, chiar după ce distrusese o treime din cornee.

Dr. Adela Leonida. — *Complicații oculare în tifosul exantematic.* „Spitalul“ No. 7 din 1919.

În epidemia din 1917, autoarea a avut ocazia să studieze o mulțime de bolnavi de tifus exantematic, la care a găsit multe complicații oculare.

În majoritatea cazurilor, bolnavii prezentau *hiperemii papilare*, cu acuitatea vizuală normală și *nevrite optice*.

Ceeace e de remarcat în complicațiile oculare ale tifosului exantematic, e asemănarea lor cu leziunile datorite sifilisului (Reacția Wassermann era negativă totdeauna).

Miosis-ul s'a observat în 50 de cazuri hipertoxice, contracția pupilară fiind exagerată. 40 din acești 50 de bolnavi au sucombat.

În afară de aceste complicații s'au observat adescori și altele supra-adăogate, în special cele datorite stafilococilor.

În aceste cazuri, terapia cu instilații de ser antistrep-tococic a dat rezultate frumoase.

Dr. Beauvieux et Dr. Delorme. — *Extraction des corps étrangers magnetiques du vitre.* „Archives ophtalmologie“ No. 5 Mai 1920.

Pentruca să precizeze care-i calea cea mai bună de urmat pentru extracția corpurilor străine, din segmentul posterior al ochiului, cu magnetul, Beauvieux și Delorme au întreprins o serie de cercetări, în clinica prof. Lagrange, dela Bordeaux.

Rezultatele sunt următoarele:

Extracția prin corneă, cu magnetul puternic, nu aduce nici o turburare profundă și infecțiile sunt rare.

În 14 intervenții, în care extracția s'a făcut pe *calea posterioară*, autorii au avut două iridociclite și două panoftalmii.

Făcând experiențe pe animale au ajuns cam la acelaș rezultat: pe șase animale au avut: 3 cazuri de deslipiri de retină, considerabile, și o pautoftalmie, ce s'a produs a 6-a zi după extracție.

Autorii recomandă:

1) Să se facă extracția pe calea posterioară, cu electromagnetul puternic, numai când bolnavul s'a prezentat îndată după accident și când plaga penetrantă e încă deschisă, în orice caz să nu se redeschidă.

2) Pe calea anterioară să se facă extracția cu iridec-tomie și în cazul când corpul a pătruns prin cristalin și dacă nu l'ar fi atins la intrare.

Dr. Ch. Coutela. — *Des complications rétinienues du diabète sucré.* „Paris Médical“ du 4 septembrie 1920.

Semnalate clinic încă dela 1849, de Landouzy, complicațiile retiniene începură să fie studiate în mod serios numai după descoperirea oftalmoscopului.

Contribuții interesante la elucidarea acestei chestiuni aduseră Rochon-Duvigneaud, Charlotte, Oufroy, etc.

Sub influența unei toxemii, de orice natură ar fi, retina prezintă modificări constituite din două feluri de elemente: a) elemente albe (exudate și fibrinoase) și b) elemente roșii (emoragii).

Hemoragiile retiniene sunt constante; la diabetic își

au sediul la polul posterior, dar nu se localizează acolo. Pot fi abundente și de multe ori invadează vitrosul, făcând astfel fundul ochiului să nu se mai lumineze. *Elementele albe* iau diferite forme, între cari cele mai obișnuite sunt: ori de placarde, ori de inel care acopere macula (retinita circinată).

Clinic se disting trei forme:

a) *Punctată centrală*: puncte albe la nivelul polului posterior, cu hemoragii (forma aceasta e proprie diabetului pur, fără complicații azotemice, ori albuminurice,

b) *Forma cu hemoragii și exudate* (puncte și placarde).

c) *Forma hemoragică*, cu plăci întinse și multe.

Toate acestea, împreună cu turburările funcționale acuzate de bolnav: diminuarea vederii, scotome centrale, ori periferice, atrag atenția oricărui specialist asupra stării aparatului circulator și a rinichiului. În majoritatea cazurilor urina conține zahăr și leziunile retiniene sunt, de cele mai multe ori, elemente revelatoare de diabet.

În 14% din cazuri, Oufroy a găsit tensiunea arterială normală; hipertensiunea au găsit-o toți cercetătorii frecuentă.

Studiind sângele s'a observat foarte adeseori o hiper-vascozitate. Cercetând ureea din sânge, în 50% din cazuri, s'a găsit o cifră normală, sau mai mică decât normală.

Semne patognomonice deosebite retinitele albuminurice de cele azotemice (starea maculară la albuminurici). Lucru important din punctul de vedere al prognosticului.

Pentru că leziunile retiniene pot fi multă vreme necunoscute, specialistul să-și aducă aminte adesea de ele și în prezența unei cataracte, la un diabetic, să facă totdeauna rezerve, asupra acuității vizuale de după operație.

I. Glavan.

Lapersonne et Sendral: *Résultats de la ligature uni ou bilaterale de la carotide primitive dans deux cas d'exophtalmos traumatique.* (Resultatele ligaturii uni sau bilaterale a carotidei primitive în două cazuri de exoftalmie traumatică), p. 8-20.

Autorii crede, că în caz de exoftalmie de origină vasculară trebuie exclusă ligatura carotidei interne, căci acci-

dentele cerebrale și oculare imediate sau toardive sunt cu mult mai grave, decât cele după ligatura carotidei primitive. Trecând la cazurile sale găsește: I. o eroftalmie monolaterală consecutivă unui anevrism traumatic al carotidei interne pe care l-a vindecat prin ligatura carotidei primitive.

II. O exoftalmie bilaterală traumatică datorită unui anevrism arterio-venos prin ruptura carotidei în sinusul cavernos; nu a putut fi tratat cu folos decât prin ligatura bilaterală a carotidelor primitive. O condiție principală de reușită este însă, ca operația a doua să fie executată după un interval de timp mai lung. În acest interval de pauză se va face compresiunea digitală cu prudență în o serie de ședințe care prepară circulația colaterală a arterelor vertebrale. Autorii urmărind mai bine de doi ani aceste două cazuri, ajung la concluzia, că *singurul tratament eficace* al exoftalmiei datorite leziunilor vaselor mari prin fractura directă sau indirectă a bazei craniului este: *ligatura simplă sau dublă a carotidelor primitive.*

Van Duyse: „*Pathogénie des colobomes chorio-rétiniens atypique (centraux, paracentraux, extra papillaires)*, pag. 22-34.

Descriind un caz de colobom corio-retinian atipic, paracentral și poliinsular găsit la un copil de 4 ani, trece în revistă, critică literatura asupra acestei materii și ajunge la următoarele concluzii:

Colobomele atipice centrale sunt de origină: *fisurală*, fapt ce este susținut de existența duplicaturei retiniene la marginea colobomului central (atipic).

Pseudo-colobomele atipice -- plăcile colobomatoase -- sunt de origină: *nefisurală*, și anume pot fi cauzate de:

- a) hiperplasia glială,
- b) hiperplasia mesodermică,
- c) aplasia embrionară.

Weckers: *Un amphithéâtre de chirurgie oculaire* p. 34-37.

Pentru operația asupra membranelor externe ale ochiului este necesar luminajul, complet, iar pentru operațiile intraoculare și ale segmentului ant. al ochiului să

fie luminat numai câmpul operator. Medicul operator și spectatori să se găsească într'o semi-obscuritate, ce permite mai ușor aprecierea profunzimei camerei anterioare și distrugerea irisului cu toate detaliile sale. Important rol joacă pe lângă intensitatea și difuziunea luminei și starea de adaptație retiniană a operatorului. Sensibilitatea retiniană crește, dacă retina este slab luminată. Astfel se explică superioritatea luminajului artificial localizat pe câmpul operator față de cel natural.

F. Terrien : „*Le traitement orthoptique du strabisme sans instruments ni prismes*“. (Tratamentul ortoptic al strabismului fără instrumente și fără prisme, pag. 37-42.

Van Lint : „*Trepanation de l'unguis et placement d'un drain en caoutchouc dans la dacryocystite chronique*“. (Trepanația osului unguis și așezarea unui tub de cauciuc în cas de dacriocistită cronică), pag. 42-47.

În cazuri de dacriocistită cronică autorul recomandă o intervenție tehnică mai ușoară ca dacrio-cisto-rinostomia lui Toti. Operația constă din trepanația osului unguis cu trepan special, apoi prin orificiul creiat în unguis, drenarea cu un tub de cauciuc. Sutura endermică a plăgei, pansament compresiv. A patra zi pansamentul suprimat. A opta zi injecție prin punctul lacrimal cu ser fiziologic. A 10--15-a zi îndepărtarea drenului. Canalul nou se închide însă după un timp oarecare.

Autorul totuși taxează chiar și cazurile cu rezultat puțin favorabil de egale cu rezultatele extirpării sacului lacrimal. Nu se poate explica această metodă:

- 1) la saci inchistați prin obliterația canalicului lacrimal.
- 2) la saci cu fungozități multiple.
- 3) la cazuri cu rinite hipertrofice.

Garepois : „*La champ visual dans les lésions traumatiques du fond de l'oeil*“. (Câmpul vizual în cas de leziuni traumatice ale fundului ochiului), pag. 47-50.

Autorul găsește după leziunile traumatice ale fundului ochiului ca particularitate caracteristică în câmpul vizual:

jumătatea inferioară conservată având o scobitură la punctul de fixație, deci o formă emianopică, pe care uneori o prezintă și deslipirea de retină. Leziunile coroidiene fiind neînsemnate față de alterația câmpului visual, crede, că din punct de vedere al conservării câmpului visual are rol important și gradul contuziei retinei.

Landolt: „*L'influence de la situation du verre convexe sur l'adaptation de l'oeil*“. (Influența situației a leutitelor convexe asupra adaptației ochiului), pag. 65-71.

Autorul declară de legendă pură faptul citat, că presbiții își întăresc ochelarii punându-i pe vârful nasului și bazat pe calcule de optică matematică ajunge la următoarele concluzii practice:

Afacul poate ceti cu aceeași sticlă convexă, care-i este bună pentru vederea la distanță, dar trebuie să o plaseze pe vârful nasului.

Lentilele convexe slabe plasate la o mare distanță de ochi produc o mărire mai considerabilă a obiectivelor observate, că lentila mai puternică așezată aproape de ochi.

Duverger et Barré: „*Tension artérielle rétinienne*“, p. 71-87

Cu ajutorul dinamometrului lui Bailliart și cu tonometrul lui Schioetz autorii au ajuns (prin cercetări pe 56 cazuri) la următoarele concluzii asupra tensiunii arteriale retiniene.

1) Media tensiunii arteriale retiniene este la om normal de 50—60 ca minimum și 80—100 ca maximum.

2) Tonusul ocular nu este mărit de hipertensiunea arterială retiniană durabilă.

3. Tensiunea arterială retiniană nu este mărită de hipertonia oculară.

4. Tensiunea arterială retiniană pare a fi sensibil egală cu tensiunea umerală măsurată la înălțimea ochiului; în tot cazul ea variază paralel cu tensiunea generală, — nu există tensiune retiniană locală, diferență de cea generală.

5) Dacă rezultatul cercetărilor se adevărește, va fi suficient în practică pentru a obține tensiunea arterială retiniană, ca să se măsoare tensiunea arterei umerale.

Velter: „*Quelques mensurations de la tension arterielle retinienne*“. (Câteva măsurături de tensiune art. retiniană) p. 88-94.

Criticând inconvenientele dinamometrului ocular a lui Bailliart și a tehnicii recomandate de acesta, comunică rezultatul cercetărilor sale personale, a căror concludii sunt identice cu acelea ale lui Duverger și Barré.

1) Tensiunea arterială retiniană este în raport intim cu tensiunea arterială generală și nu cu variațiile tonusului ocular.

2) Tonusul ochiului nu este sensibil influențat de tensiunea arterială.

Wcckers: „*L'irido-cyclite due a une lésion du trijumeau*“. (Irido-ciclită datorită unei leziuni a trigemenului), p. 95-103.

Citează observația unei bolnave, care a prezentat în tinerețe simptome oculare datorite unei tensiuni iritative a simpaticului stâng, — cari au persistat mulți ani, urmate de tulburări trofice cutanate și osoase pe teritoriul ramului oftalmic al trigemenului stâng (în special n. nasal și n. frontal). În timpul din urmă apare la O. S. o iridociclită cronică recidivantă. Toate aceste alterațiuni se pot explica prin o leziune a trigemenului, a cărui cale o iau și firisoarele simpaticice destinate ochiului, încât însăși irido-ciclită poate fi considerată ca o consecință a alterației trigemenului, mai ales știut fiind rolul important, al acestui nerv cu nutriția oculară.

Boalele infecțioase (gripa) poate cauza iridociclită atât prin inoculația microbială directă a uveei, cât și indirect prin provocarea unei alterațiuni a trigemenului.

Deaceia totdeauna, când nu știm cauza vreunei iridociclite, vom căuta semnele caracteristice ale unei leziuni de trigemen (tulburări de sensibilitate corneană, a pielei frontale, tulburări trofice etc.).

Cantonet: „*Luxations rares du cristallin*“, p. 103-106.

Citează două observațiuni de luxație rară cristalină.

I. Cristalinul luxat subconjunctival incomplet printr-o ruptură a scleroticeii sup. paralel cu limbul. De remarcat toleranța mare a ochiului față de cristalinul luxat.

II. Cristalinul trecând prin pupilă în camera anterioară decolează irisul în partea inf.-nasală și alunecă după părerea autorului între vitros și procesele ciliare.

Lacroix: „*Varicocèle de l'orbite (Exophtalmie à volante)*“ pag. 106-113.

Studiu clinic în legătură cu o observațiune. Luând în revistă literatura corespunzătoare ajunge la următoarele conclusiuni:

Varicocelul orbitei provine din tendința de dilatare a venelor oftalmice pe bază de predispoziție anatomică asociată cu vre-o anomalie congenitală sau cu vre-o leziune patologică. Afecțiunea aceasta se prezintă în 3 forme:

a) Tumoare venoase intermitente fără exoftalmie.

b) Tumoare venoase și exoftalmie intermitentă.

c) Exoftalmie intermitentă fără tumoare vizibilă. Aceste două categorii din urmă sunt de fapt, două grade ale varicocelului retro-bulbare.

Dr. Virgil Popoviciu

Preparator la clinica oftalmologică din Cluj

Referate asupra bolilor genito-urinare și venerice

V. C. IACOBSON. *Maladia chistică a bazinetului, ureterului și vezicii.*

Reia acest studiu început de Morgagni, Johnson (1816) și Litton (1876) și în urma examenului anatomo-patologic conchide:

1) că se observă această maladie la bătrâni peste 50 de ani.

2) că arterioscleroza e prezentă totdeauna.

3) că în antec.: pielonefrită, litiază renală, cistită, prostatită Iacobson, discutăm cele 3 opinii asupra patogeniei ei (parazitara, retenționistă și a „cuiburilor celulare ale lui V. Brunn), admite cea din urmă, întrucât a observat că „cuiburile celulare” sunt numeroase la bătrâni și se transformă în chiste.

II. STRATHY, SMITH și B. HANNAH, descrie:

58 de cazuri de intoxicație tardivă prin As. (Arsenobenzol. dar în acelaș timp și injecții mercuriale).

a) în 50 cazuri au apărut simptome în legătură cu *Ficatul*.

b) în 8 cazuri *dermatite* (erupții eritematoase confluențe cu descuamație consec. și infiltrație cu pigmențație brună a tegumentelor).

c) în 5/10 cazuri albuminuria.

d) Nefritele periferice și oedemele accidente excepționale. Accidentele descrise apar tardiv după încetarea medicației. În 8 cazuri de moarte primeau 4—11 injecții corespunzătoare la 2 gr., 2—6 gr. 95 as.

Concluzia din punct de vedere profilactic, administrarea intensivă a As. și Hg. e periculoasă.

(The Lancet, Londra 1920)

III. LEOPOLD-LEON reamintește că accidentele datorite As. benzolului sunt datorite *tiroidei*. Corpul tiroid participă la problema *anafilaxiei*, provocând turburări angiocrinice. (Soc. med. Paris, 8.X.1920),

IV. GOUBEAU vorbind la S. med. Paris. (X.1920), despre *Traumatism și sifilis* scoate în evidență necesitatea căutării sifilisului, după traumatism, în interesul bolnavului. El a observat rolul frecvent al traumatismului în producerea manifestărilor sifilitice.

Dr. Od. A.

PUBLICAȚIUNE

Se aduce la cunoștința domnilor medici, că sunt vacante următoarele locuri de circumscripții rurale:

- 1) Beca maghiară.
- 2) Ceaușul de câmpie.
Răciul de câmpie.
- 4) Ungheș-Nojaradta.
- 5) Acățari-Akosfalva.
- 6) Dămieni-Deményhaza.
- 7) Deda.
- 8) Târgu-Mureș III.

Termenul de înscriere este de 30 de zile dela data publicării.

Remunerația este cea prevăzută în decretul lege XXI C. D.

Doritorii își vor adresa cererile împreună cu următoarele acte:

Actul de cetățenie; actul de naștere; actul de sănătate; diploma de medic, Inspectoratului general al Direcțiunii generale a Serviciului sanitar din Cluj.