

CLUJUL MEDICAL

PUBLIICAȚIUNEA

FACULTĂȚEI DE MEDICINĂ

BCU Cluj / Central University Library Cluj

ANUL I. No. 2

1 MARTIE 1920

—
REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA
CLINICA OFTALMOLOGICĂ
CLUJ - ROMÂNIA

BUCUREȘTI

—
TIPOGRAFIA „CULTURA”

Strada Cămpineanu, 15

1920.

Cercetări asupra morfologiei, paliummetriei și cito arhitectoniei scoartei la alienați

DE

Prof. Dr. URECHIA și Agregat Dr. PAPILIAN

Cercetările făcute până în prezent asupra dispozițiilor și anomaliilor de circonvoluțiuni la alienați sunt puțin numeroase. În ceea ce privește paliummetriea, afară de lucrarea Prof. Marinescu, noi nu cunoaștem o lucrare analoagă; ori, acestui element ca și celui al gradului de profunzime a șanțurilor și scisurelor, credem că trebuie să îi se acorde o importanță bine meritată, în orice studiu anatomic al scoartei. Cât despre cito-arhitectura la alienați, studiile puțin numeroase până acum s'au mărginit mai mult la idiota și la epileptici, nu s'a făcut un studiu complex asupra diferitelor tipuri anatomice stabilite în scoarța cerebrală și nici, în special, asupra plicelor anastomotice și a celorlalte dispozițiuni morfologice, anormale, pe care le întâlnim în scoarță, la alienați.

În special toate aceste studii s'au îndreptat numai la un număr restrâns și special de cazuri: idiotie, epilepsie; iar în ceea ce privește celelalte psihoze, se cunosc numai câteva cercetări în hipochondrie și în demența senilă. Cercetările noastre s'au îndreptat în general, asupra tuturor psihozelor; ele ne-au permis să găsim un număr de caractere noi, încă necunoscute până astăzi; iar din punct de vedere cito-arhitectonic noi ne-am propus să studiem dispozițiunile cito-arhitecturale ale diferitelor tipuri, și în special structura citologică a dispozițiunilor anormale, lucru care după cunoștința noastră nu a fost încă cercetat.

Astfel concepția, lucrarea noastră va cuprinde trei părți:

I. Variațiuni și anomalii ale circonvoluțiunilor la alienați.

II. Paliunmetria și profunzimea șanțurilor cerebrale.

III. Citoarchitectonia scoarței la alienați și a dispozițiunilor anormale.

I

Variațiunile și anomaliile circonvoluțiunilor la alienați

Cunoașterea anomaliilor șanțurilor și circonvoluțiunilor în diferitele afecțiuni mintale, prezintă o importanță cu mult mai mare, desigur, decât cea acordată până acum.

Naecke ocupându-se cu anomaliile circonvoluțiunilor la paralitici, insistă asupra acestui punct, iar *Mingazzini*, într'o lucrare, relativ recentă, caută să pună la punct datele căpătate până acum; de această lucrare ne vom servi și noi în bună parte. Aceste cercetări însă, sunt cu totul la început și s'au făcut mai mult pe creere de idioși sau epileptici.

În studiul pe care-l întreprindem, trebuie dela început să ținem seamă că circonvoluțiunile și șanțurile prezintă în mod normal, o serie de variațiuni cari ies din tipul normal stabilit. Ori, aceste variațiuni în dispozițiunea șanțurilor și circonvoluțiunilor pe cari le-am găsit și la alienați, nu le vom semnala decât în cazul când se găsesc prea frecuent. În special vom insista asupra dispozițiunilor cari se depărtează mult de schema clasică și cari ies din cadrul variațiunilor obișnuite, imprimând, prin prezența lor, un caracter special unui creer.

Ori, analizând cu atențiune aceste dispozițiuni anormale, pe unele le-am găsit explicabile, ca reprezentând tipuri din evoluțiunea ontogenetică sau filogenetică a creerului; o bună parte, însă, reprezintă forme, a căror explicație n'am găsit-o nici în anatomia comparată și nici în embriologie.

Vom proceda la enumerarea sistematică a acestor dispozițiuni anormale, arătând totdeodată, la cele care permit această explicație, tipurile ontogenetice sau filoge-

netice pe care le reprezintă, vom arăta pe scurt și datele pe care le posedăm din literatură.

1. Scizurile.

A. Scizura lui Sylvius.

a) Depărtarea largă a buzelor, punând în evidență lobul insulei pe fața externă a hemisferului, realizează la adult un tip constant în timpul vieții intrauterine. L'am găsit în două cazuri de idiotie și unul de microcefalie.

b) *Mingazzini* a găsit la un idiot, această scizură întinzându-se până aproape de parietala transversă și împărțind lobul parietal într-o porțiune superioară și una inferioară. Nu suntem bine edificați asupra acestei anomalii

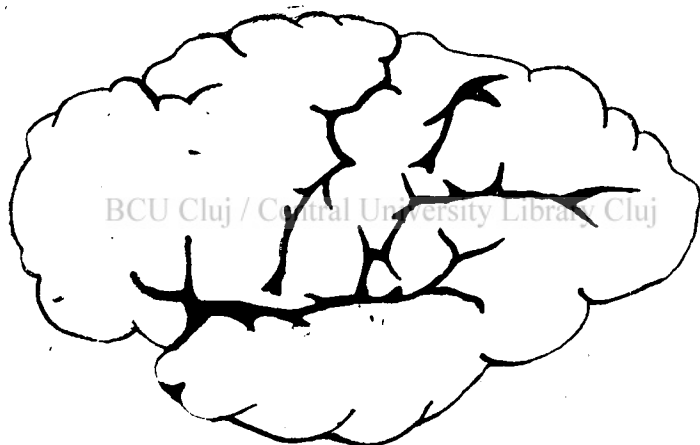


Figura 1. Șanțul interparietal comunică cu scizura lui Sylvius prin intermediul șanțului subcentral posterior (normal),

menționate de *Mingazzini*, însă după părerea noastră trebuie să fie interpretată în modul următor:

În mod destul de frecuent există o dispozițiune, care la prima vedere ar putea fi o considerabilă înaintare a scizurei lui Sylvius în lobul parietal; ori această dispozițiune iese din tipul comun, deoarece scizura lui Sylvius limitează după descripțiunea clasică acest lob.

Scizura lui Sylvius poate comunica cu șanțul post-central inferior (origina interparietalei) prin șanțul sub-central posterior, și în acest caz scizura lui Sylvius pare a avea o lungime considerabilă. O asemenea dispozițiune ce am întâlnit atât la normal cât și la alienat, nu va trebui

luată, la un examen superficial, drept anomalia menționată de *Mingazzini*. În aceste cazuri, la un examen amănunțit, se poate deosebi scizura lui Sylvius de origina șanțului interparietal, iar plica supramarginală există totdeauna ca o formațiune bine diferențiată.

Pentru a fi mai clari, trebuie să spunem că scizura lui Sylvius, în aceste cazuri, pare a se bifurca în două mari ramuri, o parte merge în sus, reprezentând șanțul post-central; plica marginală se găsește înapoia scizurii lui Sylvius (Fig. 1).

O altă dispozițiune, care prezintă multă analogie cu precedenta, e următoarea: comunicarea scizurii lui Sylvius cu șanțul interparietal, prin intermediul unor șanțuri se-

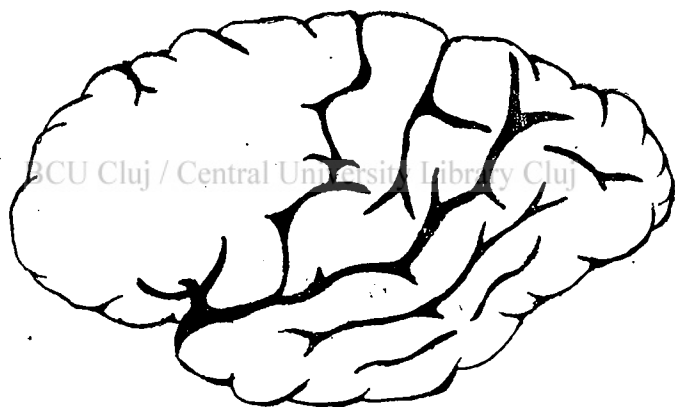


Figura 2. Scizura lui Sylvius se întinde până în porțiunea superioară a bobului parietal. (Demență precoce).

cundare, care aduce după sine lungimea considerabilă, aparentă, a scizurii lui Sylvius, și dispariția plicii marginale. Această dispozițiune, mult mai rară ca precedenta, se găsește și pe creere normale; însă, în ambele cazuri, deosebirea între profunzimea scizurii lui Sylvius și profunzimea șanțurilor — fie interparietal, fie post-central — e atât de mare, încât la un examen atent, se vede că e vorba de o comunicație între două elemente diferite, iar nu de o prelungire considerabilă a scizurii lui Sylvius pe fața externă a hemisferului.

Prelungirea scizurii lui Sylvius pe fața externă a hemisferului, am găsit-o ca anomalie în două cazuri: unul

de demență precoce și unul de paranoia. Era vorba, în ambele cazuri, de scizura lui Sylvius, care se prelungea până în partea superioară a lobului parietal: în unul, acest șanț comunica cu scizura lui Sylvius, în altul, era la oarecare distanță. În ambele cazuri scizura lui Sylvius își păstra caracterele ei de profunzime, anfractuozitate și lungime. Aceste două creere mai prezentau și alte anomalii, asupra cărora vom reveni (Fig. II).

E foarte greu să tragem concluzia, din aceste două cazuri, dacă e vorba de o anomalie reversivă, o reproducere a tipului (de la *Macacus*, *Cebus* sau alte maimuțe, sau e vorba de un viciu de dezvoltare a nucleilor subjacenți,

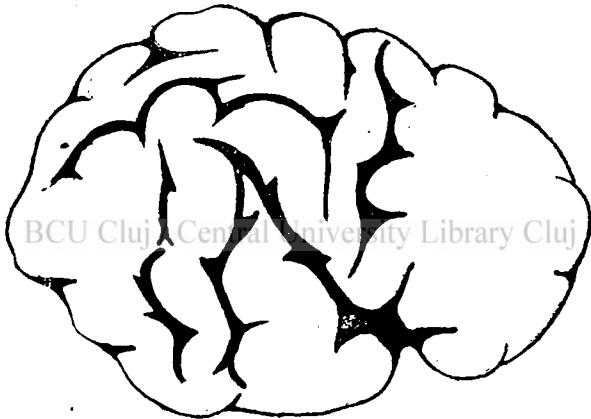


Figura 3. Șanțul paralel comunică cu scizura lui Sylvius.
(Demență precoce)

care au o legătură indisolubilă cu dezvoltarea acestei scizuri.

c) Bifurcarea scizurei sylviene în partea posterioară este aproape o regulă la normal (80%), dar aceste ramuri de bifurcație sunt puțin profunde, una cu direcțiune ascendentă, iar cealaltă descendentă. Am găsit o bifurcare specială la alienați, cele două ramuri erau foarte profunde și orientate astfel, că una era anterioară, iar alta posterioară. Și aici, ca și în punctul b, trebuie să deosebim bifurcația veritabilă a scizurii, de comunicarea ei cu unul din șanțurile lobului parietal, care la prima vedere ar putea simula această anomalie.

Dispozițiunea aceasta anormală, în forma ei tipică, am

găsit-o în: două cazuri de idiotie, unul de microcefalie și două de demență precoce.

d) Intr'un caz de demență precoce, am găsit o anomalie, în scizura lui Sylvius, care comunica cu șanțul paralel.

Nu era vorba de o comunicare datorită ramurei descendente a scizurei sylviene, ci de o adevărată anomalie reproducând un tip dela maimuțele inferioare (Cebieni), întrucât scizura sylviană cât și șanțul paralel, aveau o direcțiune ascendentă, apropiată de verticală, convergând una către alta, anastomozându-se și continuându-se cu un șanț unic (Fig. III). În afară de această dispozițiune, acest creier mai prezenta și o altă întreagă serie de anomalii dintre care mai importante menționăm: existența plicei cuneo-limbice, patru circonvoluțiuni frontale longitudinale, absența ramurei posterioare a scizurei sylviene.

e) Absența unei ramuri a scizurei lui Sylvius. În toate cazurile găsite până acum, atât la cei doi idiști, cât și în cazul de microcefalie, era vorba de absența ramurei ascendente a scizurei lui Sylvius, și era în raport cu mica dezvoltare a circonvoluțiunii III-a frontală.

f) Dimensiunile cu totul reduse ale prelungirii ascendente, uneori de abia e schițată, delimitând cu totul incomplet capul celei de a treia frontală; a fost găsită în două cazuri de demență precoce și unul de schizofrenie.

B. *Scizura lui Rolando*. Această scizură a fost găsită puțin dezvoltată la idiști, în ambele cazuri de idiotie ce am studiat, cât și într'un caz de microcefalie, această scizură era simplă, fără incizuri, care să plece din ea; dispozițiune ce n'am mai găsit în alte cazuri.

După cercetările noastre scizura lui Rolando poate prezenta următoarele anomalii:

a) Scizura nu ajunge la marginea superioară a emisferului. După mulți autori, această dispozițiune s'ar găsi în mod normal. *Retzius* chiar dă un procent de 20%. Unul din noi, a găsit-o la întâmplare pe piesele venite în sala de disecție; în nici un caz însă, nu cu frecuența pe pe care o menționează *Retzius*. După părerea noastră această anomalie a scizurei lui Rolando, e una dintre cele mai rare la normal. Din contră, am găsit-o la alienați în trei cazuri de paranoia (anomalie era unilaterală), în cele



două cazuri de idiotie și în cel de microcefalie; în toate aceste cazuri, anomalia menționată reproducea tipul dela maimuțele inferioare.

b) Scizura e împărțită în două părți printr'o plică anastomatică, care unește frontala ascendentă cu parietala ascendentă. Această plică anastomatică pleacă dela mijlocul frontalei ascendente și trece în parietala ascendentă, întrerupând complet continuitatea scizurei; n'am găsit-o niciodată la normal și nu trebuie confundată cu vreuna din plicele anastomatice ale scizurei, care pot deveni ceva mai superficiale, dar care nu întrerup niciodată continuitatea scizurei. Ea trebuie considerată ca una din acele plice supranumerare, cărora nu le-am putut găsi o explicație, cel puțin din punctul de vedere al anatomiei comparate și al embriologiei. Am găsit o dispozițiune analoagă, fără a fi identică, în trei cazuri de idiotie, citate de *Wilderimuth*; în aceste cazuri o circonvoluțiune frontală trecea fără întrerupere în lobul parietal.

c) O anomalie asupra căreia trebuie să insistăm, e schimbarea de direcțiune. În ambele cazuri de idiotie cât și în cel de microcefalie, direcțiunea ei era foarte puțin oblică, apropiindu-se de verticală, ca la maimuțe.

Am mai găsit această dispozițiune și în alte cazuri de alienație mintală, diferența de oblicitate față de normal, era prea mică pentru a determina un caracter anormal. *Mingazzini*, a găsit, această anomalie în multe cazuri.

d) Într'un caz de idiotie scizura lui Rolando făcea o singură curbură cu concavitatea posterioară, reproducând o dispozițiune pe care am găsit-o la Cebieni.

e) Comunicarea scizurei lui Rolando, cu scizura lui Sylvius. Această anomalie o găsim și la normal prin comunicarea cu șanțul subcentral anterior și posterior; în acest caz însă, se cunoaște diferența între profunzimea scizurei lui Rolando și superficialitatea șanțului subcentral. Într'un caz de paranoia, am întâlnit anomalia veritabilă, care era unilaterală stângă. În acest caz, scizura lui Rolando pătrundea cu toată adâncimea sa în scizura lui Sylvius, tăind profund operculul superior al acestei ultime scizuri.

f) În literatură sunt citate următoarele dispozițiuni pe care noi însă, nu le-am întâlnit.

Intreruperea scizurei prin șanțuri transversale (*Féré* și *Richter*).

Dedublarea scizurei Rolandice (*Funaioli* și *Gianelli*).
Bifurcarea superioară a scizurei (*Saporito*).

C) Scizura perpendiculară externă (parieto-occipitală laterală) prezintă, din punct de vedere anatomic o importanță foarte mare și a fost obiectul atențiunii noastre speciale. Dispozițiunile anormale găsite au fost următoarele:

a) Exagerarea lungimei acestei scizuri. Intr'un caz de paranoia ajunge la 4—5 cm.; anomalia era dublă și scizura își păstra independența sa, fiind izolată de șanțul interparietal, cât și de șanțul occipital anterior. Am mai găsit această anomalie, în cele două cazuri de idiotie și în cazul de microcefalie.

Însă nici odată n'am găsit dispozițiunea simiană, citată de *Mandel* și *Herwonet* ca această scizură să se întindă pe toată suprafața externă a lobului occipital.

Mai important decât lungimea scizurei, mi se pare, absența la suprafață, a plicelor anastomotice parieto-occipitale (*Grațiolet*), cu care lungimea scizurei nu are întotdeauna legătură directă. Aceste plice erau profunde atât în cazul de paranoia, cât și în cele două cazuri de idiotie.

Părerea lui *Grațiolet* care făcea, din prezența acestor două plice, la suprafață, un caracter distinctiv omului, nu mai este admisă azi, de majoritatea autorilor.

După studiul multor creere de normal și de alienați, noi suntem convinși că prezența la suprafață a acestor plice anastomotice, e unul din caracterele cele mai importante ale creerului uman, iar absența lor un caracter reversiv.

Lungimea exagerată a scizurei, coincidând cu prezența plicelor anastomotice, nu are mare importanță; am găsit-o de mai multe ori.

b) Șanțul interparietal se deschide în scizura perpendiculară externă, reproducând o dispozițiune comună la cimpazeu, orang, macac. Această anomalie era unilaterală la un epileptic și aducea după sine, dispariția dela suprafață a primei plice anastomotice parieto-occipitală.

c) *Wildermuth* citează unirea șanțului perpendicular extern cu occipitalul transvers, reproducând scizura mai-

muțelor. Noi n'am găsit niciodată această dispozițiune; prezența, pe plicele anastomotice parieto-occipitale, a unor șanțuri superficiale, în continuitatea șanțului occipital transvers, ar putea fi considerată la prima vedere, ca anomalia citată de *Wildermuth*.

d) Scizura perpendiculară externă se continuă cu șanțul paralel. Am găsit această dispozițiune într'un caz de paranoia; la partea posterioară a lobului parietal, există o limită unică, formată de continuarea șanțului paralel cu șanțul occipital; șanțul interparietal era foarte scurt, el nu trecea în lobul occipital; plica curbă și prima plică de trecere a lui *Gratiolet* lipseau. Asupra valorii acestei anomalii nu suntem încă fixați.

e) Scizura perpendiculară externă nu se continuă cu cea internă, ci e separată de ea printr'o plică anastotică. Este o anomalie pe care am găsit-o destul de des la alienați, în diferite forme de psychoze. Fără îndoială că trebuie să fie asimilată cu dispozițiunea analoagă de Ia maimuțe.

D) *Scizura calloso-marginală*. Lăsând la o parte variațiunile pe care, în mod normal, le poate prezenta, variațiuni ce interesează continuitatea sa, vom cita pe cea mai caracteristică:

a) Scizura calloso-marginală începe deasupra genunchiului corpului calos, merge rectilin și se termină pe fața internă, fără a tăia marginea superioară a hemisferului și fără a se bifurca, reproducând dispozițiunea dela macac.

b) Scizura calloso-marginală se unește cu scizura perpendiculară internă, prin ramura sa de bifurcație inferioară. Această anomalie, menționată de *Mingazzini*, a fost găsită și de noi, pe diferite creere de alienați.

E) *Scizura perpendiculară internă* e separată de scizura calcarină prin plica cuneo-limbică, dispozițiune ce am găsit în ambele cazuri de idiotie, unul de microcefalie și unul de demență precoce.

(Va urma)

CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ

EVOLUȚIA GLAUCOMULUI OPERAT

(Studiu clinic și cyto-chimic asupra patogeniei și terapenticeii glaucomului)

DE

Profesor Agregat Dr. D. MICHAIL
DIRECTORUL CLINICEI

Glaucomul reprezintă una din afecțiunile oculare cele mai grave, pentru care oftalmologia nu și-a spus încă ultimul său cuvânt.

Este adevărat că în urma cercetărilor și experimentărilor ingenioase din ultimii 10 ani, cheștiunea glaucomului a realizat progrese reale dar dela aceste progrese și până la rezolvarea definitivă a problemei glaucomului, oftalmologia are încă de parcurs un drum plin de obscuritate. Unul din punctele prea puțin clarificate până acum și care cu toate acestea prezintă o importanță de primul rang în istoria clinică a glaucomului este cheștiunea evoluției sale post-operatorii.

Tratatele clasice nu ne dau în această privință decât indicațiuni mai mult decât sumare, iar articolele apărute în publicații periodice nu ne prezintă o vedere sintetică a cheștiunei acesteia atât de importantă din punct de vedere practic.

Fistulizarea permanentă a globului ocular în glaucom în mod clar și precis pentru prima oară de către Lagrange și transformată în urmă într'o intervențiune cu caracter mașinal de către Elliot a adus negreșit o revoluție în tratamentul chirurgical al glaucomului.

Evoluția atât de deseori nenorocită a glaucomului a fost simțitor ameliorată grație acestor ingenioase inter-

venționi. Acei însă cari am urmărit de aproape evoluția postoperatorie a glaucomului și după aceste noi operațiuni antiglaucomatoase, continuăm a rămâne cu impresia că însăși operația fistulizării permanente a globului ocular nu reprezintă decât tot o intervențiune paliativă ca și cele preconizate până astăzi, o operațiune paliativă dintre cele mai perfecționate, dar încă departe de a da rezultatul adevărat curativ al glaucomului, care continuă a fi rezervat viitorului.

Glaucomul rămâne deci, după credința mea, un sindrom-semnal ocular a unei tulburări generale a organismului nelămurită încă până astăzi, iar terapeutică chirurgicală actuală continuă a se adresa efectului acestei tulburări generale a organismului și nu însăși cauzei glaucomului. Acestui lucru se datorește faptul că rezultatele terapeutice obținute în glaucom sunt atât de variate și neprevăzute.

Fiecare caz nou de glaucom este aproape o nouă problemă pentru oftalmolog, fiindcă cercetările de până astăzi nu sunt încă în stare să ne facă să prevedem evoluția sa exactă postoperatorie.

Sunt cazuri de glaucom cari au o mare asemănare clinică și cari cu toate acestea evoluează în mod cu totul diferit după intervenție. Nimic înaintea operației nu ne-ar fi putut pune în măsură să prevedem aceasta după cunoștințele mele de până acum.

Ce factor misterios, necunoscut încă, de care ar trebui să ținem seama, intră în sindromul glaucomatos și ne tulbură prevederile pentru cele mai bine cumpănite? Iată o chestiune de o netăgăduită importanță științifică și practică a cărei deslegare ne-ar ușura mult problema prognosticului postoperator al glaucomului.

Aceste diverse considerațiuni mă îndeamnă să sintetizez în mod schematic în acest studiu rezultatul numeroaselor cercetări ce le-am făcut asupra evoluției postoperatorii a glaucomului, pentru a cărei redactare am utilizat atât observațiile mai vechi ce le posed din timpul când am funcționat ca asistent al clinicii oftalmologice din București, cât și observațiile mai recente ale clinicii oftalmologice din Cluj, pe care o conduc actualmente.

Toate aceste cercetări m'au condus în mod logic la o concepție personală asupra patogeniei glaucomului, concepție pe care o voi expune chiar în cursul lucrării și pe care o voi documenta cu cercetări de laborator și cu observațiuni clinice culese din colecția pe care o posed.

Pentru a studia chestiunea în detaliu și în completul ei, voi analiza pe rând evoluția postoperatorie a glaucomului cronic simplu și apoi pe aceia a glaucomelor inflamatorii și voi căuta să relievez rezultatele postoperatorii imediate cât și pe cele tardive.

A. Evoluția post-operatorie a glaucomelor cronice simple

Cu toții cunoaștem progresiunea lentă a acestor forme clinice de glaucom și majoritatea oculiștilor au admis aproape uniform ca formulă terapeutică: „glaucom= intervenție operatorie”. Intrebarea ce ni se pune însă imediat, este: când trebuie operat un glaucom cronic simplu? Majoritatea oftalmologilor a stabilit iarăși ca principiu fundamental în tratamentul glaucomului că: „glaucomul odată declarat trebuie operat cât mai timpuriu”.

O mică parte dintre operatori — și practica mea personală mă îndeamnă să mă alătur de aceștia — și-au pus însă întrebarea dacă: principiul operabilității cât mai timpuriu a glaucomului este un principiu riguros exact științific cu deosebire în cazul special al glaucomului cronic simplu. Faptele clinice vin în adevăr în sprijinul nostru să ne arate că există glaucome cronice simple destul de vechi, cari se mențin într'o stare favorabilă, grație numai tratamentului medical antiglaucomatos, bine condus, însoțit de îngrijiri igienice. Citez spre a evidenția această afirmație, următorul caz clinic.

OBSERVAȚIA 1. — *Glaucom cronic simplu O. D.; glaucom inflamator O. S. Pilocarpinizare O. D. Trepanația Elliot O. S. Glaucom redus la A. O.*

D-ne L. M., 48 ani. Se prezintă în luna August 1914 la Clinica Oftalmologică dela spitalul Colțea cu un glaucom inflamator cu formă acută la O. S. foarte dureros care a făcut să-i dispară complet vederea. La O.D. prezintă un glaucom cronic în faza prodromică, ochiul păstrându-și în momentul intrării în clinică a-

cuitatea și câmpul vizual normale. I se administrează bolnavei la OD. de două ori pe zi pilocarpină 2⁰/₀, iar la O.S. i se face o trepanație Elliot. La 10 zile după operație O.S. are fenomenele glaucomatoase acute complect dispărute, acuitatea vizuală reapărută și ridicându-se până la jumătate, câmpul vizual cu o ușoară strâmtorare concentrică de 10⁰/₀. Ca urmă a procesului acut glaucomatos: ochiul mai păstrează o midriază cu lipsa reflexelor pupilare. La O.D. care primește zilnic de 2 ori pe zi pilocarpină fenomenele prodromice de glaucom au încetat de a mai apărea. În ziua a 10-a pacienta este eliberată din clinică recomandându-i-se acasă administrarea zilnică și permanentă de pilocarpină 2⁰/₀ în ambii ochi.

Bolnava vine să o revăd tocmai în Octombrie 1919, adică după 5 ani dela începutul pilocarpinizării O.D. și a trepanației Elliot a O.S. Imi spune cu această ocaziune că în tot acest timp de 5 ani a continuat să se pilocarpinizeze zilnic de câte două ori și că tot timpul acestei pilocarpinizări nu a mai avut nici un fenomen prodromic de glaucom la O.D. A încercat în câteva rânduri să se pilocarpinizeze în O.D. numai câte o singură dată pe zi, dimineața, iar alte ori a încercat să nu se pilocarpinizeze deloc câte o zi întreagă și imi spune că imediat în seara acelor zile a simțit reapărându-i în mod sistematic la O.D. vechile fenomene prodromice de glaucom, cari dispăreau după o jumătate oră dacă își pilocarpiniza din nou ochiul. Reușise deci să și poată provoca aproape experimental un glaucom prodromic oridecâteori voia, ochiul ei drept găsindu-se în mod permanent în iminență glaucomatoasă. Examinând starea actuală a bolnavei am găsit următoarele: S

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} = 1 \\ \text{OS} = \frac{2}{3} \text{ cu } + 0.50 \text{ d. sf.} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \text{Tensiunea oculară} \\ \text{la AO} = \text{normală} \end{array} \right.$

Pupilă $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} = \text{mioză pilocarpinică} \\ \text{OS} = \text{midriază neregulată cu imobilitate pupilară} \end{array} \right.$

Fundul ochiului $\left\{ \begin{array}{l} \text{drept} = \text{papila cu aspect absolut normal} \\ \text{stâng} = \text{papilă ușor decolorată fără a prezenta escavație} \end{array} \right.$

Skiascopie $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} = \text{emetrop} \\ \text{OS} = + 0.50 \text{ d. sf.} \end{array} \right.$

Concluzie. Reiese din analiza sumară a acestui caz clinic că putem reduce complect timp îndelungat (5 ani), un glaucom cronic prodromizant prin simple instilațiuni de două ori zilnic, de pilocarpină; că glaucomul astfel redus rămâne totuși un glaucom latent și — fapt clinic foarte important — că această latență glaucomatoasă nu împiedică cât de puțin ca ochiul să-și păstreze timp îndelungat completa integritate a stărei sale obiective și funcționale.

Tot clinica de toate zilele, ne mai arată că intervenții operatorii practicate în glaucomele cronice simple în loc

să amelioreze vederea existentă, o alterează și mai mult, cu toate că aceste intervențiuni sunt executate în mod ireproșabil ca tehnică și cu toate că sunt urmate de un efect hipnotizant din cele mai favorabile. Observațiunile clinice semănate în cursul lucrării vor dovedi aceste afirmațiuni ale mele.

În urma acestor fapte clinice constatate de toți oculiștii operatori, mă întreb dacă ne mai găsim oare în drept să intervenim operator în orice glaucom cronic simplu și să intervenim imediat după principiul admis până acum de majoritatea autorilor, sau sunt anumite norme cari nu trebuiesc neglijate spre a ne pune la adăpostul unor posibile rezultate rele?

Cercetările pe cari le urmăresc de multă vreme în această direcțiune mi-au arătat că trebuiesc luați în considerație câțiva factori importanți pentruca intervenția noastră să aibă maximum de șansă de reușită și anume:

- Rapiditatea evoluției glaucomului cronic simplu și
- Starea actuală a acuității și câmpului vizual.

Este neîndoios că la stabili norme precise din acest punct de vedere este ceva iluzoriu, deoarece factorul individual al fiecărui bolnav este ceva care nu trebuie neglijat, încât simțul clinic și experiența oculistului are un rol de mare importanță spre a decide asupra situației.

Când accesele prodromice se înmulțesc, când durata lor devine din ce în ce mai largă, când acuitatea vizuală scade rapid și ajunge la $\frac{1}{4}$ din vederea normală, când câmpul vizual se strâmtorează rapid, mai ales de partea nasală, ajungând până la $20-25^{\circ}$ și toate aceste fenomene nu sunt influențate de miotice; când glaucomul cronic simplu arată cea mai mică tendință la transformarea în glaucom inflamator, este clar că oculistul nu mai trebuie să stea la îndoială și să intervină rapid.

Odată indicațiile operatorii precizate prin aceste puncte de vedere, să vedem cari sunt urmările intervențiilor în glaucomul cronic simplu.

I. Evoluția post-operatorie imediată a glaucomelor cronice simple

În studiul evoluției postoperatorie imediate a glaucomelor cronice simple este interesant să analizăm deta-

lat atât modificările suferite de simptomele glaucomatoase subiective cât și pe cele suferite de simptomele glaucomatoase obiective.

1. *Simptomele glaucomatoase subiective* suferă următoarele modificări:

— *Durerile glaucomatoase* care în glaucomul cronic simplu se prezintă aproape totdeauna mai mult ca cefalalgii cu sediu de preferință temporal dispar în câteva ore de la momentul intervenției și în zilele imediat următoare pacienții nu mai acuză decât vagi dureri localizate la nivelul locului trepanației lui Elliot, care dispar și ele la a 2—3-a zi, de la data intervenției. Dacă de la a 2-a sau a 3-a zi de la data intervenției reapar dureri de oarecare intensitate, și dacă aceste dureri sunt localizate în glob, iar globul ocular e sensibil la presiune, avem atunci apariția unor fenomene de iritație parenchimatooasă care se ivesc uneori cu deosebire în urma trepanației lui Elliot. Dacă însă fenomenele dureroase ce reapar se localizează cu deosebire în craniu, atunci trebuie să recontrolăm tensiunea intraoculară, fiindcă în asemenea cazuri aceste dureri sunt produse de reapariția accidentelor glaucomatoase.

Obișnuit însă, ochiul operat reintră în stadiul de liniște în cursul celei de a 2-a săptămână, când orice fel de fenomene dureroase au dispărut și dau loc numai unei simple senzațiuni de jenă oculară care e percepută cu deosebire în mișcările globului. Această jenă oculară este rezultatul edemului de filtrație de la nivelul trepanației, și dispare și ea în decursul primei luni de la operație, odată cu normalizarea tensiunii intraoculare.

— *Curcubeul glaucomatos* perceput în mod constant de glaucomatoșii cronici în evoluție, dispare chiar de a doua zi după intervenție, odată cu apariția hipotoniei postoperatorii și nu mai reapare decât odată cu nouile accese hipertensive oculare.

Acuitatea vizuală este punctul capital care interesează în evoluția postoperatorie imediată a glaucomelor cronice simple. Un fapt constant pe care îl găsim din acest punct de vedere este scăderea imediată a acuității vizuale anterioară intervenției, o ricare ar fi această acuitate vizuală anteoperatorie. Scăderea aceasta constantă a acuității vizuale

postoperatorie constituie caracteristica clinică a glaucomelor cronice simple prin opoziție cu glaucomele inflamatorii. Ea este datorită mai multor factori funcționali ai globului operat și anume: miopiei funcționale prin propulsia cristalinului spre corneă, astigmatismului funcțional rezultat din schimbarea curburii corneene care nu mai este supusă marelui tensiuni intra-oculare, cât și astigmatismului cristalinian datorit tracțiunii asimetrice pe care o execută zonula distinsă neuniform asupra ecuatorului cristalinian.

În afară de acești factori funcționali cari diminuează imediat acuitatea vizuală a glaucomelor cronice simple operate mai sunt și câteva cauze organice cari accentuează încă acest efect și anume: modificările clinice ale umorului apos, fie ea prin mici cantități de sânge revărsat în camera anterioară, fie prin mărirea cantității de fibrină ce se observă totdeauna în umorul apos când se vedează în mod operator camera anterioară.

În afară de aceasta: comoția membranelor oculare, cât și hemoragiile retiniene destul de dese ce se observă în urma distensiunii brusce produse prin scăderea subită a tensiunii intra-oculare postoperatorii, sunt tot atâtea cauze importante cari diminuează în mod efectiv acuitatea vizuală imediat după operație în glaucomele cronice simple.

Turburările vizuale datorite factorilor funcționali citați, se pot cu ușurință suprima prin măsurarea și corecția exactă a ametropiei postoperatorii. Trebuie însă să notez că această ametropie postoperatorie este foarte capricioasă și că variază pentru același ochi nu numai de la o zi la cealaltă, dar chiar în cursul aceleiași zile, în cât o corecție optică perfectă diminează, poate deveni insuficientă în cursul după amiezii. Această extremă variabilitate a acuității vizuale a unui glaucom cronic operat și prin urmare a ametropiei postoperatorii care o provoacă, este în strânsă legătură cu dinamica intraoculară. În adevăr, în ochiul fistulizat de curând lichidele intraoculare nu se găsesc într'un echilibru perfect stabil: filtrarea lor făcându-se într'unele momente mai activă, iar în altele mai lentă, în cât și tensiunea intraoculară a ochiului proaspăt fistuli-

zat va varia în raport cu această filtrare și în mod logic și raporturile dintre corneea, cristalin și retină vor fi supuse aceluiași variațiuni, fapt care va face ca și valoarea dioptrică a ochiului fistulizat de curând să se schimbe și ea în raport cu acești factori.

Când însă cicatrizarea plăgei operatorii s'a consolidat complet, când filtrarea oculară își revine regularitatea, iar elementele dioptrului ocular ajung să-și păstreze între ele raporturi stabile, ametropia ochiului fistulizat rămâne constantă, iar corecția optică rămâne definitivă și dă tot ce poate da. Durata acestei ametropii variabile postoperatorii este foarte diferită după ochi, însă în termen mediu putem spune că în cursul primelor 3—4 săptămâni dela operație ochiul fistulizat își stabilește starea sa definitivă din punct de vedere dioptric.

Turburările vizuale datorite modificărilor organice ale globului ocular operat sunt și ele tulburări trecătoare și dispar și ele cu normalizarea chimismului umorului apos și cu rezorbția emoragiilor retiniene cam tot într'un interval aproximativ de 3—4 săptămâni dela operație.

Aceste tulburări nu prezintă ritmul capricios al tulburărilor vizuale funcționale ci urmează un curs progresiv de atenuare în strânsă legătură cu dispariția leziunilor organice locale.

Odată cauzele funcționale și organice cari provoacă diminuarea acuității vizuale postoperatorii dispărute, glaucomul cronic simplu operat se poate prezenta în următoarele trei situațiuni din punctul de vedere al acuității vizuale:

Acuitatea vizuală postoperatorie poate fi mărită. În general, sunt avantajate din acest punct de vedere glaucomelle cronice simple la căror vechime nu e prea mare în cari escavația glaucomatoasă a papilei nu și-a făcut încă apariția, în cari acuitatea vizuală preoperatorie era superioară de jumătate, în cari câmpul vizual are încă limite destul de întinse, în cari anterior operației s'a urmărit mai tot timpul un tratament ocular hipotonizant. În toate aceste cazuri alterațiunile organice ale membranelor oculare nu sunt încă prea înaintate, iar scăderea acuității vizuale este datorită în parte anesteziei elementelor réti-

niene anesteziate își revin în fire și aduc cu ele o oarecare ridicare a acuității vizuale.

2) Acuitatea vizuală postoperatorie rămâne sensibil identică cu cea preoperatorie. În general din această grupă de glaucome cronice simple fac parte acelea cari în momentul prezentării lor spre a fi operate sunt deja destul de înaintate încât prezintă preoperator o acuitate vizuală destul de redusă și mai niciodată superioară de un sfert.

În asemenea cazuri alterațiile membranelor oculare sunt destul de accentuate, încât suprimarea hipertensiunii oculare nu mai este capabilă să mai aducă vreo îmbunătățire a stărei vizuale. Intervențiunea în astfel de glaucome nu are alt reprezentant decât de a prelungi conservarea acuității vizuale preoperatorii.

3) Acuitatea vizuală postoperatorie poate fi scăzută sau chiar să dispară complet. Cazurile cari fac parte din această categorie de glaucome, au o mare asemănare clinică cu acelea din categoria precedentă. E vorba deci și în asemenea ocaziune de glaucome foarte avansate, în cari membranele oculare au leziuni profunde, iremediabile.

Rezumând statistica celor 23 cazuri de glaucom cronic simplu pe cari le-am analizat în această lucrare găsesc următoarele date:

Acuitatea vizuală postoperatorie a fost ameliorată în 10 cazuri (43.48% din cazuri).

Acuitatea vizuală postoperatorie a rămas aceeași în 6 cazuri (26.08% din cazuri).

Acuitatea vizuală postoperatorie a fost scăzută în 7 cazuri (30.44% din cazuri).

Rezultă deci că numai în 43.48% din cazurile de glaucom cronic simplu intervenția operatorie aduce o ameliorare a acuității vizuale, pe câtă vreme în 56.52% din cazuri intervenția operatorie sau nu schimbă de loc starea vizuală, sau chiar o înrăutățește. Aceste rezultate sunt datorite în cea mai mare parte faptului că bolnavii cu glaucom cronic simplu nu vin spre a ne consulta decât tocmai când leziunile glaucomatoase sunt foarte înaintate și alterațiunile membranelor oculare foarte profunde. Rezultatele postoperatorii cu adevărat rele se produc fie prin malignitatea inerentă a cazurilor, fie prin complicații, fie prin defecte de tehnică operatorie.

— *Câmpul vizual* în glaucomele cronice simple operate prezintă o variabilitate extremă în primele săptămâni dela operație. Limitele lui nu au oarecare precizie decât în cazurile de glaucom cari nu sunt prea înaintate și în cari și acuitatea vizuală postoperatorie s'a ameliorat. În majoritatea cazurilor însă, în cari leziunile membranelor oculare sunt foarte înaintate, câmpul vizual postoperator are limite foarte neprecise și foarte variabile.

În general, din analizarea foilor de observație ce le-am cules, reiese că intervenția operatorie ameliorează mai cu ușurință acuitatea vizuală decât câmpul vizual al glaucomelor cronice simple. Un fapt clinic de cea mai mare importanță din acest punct de vedere și pe care țin să-l notez, este că de câteori câmpul vizual postoperator are limitele sale apropiate de punctul de fixație ($10-20^\circ$), de atâtea ori intervenția operatorie are tendința să întindă scotomul glaucomatos și să înglobeze în el însăși punctul de fixație. În asemenea cazuri, strâmtorarea câmpului vizual are o progresiune rapidă care este în disproporție cu evoluția acuității vizuale. S'ar părea deci că în astfel de cazuri actul operator prin comoția membranelor oculare ar juca un rol accelerator în evoluția tragică a glaucomului cronic simplu.

În examenul câmpului vizual atât pre cât și postoperator, se va da toată atențiunea și câmpului culorilor, fiindcă examenul lor preoperator ne dă valoroase relațiuni prognostice, iar examenul lor sistematic postoperator ne ține în curent cu evoluția zilnică a glaucomului. Când examenul pre- și postoperator al câmpului culorilor ne arată că acestea își păstrează limitele lor cu oarecare precizie și după ordinea normală a unui câmp vizual fiziologic, putem avea siguranța că evoluția postoperatorie a glaucomului cronic simplu va fi favorabilă. Când însă pre- și postoperator observăm o delimitare neprecisă a câmpului culorilor, cari se imbrică unele cu altele, când chiar există un scotom relativ sau absolut pentru vreuna din culori și în special pentru albastru, atunci putem fi siguri că evoluția postoperatorie a glaucomului cronic simplu ne va oferi surprize neplăcute. În asemenea cazuri vedem dispărând progresiv câmpul vizual al albastrului, ver-

delui și tocmai când începe progresiunea scotomului pentru roșu începe și aceea pentru alb cari merg aproape paralel. Examenul deci al câmpului vizual sistematic pentru alb și culori ne poate preciza astfel stadiul degenerării glaucomului cronic simplu. Nepreciziunea câmpului vizual și variabilitatea lui mare în stadiul postoperator al glaucomului sunt datorite la doi factori și anume: leziunilor concomitente ale nervului optic care începe să fie prins în procesul de atrofie glaucomatoasă și tulburărilor circulatorii explicabile prin lipsa unui echilibru hidrostatic intraocular, imediat, postoperator.

2) *Simptomele glaucomatoase obiective* suferă postoperator următoarele modificări:

— *Refracția oculară* cercetată atât pre- cât și postoperator cu ajutorul skiascopiiei și al astigmometriei mi-arătat totdeauna că ochiul glaucomatos cronic operat (Elliot) prezintă o schimbare importantă a refracției. Această schimbare de refracție are o extremă variabilitate și este rezultatul a doi factori mai importanți și anume:

- a propulsiunii spre corneea a cristalinului și
- a turtirii medianului orizontal al corneei.

Grație acestor doi factori, astigmatismul hipermetropic contrar regulei pe care l'am găsit în majoritatea cazurilor de glaucom cronic simplu ia o înfățișare cu totul alta.

Propulsiunea spre corneea a cristalinului este factorul cel mai principal în schimbarea refracției postoperatorii. Cristalinul propulsat aduce cu el o miopie funcțională care se evidențiază clar prin examenul combinat skiascopic-astigmometric postoperator. Această propulsare a cristalinului însă se execută astfel încât fețele cristalinului nu rămân simetric bombate în toate meridianele lor, din cauza tracțiunii inegale pe care o execută zonula asupra diferitelor părți ale capsulei cristaliniene în deosebite puncte ale ecuatorului cristalinian. Din această bombare neuniformă a fețelor cristalinului, care însoțește propulsarea cristalinului, rezultă un astigmatism miopic postoperator, care în primele zile dela operație este foarte accentuat, dar care cedează progresiv, odată cu miopia, când elementele dioptrului ocular și-au reluat pozițiile definitive prin restabilirea echilibrului hidrostatic ocular.

Această propulsare a cristalinului am găsit că se execută în majoritatea cazurilor astfel în cât, se produce o turtire mai accentuată a meridianului vertical cristalin, din care fapt rezultă postoperator mai totdeauna un astigmatism miopic care de data aceasta este conform regulei.

Turtirea meridianului orizontal al corneei în glaucomele cronice operate vine să modifice și mai mult refracția postoperatorie și ne explică în acelaș timp mecanismul turtirei meridianului vertical cristalin în fenomenul propulsiei spre corneea a cristalinului.

În adevăr prin turtirea meridianului orizontal corneean se fixează mai solid și sunt mai întinse fibrele zonulare orizontale, cari exercită deci o tracțiune mai mare asupra meridianului orizontal al capsulei cristalinului pe care îl împiedică să bombeze prea mult. În schimb, fibrele zonulare verticale sunt mai puțin destinse, și toată acțiunea lor elastică se exercită nesupărată asupra meridianului vertical cristalinian, pe care în chipul acesta reușesc să-l turtească mai mult ca pe cel orizontal.

— *Tonometria* ca și celelalte simptome subiective și obiective glaucomatoase suferă variațiuni mari postoperatorii și poate chiar mai mari decât toate acestea. Dacă însă am rezuma curbele tonometrice postoperatorii în glaucomele cronice simple, am găsi că în mod schematic ele se prezintă sub următoarele patru aspecte tipice:

a) Tonusul ocular postoperator scade în mod brusc mult sub starea normală, ochiul operat rămânând într-o hipotonie care nu se poate aprecia cu tonometrul. Această hipotonie imediat postoperatorie poate dura câteva zile pentruca apoi progresiv tensiunea oculară să se ridice constant și lent, fără însă a atinge tensiunea normală de cât mai târziu. Această hipotonie bruscă postoperatorie are de rezultat câteva accidente intraoculare și anume: producerea de hemoragii fie în camera anterioară, fie în retină și apariția unor tulburări striate sau punctiforme în cristalin. Din cauza acestor accidente cari în parte sunt trecătoare dacă nu sunt prea întinse, va trebui să administrăm totdeauna în mod preventiv înaintea operației tratamentul hipotonizant prin miotice, administrate metodic și perzistent, mai multe zile de rând, amânând inter-

venția pentru ziua când ochiul va prezenta minimul de tensiune realizat prin miotice. Această conduită va trebui avută în vedere cu deosebire, în cazurile în cari glaucomele cronice simple se prezintă cu un mare grad de hipertensiune. Dacă cu ajutorul mioticelor nu ajungem să reducem hipertonia vom recurge tot preventiv la o sclerotomie urmată de masaj, după care vom executa intervenția capitală cât mai grabnic.

b) Tonusul ocular postoperator scade în mod progresiv și lent, iar maximul hipotoniei oculare nu se produce decât tocmai la câteva zile dela intervenție, dela care dată tonusul suferă o barecare urcare care tinde spre tensiunea normală definitivă.

c) Tonusul ocular postoperator scade chiar dela început la nivelul tonusului ocular normal și curba tonometrică se menține sensibil în formă de platou cu foarte mici variațiuni dela o zi la alta.

d) Tonusul ocular postoperator rămâne sensibil acelaș cu tonusul preoperator, iar uneori chiar tensiunea oculară postoperatorie devine superioară celei preoperatorii.

Toate aceste aspecte clinice ale curbei tonometrice sunt în strânsă legătură cu modul cum se așează postoperator irisul, corpul ciliar și cristalinul față de trepanația sclero-corneană, cu forța de propulsie ce o dau lichidele intraoculare diafragmului irido-ciclo-cristalinian în momentul trepanației și cu starea de parezie a irisului.

Dacă în momentul trepanației nu se aruncă în perforația sclero-corneană decât o buclă iriană, dacă se face o iridectomie semilunară periferică corectă, iar umorul apos izbucnește afară prin această iridectomie într'un val puternic, dacă irisul își păstrează încă elasticitatea și contractilitatea sa aproape normale încât irisul înclavat momentan în locul perforației revine complet în camera anterioară, atunci se produce o filtrare largă, abondentă a umorului apos și se ivește tipul clinic al tonusului ocular care scade brusc sub tonusul normal.

Dacă în momentul trepanației diafragmul irian se găsea într'un oarecare grad de parezie care îl punea în imposibilitate să se contracteze suficient și să-l facă să se depărteze de corneea și de locul trepanației și să facă

în acelaș timp să retropulseze cristalinul avansat și el pe locul trepanației, atunci obținem tipul clinic al tonusului ocular care scade progresiv.

Dacă în momentul trepanației irisul are elasticitatea sa suficient conservată, iar tensiunea oculară nu este prea ridicată obținem tipul clinic al tonusului ce se menține în platon la nivelul normal imediat după intervenție.

Dacă în momentul intervenției irisul este pareziat, corpul ciliar este alunecat înainte și odată cu el și cristalinul, dacă tensiunea intraoculară este mare, atunci imediat după trepanație se produce o inclavare a irisului cât și a corpului ciliar în plaga de trepanație cari nu pot fi reduse cu spatula. Odată cu aceste două elemente alunecă spre plaga de trepanație și ecuatorul cristalinian care este astfel subluxat vertical și vine de strivește încă rădăcina irisului și corpul ciliar de plaga de trepanație.

Concluzia acestui fapt este că filtrația oculară care înainte de intervenție era jenată, rămâne încă împiedicată poate chiar și mai mult ca înainte de intervenție. De aci rezultă acel tip clinic curios al tonusului ocular post-operator tot hipertensiv ca și înaintea intervenției. Deducțiunile practice ce le putem trage din aceste fapte sunt următoarele:

— Că trebuie să căutăm a face trepanația mai mult corneană, decât prea sclerală fiindcă riscăm să avem odată cu inclavarea irisului și pe aceea a corpului ciliar care aduce cu sine ecuatorul cristalinian și filtrația ochiului rămâne tot neasigurată.

— Că trebuie să căutăm pe cât posibil să facem iridectomii periferice, lăsând însă pe cât se poate mai bine conservat sfincterul pupilar spre a asigura contractibilitatea iriană și deci filtrația oculară.

— Că la sfârșitul intervenției trebuie să ajutăm contractibilitatea irisului prin repunerea sa în poziție în camera anterioară prin ajutorul masajului cu spatula executat la nivelul plăgei.

— Că în zilele următoare intervenției trebuie să ajutăm încă redreșterea contractibilității iriene și să înlesnim filtrația prin masajul metodic transpalpebral al ochiului operat.

Spre a completa tabloul modificărilor suferite de simptomele glaucomatoase obiective, voi analiza, pe rând și schimbările anatomo-clinice ale diferitelor părți constitutive ale globului ocular.

Cornea în afară de modificările de curbură, pe care le-am notat deja în cursul lucrării suferă și schimbări ale transparenței și anume: odată cu scăderea tensiunii oculare dispăre și staza limfatică corneană încât corneea din opalescentă devine complet limpede. În cazurile în care există hemoragii ale camerei anterioare, când acestea încep să se rezoarbă observăm la lupă o infiltrație hematică și a straturilor posterioare ale corneei cu deosebire în părțile ei declive.

În fine, există cazuri în care trepanația sclero-corneană are de rezultat să trezească un proces latent infecțios general și să provoace apariția unei keratite parenchimotoase cu punct de plecare dela nivelul trepanației. Am avut ocaziunea să studiez două asemenea cazuri în care însă pacienții au declarat că avuseseră deja mai de mult sifilis în evoluție și că urmaseră chiar tratamentul antisifilitic.

La sifiliticii latenți deci traumatismul operator ce-l execută trepanația Elliot contra glaucomului, este capabil să facă să înceteze accidentele glaucomatoase și să provoace keratita parenchimotoasă.

Limbul cornean la nivelul trepanației prezintă modificări importante. Locul trepanației poate prezenta următoarele aspecte:

— Lamboul conjunctival în întregime este edemațiat prin curentul filtrator foarte activ, iar edemul acesta uneori poate cuprinde întreaga conjunctivă bulbară luând aspectul chemotic. Uneori curentul filtrator e atât de activ încât edemul se întinde și la țesutul conjunctiv palpebral și chiar la țesutul conjunctiv al pielii-obrazului, în cât pleoapele și obrazul corespunzător ochiului operat prezintă un edem accentuat de filtrație, care are tendință la dispariție spontană în zilele următoare prin atenuarea curentului filtrant.

— Lamboul conjunctival prezintă exact la nivelul trepanației o ectazie riziformă albă fibroasă și cu carac-

ter spongios. Acest aspect reprezintă înfățișarea tipică a cicatricei filtrante, care rămâne definitivă asigurând tonusul ocular fiziologic.

Lamboul conjunctival are la nivelul trepanației o ectazie riziformă sau chiar mai mare, cu aspect fibros-nodular, brunată. Sub această formă se prezintă cicatricile cu înclavări irido-ciliare, în cari țesutul dermic subconjunctival formează cu țesutul irido-ciliar un simplu nodul fibros care are de rezultat să astupe tocmai locul trepanației. Rezultatul tonometric al unei astfel de cicatrice este nul, în cât ochiul necesită o nouă intervenție.

— Lamboul conjunctival în loc să aibă la nivelul trepanației un aspect edematos este din contră aplatisat sau chiar ușor scufundat spre locul trepanației. Avem de a face și în acest caz cu o filtrație oculară defectuoasă, căci în această ocaziune trepanul scleral în loc să ridice rondela sclero-corneană în toată grosimea sa, nu a ridicat decât numai straturile sale superficiale, încât lamboul conjunctival venind în contact cu straturile profunde ale rondelai, stabilește aderențe cu ea se confundă și pune un nou obstacol bunei filtrări oculare.

Irisul și corpurile ciliare sunt foarte deseori afectate de un proces inflamator insidios, care de multe ori trece neobservat mai ales în urma unei operațiuni a trepanației sclero-corneene a lui Elliot. Acest proces inflamator foarte atenuat se traduce subiectiv prin ușoare dureri oculare ce apar obișnuit de a treia zi dela operație, iar din punct de vedere obiectiv printr-o ușoară congestie perikeratică și prin apariția de sinechii posterioare fine, dințate ce se ivesc în urmă instilării de midriatice. Frecvența acestui proces inflamator tacit este atât de mare încât o mare parte dintre autori au consiliat ca o bună tehnică terapeutică postoperatorie instilarea imediată și susținută câteva zile de arândul a scopolaminei, care joacă astfel un rol preventiv pentru această complicație. Technica aceasta mi s'a părut totdeauna excelentă, încât acum instilez imediat după operație scopolamină și repet instilația în urmă, zilnic, 3—4 zile dela operație.

Procesul inflamator chiar dacă a început să se producă prin neglijarea acestei tehnice, este jugulat rapid prin intervenirea imediată cu scopolamină.

Explicația acestei complicațiuni irido-ciliare care se ivește cu o așa de mare frecvență în urma trepanației lui Elliot, ne-o dă însăși tehnica intervenției care se adresează părții celei mai vulnerabile a globului ocular: regiunii limbului cornean și corpului ciliar, a cărei sensibilitate este dintre cele mai accentuate.

Cristalinul în afară de modificările de curbură ale fetelor sale și în afară deplasărilor pe cari le suferă în urma trepanației și pe cari le-am studiat deja, prezintă încă câteva modificări post-operatorii și anume:

— Alterațiuni ale trepanației cari sunt mai mult de ordin traumatic și sunt datorite zguduiri la care este supus cristalinul aruncat brusc spre corneea în urma decompresiei oculare subite suferite prin trepanație.

Aceste tulburări cristalimene au un caracter difuz, nebulos și evoluează în două chipuri diferite după starea anatomică preoperatorie a cristalinului. Dacă preoperator cristalinul era complet limpede, vedem apărând această opalescență în straturile corticale anterioare, cam în dreptul polului anterior cristalinian și rezultă din simplul șoc al polului anterior cristalinian de fața posterioară a corneei.

Această opalescență polară anterioară are un caracter benign, fiindcă în cursul evoluției postoperatorii ea dispare cu desăvârșire.

Când însă cristalinul dinaintea intervenției avea un început de opacifiere, șocul cristalinian din timpul trepanației face ca opacifierea să facă progrese noi și să completeze cataracla glaucomatoasă abia începută. Acest fel de opacifiere care are un mers invadant are un caracter de malignitate fiindcă nu mai prezintă tendința la retrocedare. Distrofia cristalinului este în acest caz favorizată și completată de șocul cristalinian operator.

— Pulverizarea pigmentară a cristaloidului anterioare este încă o consecință a șocului cristalinian. În adevăr, cristalinul aruncat puternic spre corneea vine de striveste în unele cazuri marginea pupilară a irisului între el și corneea și din această strivire irisul lasă prin zona lui pupilară o urmă pigmentară inelară imprimată pe fața anterioară a cristalinului, care în parte contribuie și ea la tulburarea cristalinului.

Retina prezintă și ea în urma trepanației lui Elliot alterațiuni de ordin mecanic cari se rezumă în hemoragii. Hemoragiile retiniene postoperatorii sunt destul de frecvente și nu sunt în legătură numai cu gradul hipertensiunii oculare din momentul intervenției ei și cu intensitatea alterațiilor vasculare retiniene, fiindcă există cazuri cu hipertensiune foarte mare cari postoperator nu fac hemoragii retiniene și invers. Hemoragiile acestea retiniene au ceva caracteristic și anume: situația și evoluția lor.

Ca situație, hemoragiile retiniene postoperatorii sunt localizate aproape exclusiv la polul posterior al ochiului în jurul zonei papilo-maculare și în special în jurul papilei și convergând spre ea.

Această localizare exclusivă își are foarte ușor explicația în mecanismul producerei hemoragiilor retiniene. În adevăr, prin aruncarea înainte spre corneă a aparatului irido-ciclo-cristalinian se face o tracțiune puternică și asupra chorio-retinei, care este nevoită să alunece și ea ușor către polul anterior al globului. Cum însă chorio-retina își are punctul său fix spre regiunea papilo-maculară și în special la nivelul papilei, este logic ca tracțiunile exercitate asupra corio-retinei să aibă răsunet tocmai spre punctul lor de fixare. Concluzia este că se produc rupturi ale vaselor retiniene tocmai la punctul unde ele sunt mai fixate și unde tracțiunea este mai mare, adică în jurul papilei.

Ca evoluție, hemoragiile retiniene au un caracter benign, fiind în majoritatea cazurilor hemoragii mici, limitate, cari se rezorb cu ușurință.

Papila în afară de hemoragiile pe cari le prezintă postoperator suferă încă modificări de nivel și modificări vasculare.

În urma decompresiunii oculare escavația glaucomatoasă a papilei cedează în multe din cazuri și foarte rapid și în așa fel încât papila se nivelează complet. Această nivelare însă nu se produce în toate cazurile operate, ceea ce dovedește că escavația glaucomatoasă nu este produsă numai de singurul factor al hipertensiunii intraoculare ci și de un proces de atrofie papilară. De asemenea nu însemnează că oridecâteori papila își revine la nivel, ochiul glaucomatos își recapătă funcțiunile vizuale pierdute.

Prin suprimarea operatorie a hipertensiunii oculare se mai produc și modificări vasculare apreciabile ale pupilei și anume: pulsul arterial existent înainte de intervenție dispare odată cu ea prin restabilirea echilibrului hidraulic ocular; turgescența de stază a venelor și congestia compensatoare a capilarelor papilare dispar și ele și papila ia din aspectul congestiv pe care îl avea preoperator aspectul aproape normal al papilei.

II. Evoluția post-operatorie tardivă a glaucomelor cronice simple

Odată glaucomele cronice simple operate, după o perioadă de timp foarte variabilă, care diferă de la individ la individ și pe care nu o putem niciodată prevedea cât va fi de lungă, încep să-și continue evoluția lor degenerativă întreruptă aparent de intervenția operatorie.

Ochiul glaucomatos tinde în mod fatal către o scleroză generală căreia nimic nu se poate opune și al cărui mers intervenția operatorie nu are alt rezultat decât cel mult să o întârzie.

Scleroza glaucomatoasă își continuă opera sa insidios destructivă până ce apar simptome subiective și obiective aparente ale progresului său.

Primele fenomene aparente ale acestei scleroze glaucomatoase ni le arată papila, care devine din ce în ce mai atrofică cu toate că sindromul glaucomatos poate să fi dispărut deja de mult prin operație. După atrofia glaucomatoasă a papilei începe să apară cataracta glaucomatoasă care uneori evoluiază concomitent cu atrofia papilei, dar cele mai deseori își face apariția când atrofia glaucomatoasă a papilei a făcut deja progrese mari.

* * *

Spre a documenta concluziunile trase în lucrarea de față, voi rezuma un număr de observațiuni clinice dintre cele mai demonstrative, fiindcă majoritatea restului observațiunilor ce le posed au mari asemănări între ele.

OBSERVAȚIA II. — *Glaucom cronic simplu bilateral. Trapa-
nația Elliot O.D. Ameliorare tonometrică și optică O. D.*

Ion C., 58 ani. Se prezintă la Clinica Oftalmologică la 3 Fe-
bruarie 1914, spunând că de doi ani a început să aibă junghiuri în
O.D. și că i se pună o ceață înaintea lui, care a crescut treptat până
astăzi când vederea acestui ochi este foarte redusă. De o lună a
început să i se întunece și vederea O. S.

Starec prezentă. — O.D. Conjunctiva bulbară este ușor vascu-
larizată. Cornea prezintă un voal opalescent superficial generalizat.
Camera anterioară profundă. Irisul are desemnul ușor șters cu ca-
racter atrofic. Reflexele pupilare dispărute. La fundul ochiului, re-
giunea papilară ușor voalată. Papila prezintă escavație glaucomă-
toasă.

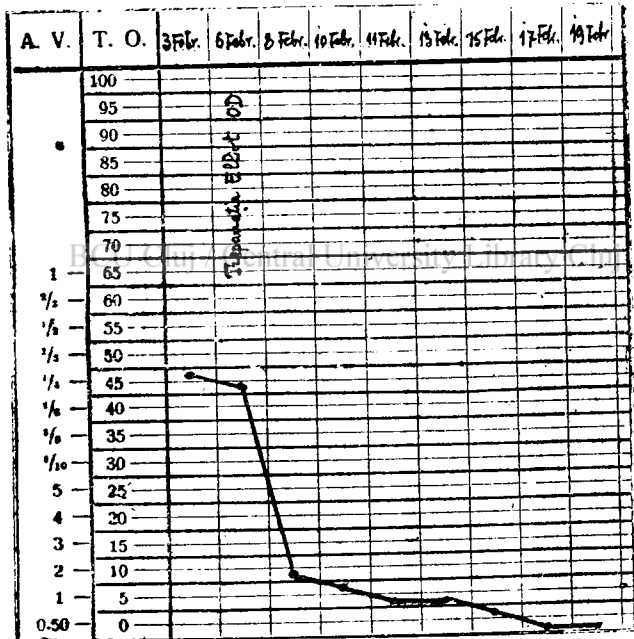


Fig. 1. Glaucom cronic simplu (Observația II)
Curba tonometrică
(Tip hipotonizant progresiv)

O.S. Conjunctiva și cornea cu aspect normal. Camera ante-
rioară mică. Irisul prezintă caracter atrofic. Pupila neregulată, pre-
zintă reflexele. Fundul ochiului prezintă numai o voalare a regiu-
nei papilare.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \text{Zero} \\ \text{OS.} = 1. \end{array} \right.$ Simțul luminos $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \text{există la } 1 \text{ m} \\ \text{OS.} = \text{normal} \end{array} \right.$

Tensiunea oculară. $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 47 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 30 \text{ mm.} \end{array} \right.$

6 Februarie 1914. Trepanația Elliot cu iridectomie periferică O.D.

8 Februarie. Pupila ușor trasă spre locul trepanației. Tensiunea oculară O.D.=10 mm.

10 Februarie. Filtrația oculară se face bine. Edem al lamboului conjunctival. Camera anterioară complet dispărută. Pupila în midriază, imobilă, ușor ovalară orizontal, prezintă ușoare sinechii fine posterioare de partea nasală. Colobomă iriană periferică, largă, semilunară. Irisul congestionat. Fundul ochiului drept prezintă numeroase emoragii de diferite mărimi, mai ales în jumătatea temporală a câmpului oftalmoscopic, de partea maculei. Pupila mult voalată, prezintă pe marginea ei temporală, în cadranul supero-temporal o mică emoragie, iar escavația glaucomatoasă a dispărut. (Figura 2).

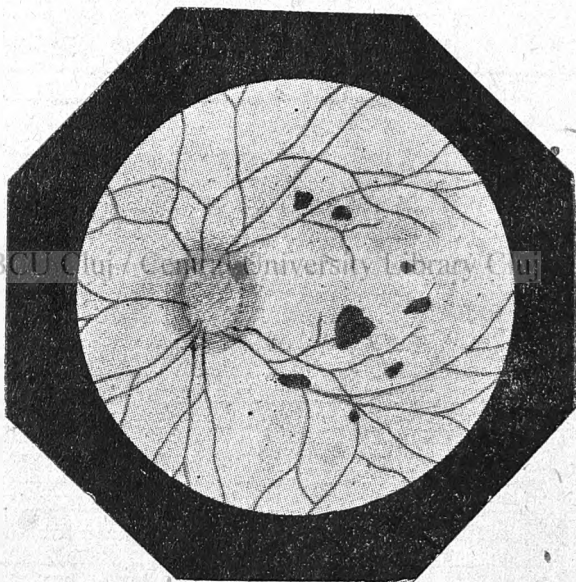


Fig. 2. Glaucom cronic simplu OD. (Observația II)
Hemoragiile retiniene post-operatorii

11 Februarie. Tensiunea oculară O.D.=5 mm. Acuitatea vizuală=zero. Simțul luminos=dispărut.

În zilele următoare tensiunea oculară merge progresiv scăzând, ochiul găsiindu-se la eșirea bolnavului în hipotonie, după cum se vede din curba tonometrică (Fig. 1).

19 Februarie. O.D. Camera anterioară refăcută. Cristalinul prezintă în straturile sale subcorticale anterioare o opalescență sub formă de strițiuni radiate, cu deosebire în partea sa inferioară.

Irisul e complet descongestionat. Fundul ochiului păstrează încă hemoragiile retiniene.

Acuitatea vizuală a început să revină și omul prezintă totuși numai simțul luminos la 1 jum. metru.

Concluzie. Este în această observație un caz în care în urma trepanației lui Elliot, tensiunea oculară a scăzut treptat și tot mai mult până ce ochiul a devenit complet hipoton. Decomprimarea oculară a provocat emoragii retiniene din cauza leziunilor glaucomatoase degenerative înaintate și cu toate acestea din punct de vedere optic pacientul a obținut o ușoară ameliorare prin ridicarea simțului luminos dela 1 metru la 1 metru jum.

OBSERVAȚIA III₁ — *Glaucom cronic simplu O. D. Glaucom absolut O. S. Trepanația Elliot O. D. Ameliorare tonometrică și agravare optică O. D.*

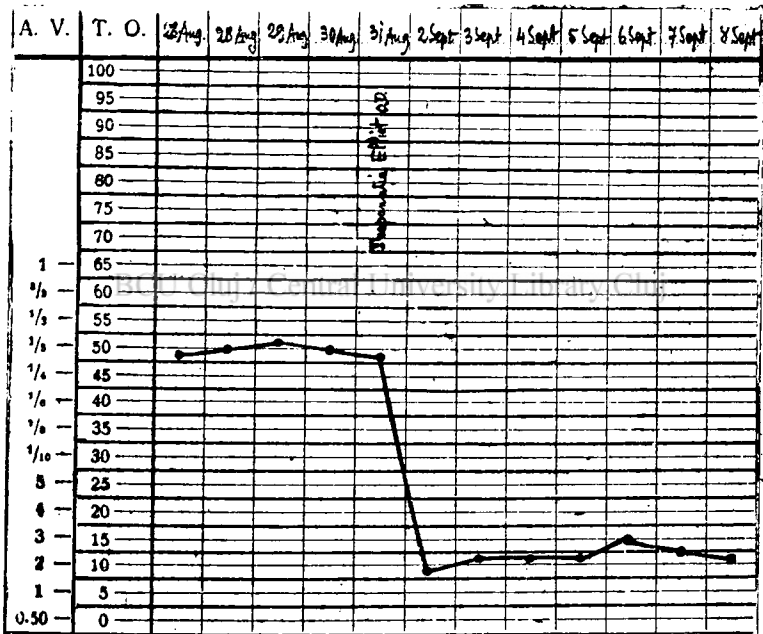


Fig. 3. Glaucom cronic simplu (Observația III)
Cuba tonometrică
(Tip hipotomic în platon)

Mitran Ș., 67 ani. Se prezintă la clinică la 28 August 1913. E bolnav de 5 ani la O.S. în care a avut dureri mari și i-a scăzut treptat vederea așa că azi nu mai vede cu el. Din luna Martie 1913 a început să-i scadă vederea și la O.D.

Starea prezentă. O. D. Conjunctiva cu aspect normal. Un plerigion incipient. Cornea are o opalescență fină, generalizată. Camera anterioară mică. Irisul tremurând, are imaginea sa pupilară ușor neregulată. În partea inferioară a camerei anterioare se

găsește un fin exudat. Pupila reacționează leneș și se află în mi-driază ușoară. Câmpul vizual strâmtorat, concentric, în formă de pară și prezintă acromatopsie relativă pentru toate culorile. Fundul ochiului este turbure. Papila voalată, albă-gălbue cerosă, cu va-sele subțiri aruncate nasal.

O. S. Conjunctiva cu aspect normal. Cornea turbure în tota-litate și vascularizată superficial. Camera anterioară de profunzime mijlocie. Irisul imobil, atrofic. Pupila excentrică, imobilă. Fundul ochiului nu se poate lumina.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 1/10 \\ \text{OS.} = \text{zero} \end{array} \right.$ Tensiunea oculară $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 50 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 50 \text{ mm.} \end{array} \right.$

31 August 1913. Trepanația Elliot cu iridectomie periferică
O. D.

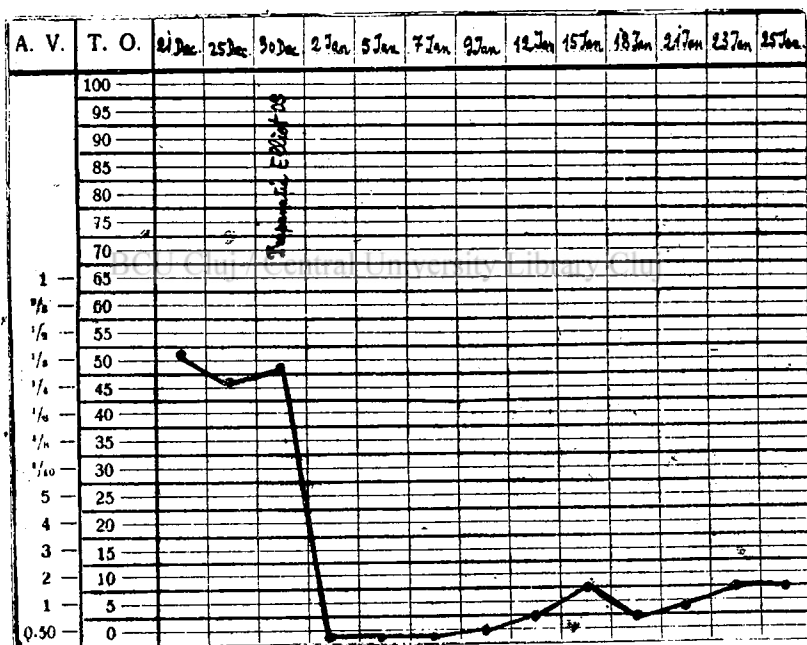


Fig. 4 Glaucom cronic simplu (Observația IV)
Curba tonometrică
(Tip hipotomic ascendent)

2 Septembrie. Pupila prezintă în partea superioară o sinechie posterioară. Fundul ochiului nu se luminează decât difuz așa că nu se pot observa detalii oftalmoscopice. Lamboul conjunctival ușor ectatic. Tensiunea=10 mm.

3 Septembrie. Pupila dilatată prin scopolamină arată în jur câteva sinechii fine posterioare. Cristalinul prezintă o dungă radială de opacifiare în cadranul infero-nasal. Camera anterioară dis-părută. Fundul ochiului este voalat.

În tot timpul curba tonometrică variază ca în graficul alăturat (Figura 3).

8 Septembrie. Acuitatea vizuală O.D.—numără degetele la trei metri.

OBSERVAȚIA IV. — *Glaucom cronic simplu bilateral. Trepanația Elliot O.S. Ameliorare tonometrică și status-quo optic O. S.*

Tănăsioiu M., 32 ani. Intră în Clinica Oftalmologică la 21 Decembrie 1913. Acum doi ani a avut remisiunii drepte cu scăderea treptată a vederii. O.D., care azi nu mai vede deloc. De o jumătate de an a început să-i scadă și vederea O.D.

Starea prezentă. O.D. Camera anterioară redusă. Pupila în

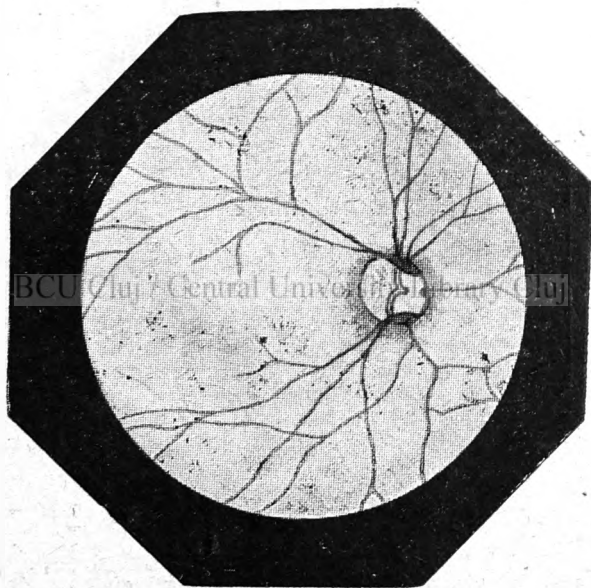


Fig. 5. Glaucom cronic simplu OS. (Observația IV)
Escavația glaucunatoasă a papilei

midriază, imobilă. La fundul ochiului se află pupila albă-sidiefie, complet escavată, cu vasele aruncate de partea nasală și cu venele foarte turgescente.

O.S. Nu prezintă nimic anormal la polul anterior. Fundul ochiului prezintă papila escavată și albă-atronică însă mai puțin accentuat ca la O.D. Venele de asemenea mai turgescente.

30 Decembrie. Trepanație Elliot O.S., fără iridectomie. Tensiunea oculară evoluiază după curba tonometrică alăturată (Fig. 4).

14 Ianuarie. Pupila în ușoară midriază, piriformă.

20 Ianuarie. Camera anterioară ușor refăcută. Pupila trasă spre locul trepanației are 2 sinechii posterioare.

25 Ianuarie O.S. Prezintă la fundul ochiului pupila cu escavația redusă, iar vasele și-au pierdut coturile ce le descriau la marginea papilei. Venele nu mai sunt turgescente.

Acuitatea vizuală care preoperator era $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \text{zero} \\ \text{OS.} = 1/2 \end{array} \right.$

Rămâne la data ieșirii $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \text{zero} \\ \text{OS.} = 1/2 \end{array} \right.$

Tensiunea oculară care la intrare era $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 22 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 22 \text{ mm.} \end{array} \right.$

Se găsește la ieșire $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 40 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 10 \text{ mm.} \end{array} \right.$

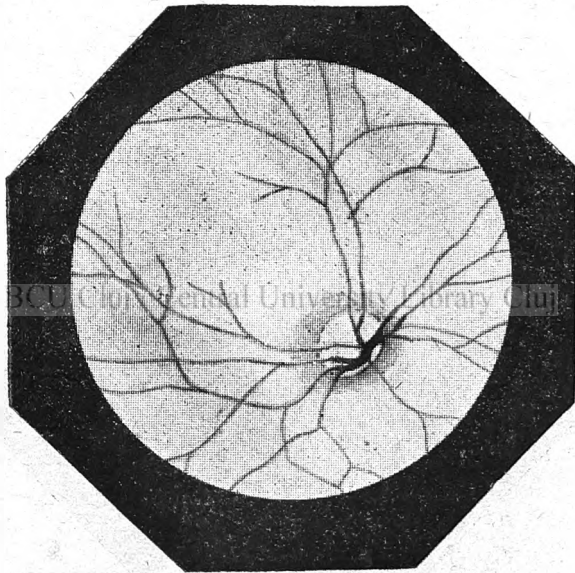


Fig. 6. Glaucom cronic simplu OS. (Observația IV)
Renivelarea postoperatorie a papilei

Concluzie. Avem de a face deci în observația III-a cu un caz în care tensiunea postoperatorie scăzută la un nivel vecin normalei se menține sensibil în acest grad timp îndelungat cu foarte mici oscilațiuni. În cazul IV este vorba de o altă formă a hipotoniei postoperatorii și anume: de o formă clinică în care tensiunea scăzută brusc la minimum se urcă apoi lent și progresiv spre tensiunea normală fiziologică la care se menține. În acest caz avem de notat și o revenire la nivel a părții escavate.

OBSERVAȚIA V. — *Glaucom cronic simplu bilateral. Trepanația Elliot A.O. Ameliorare tonometrică și optică A.O.*
Leibu Ș., 45 ani. Intră în Clinica Oftalmologică la 10 Decem-

brie 1914. Bolnav de ambii ochi din Octombrie 1913, de când a început să aibă dureri de cap și scăderea vederii care a mers mai repede la O.D.

Starea prezentă. O.D. Polul anterior cu aspect normal. Pupila în midriază mijlocie, imobilă. La fundul ochiului: papila escavată cu aspect atrofic.

OiS. Polul anterior identic ca la OD. La fundul ochiului papila escavată și cu halo glaucomatos la partea nasală mai ales.

17 Decembrie. Trepanația Elliot O.D.

18 Decembrie. Mică hemoragie în camera anterioară la O.D. și camera dispărută.

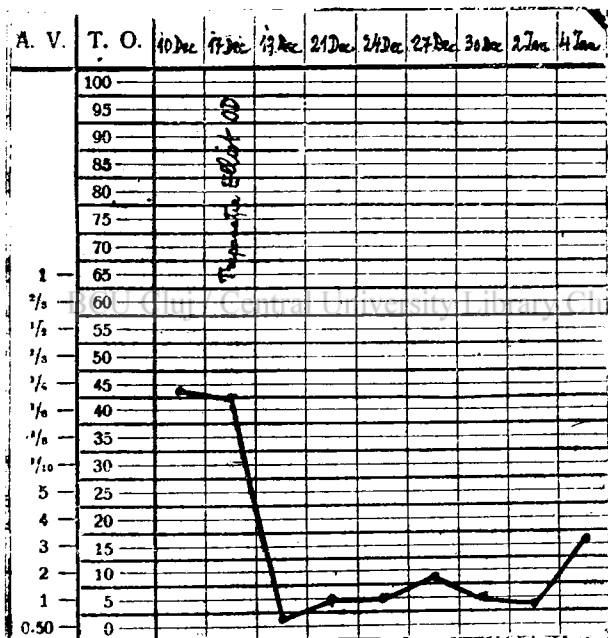


Fig. 7. Glaucom cronic simplu OS. (Observația V)
Curba tonometrică
(Tip hipotonic ascendent)

21 Decembrie. Hemoragia rezorbită, camera ant. încă absentă. Mici sinechii posterioare. Scopolamină.

22 Decembrie. Trepanația Elliot O.S.

24 Decembrie. Ușoară irită O.S.

26 Decembrie. Fenomenele iriene O.S. complet dispărute. La fundul ochiului se constată o emoragie călare pe marginea papilei la O.S. (Figura 8).

29 Decembrie: Acuitatea vizuală după operație era { OD. = numără degetele la 2.50 m.
la care înainte de operație era { OS. = 1/6

Acuitatea vizuală după operație devine { OD. = 1/3 } cu - 1 d. sferică
OS. = 1/3

iar, Tensiunea oculară care înainte de operație era $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 45 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 55 \text{ mm.} \end{array} \right.$

devine după operație $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 10 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 18 \text{ mm.} \end{array} \right.$

4 Ianuarie. Hemoragia papilară dela O.S. este complet dispărută. Curba tonometrică a urmat tot acest timp la O.S. Grafica din tabelul alăturat (Fig. 7).

Bolnavul revăzut aproape peste un an, la 30 Decembrie 1915, prezintă următoarea stare:

O.D. Pupila reacționează lenes. La fundul ochiului constat că papila a rămas prea puțin escavată și prezintă un halo glaucomatos de partea nasală. Cicatricea de filtrație este cu aspect sifos ușor ectatic.

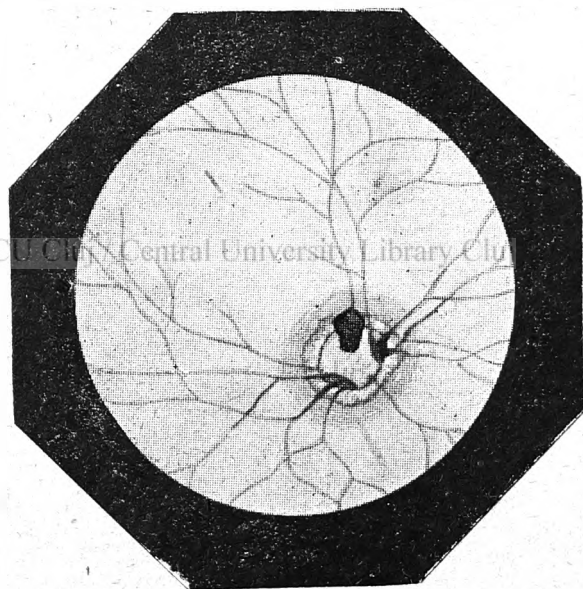


Fig. 8. Glaucom cronic simplu (Observația V)
Eporagie papilară postoperatorie

O.S. Pupila reacționează mai viu ca la *O.D.*; cicatricea de filtrație este ceva mai aplatisată. Fundul ochiului același aspect ca la *O.D.*

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \text{numără degetele la } 2\frac{1}{2} \text{ m. cu } +1.75 \text{ d. sferic.} \\ \text{OS.} = \frac{1}{4} \text{ cu } +1.75 \text{ d. sferic} \end{array} \right.$

Tensiunea oculară la AO. = 18 mm.

Concluzie. Avem de aface în acest caz cu o ameliorare sensibilă a acuității vizuale și a tonometriei după trepanația Elliot imediat după intervenție. Cazul ne demonstrează însă evident că la un an după trepanație, cu

toate că tensiunea oculară se menține în aceeași bună stare, ochii însă prezintă evidente fenomene de scleroză glaucomatoasă progresivă care a făcut ca vederea O.D. să scadă simțitor, ajungând gradul pe care îl avea înaintea intervenției, iar la O.S. vederea deși se menține încă mai bună ca înaintea operației este totuși mai scăzută față de buna acuitate vizuală imediat postoperatorie. Dealtfel, apariția halosului glaucomatos, peripapilar la O.D. care nu era înaintea operației și care a apărut în decursul anului care a trecut dela operație cu toată buna tensiune oculară, de-

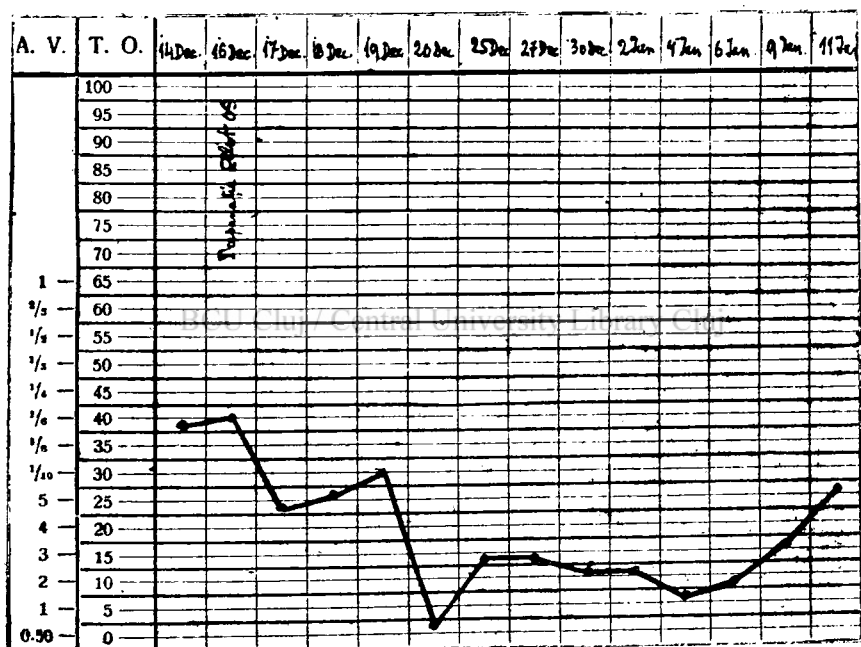


Fig. 9. Celaucom cronic simplu OS. (Observația VI)
Curba Fonametrică
(Tip hipoton ascendent)

monstrează clar că fenomenele de scleroză glaucomatoasă își urmează cursul lor fatal independent de tensiunea oculară.

OBSERVAȚIA VI. — *Glaucom cronic simplu A.O. Trepanația Elliot O.S. A meliorare tonomatică. Întrăutățire la O.S.*

Nicola M., 70 ani. Acum 30 ani a suferit de sifilis. Acum 2 ani a început să i se înceteze vederea O.D., iar de acum un an vederea a început să i scadă și la O.S.

Starea prezentă. O.D. Trichiază parțială, superioară. Camera

anterioară mică. Irisul cu aspect normal, pupila regulată, reacționează slab. Câmpul pupilar gris-verzui. Câmpul vizual strâmtorat concentric atingând limitele dintre 80—100 cu discromatopsie totală și absolută pentru toate culorile.

O.S. Prezintă aceeași stare a Oid. și în plus o cataractă incipientă și un sinchisis scânteetor.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \text{numără degetele la } 2.50 \text{ m.} \\ \text{OS.} = \text{ " " " " } 0.50 \text{ cm.} \end{array} \right.$

Tensiunea oculară $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 29 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 40 \text{ mm.} \end{array} \right.$

16 Decembrie 1914. Trepanația Elliot O.S. fără iridectomie.

17 Decembrie. Pupila pisiformă cu coada spre locul trepanației, proemină o buclă iriană. Cristalinul mai tulbure nu mai permite să se vadă sinchisisul scânteetor. Camera anterioară refăcută. Tensiunea oculară A.O.=25 mm. Se răstoarnă lamboul conjunctival, făcându-se excizia buclei iriene și se instilează ezerină.

19 Decembrie: Pupilă refăcută, în mioză regulată. $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 34 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 4 \end{array} \right.$
Camera anterioară dispărută Tensiunea oculară

În zilele următoare tensiunea O.S. urmează grafica din tabelul alăturat (Figura 9).

24 Decembrie. Fundul ochiului stâng nu se mai luminează. Acuitatea vizuală=zero.

Concluzie. Este vorba în acest caz de un glaucom degenerativ înaintat în care intervenția făcută în doi timpuri a avut de rezultat să scadă tensiunea, care însă ulterior a continuat să revină în parte odată cu tulburări degenerative oculare mai intense. Se pare deci că intervenția a grăbit mersul degenerării glaucomatoase deja destul de înaintate.

OBSERVAȚIA VII. — *Glaucom cronic simplu A.O. Trepanația Elliot A.O. Ameliorare tonometrică, optică și campimetrică A.O.*

Frenkel M., 50 ani. Se prezintă la Clinica Oftalmologică din Cluj la 29 Decembrie 1919, spunând că de acum 3 luni a început să aibă cefalalgii și scăderea vederii O.S. și de acum 2 luni scăderea vederii O.D.

Starea prezentă. O.D. Polul anterior nu are nimic anormal. La fundul ochiului papila e numai congestionată, cu vasele turgescențe, flexuoase.

O.S. Nimic anormal la polul anterior. La fundul ochiului papila prezintă escavație glaucomatoasă cu vasele aruncate nasal. De partea nasală papila prezintă un chenar de choroidită pigmentară.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \frac{1}{6} \\ \text{OS.} = \text{numără degetele la } 4 \text{ m.} \end{array} \right.$

Tensiunea oculară $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 50 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 60 \text{ mm.} \end{array} \right.$

Câmpul vizual la O.D. are limite aproape normale, iar la O.S. prezintă o puternică strâmtorare concentrică limitându-se într-o zonă de 15° .

31 Decembrie 1919. Trepanația Elliot O.S.

6 Ianuarie 1920. O.S. Escavația glaucomatoasă complet dispărută. Camera anterioară mică. Pupila dilatată, imobilă.

15 Ianuarie 1920. Trepanația Elliot O.D.

20 Ianuarie. Papila O.D. mai puțin congestivă.

21 Ianuarie: Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \frac{1}{2} \text{ cu } + 2 \text{ d. sferic} \\ \text{OS.} = \frac{1}{5} \text{ cu } + 2 \text{ d. sferic} \end{array} \right.$

Câmpul vizual O.D.=revenit la normal, iar la O.S.=câmpul vizual lărgit și cuprins între $25-30^{\circ}$.

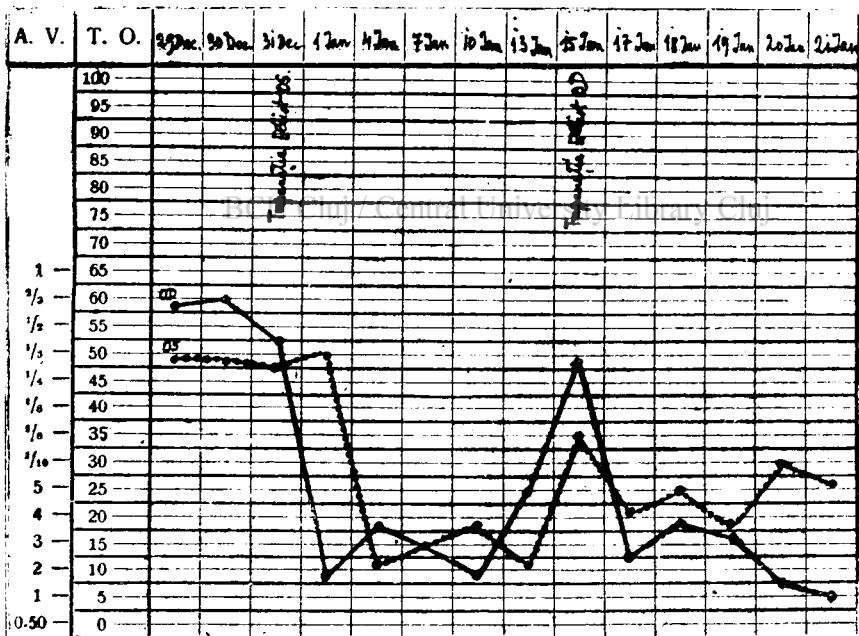


Fig. 10. Glaucom cronic simplu AO. (Observația VII)
Curba tonometrică

OBSERVAȚIA VIII. — *Glaucom cronic simplu O.S. Trepanația. Elliot A.O. Ameliorare tonometrică A.O. Ameliorare optică și campimetrică O.S.*

Agnes F., 44 ani. Se prezintă la Clinica Ofta'mologică din Cluj la 10 Ianuarie 1920 spunând că încă de acum 10 ani a început scăderea vederii O.D. care de un an nu mai vede deloc. De 2 ani a început să-i scadă și vederea O.S.

Starea prezentă. O.D. Irisul atrofic, pupila neregulată, excentrică, imobilă; cristalinul are tulburări punctiforme.

O.S. Irisul atrofic. Pupila miotică reacționează leneș.

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \text{zero} \\ \text{OS.} = \text{numără degetele la } 2\frac{1}{2} \text{ m.} \end{array} \right.$

Tensiunea oculară $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 62 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 62 \text{ mm.} \end{array} \right.$

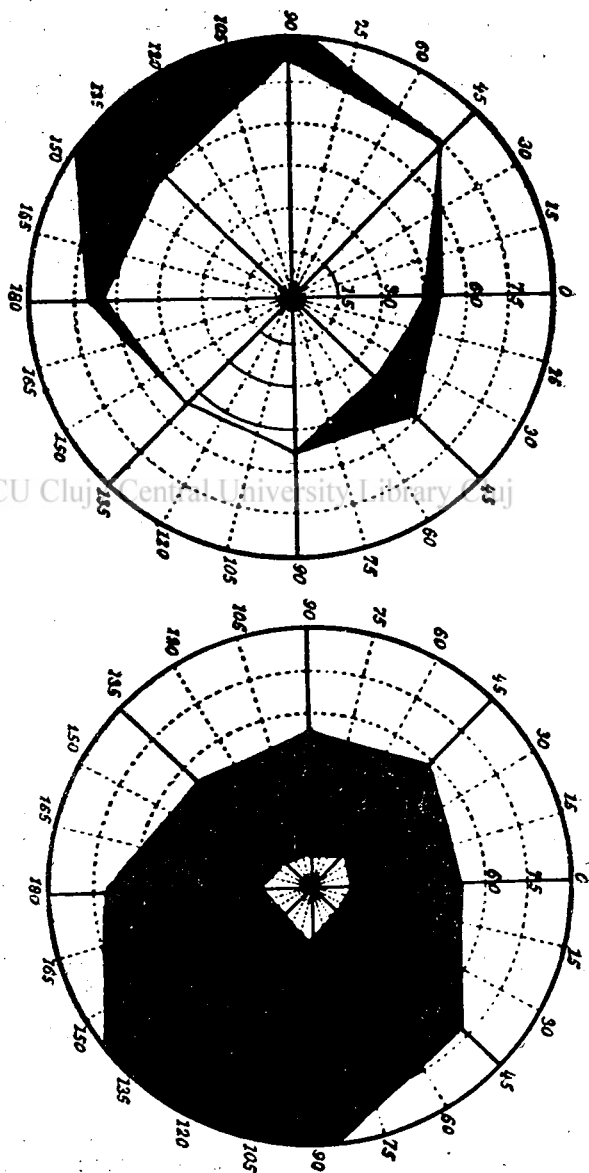


Fig. 11. Glaucom cronic simplu A.O. (Observația VII)
Câmpurile vizuale pre operator

Fundul ochiului la A.O. prezintă papila escavată, atrofică.
12. Ianuarie. Se pilocarpinizează prealabil ambii ochi câteva zile spre a obține maximum de hipotonie.
20 Ianuarie. Trepanația Elliot O.D.

23 Ianuarie. Camera anterioară la Ő.D. revenită la normal.

Astigmatometria pre operatorie $\left\{ \begin{array}{l} \text{ax orizontal} = 44 \text{ D (7,7 mm. raza de curbura)} \\ \text{ax vertical} = 43 \text{ D (7,9 mm. " " ")} \end{array} \right.$

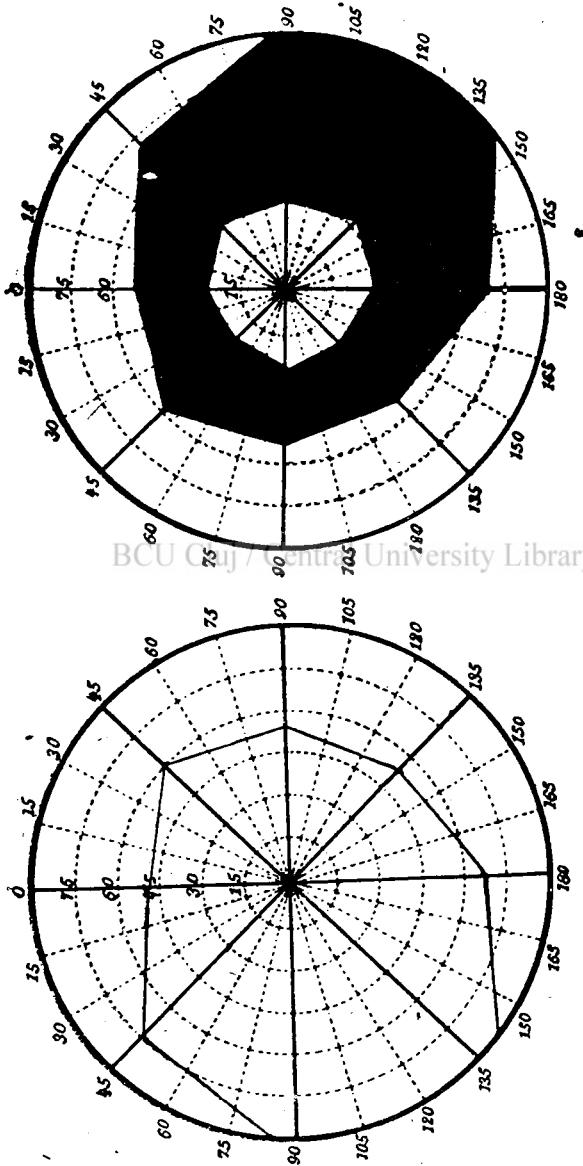


Fig. 12. Glaucom cronic simplu AO. (Observația VII)
Cămpurile vizuale post-operator

Skiascopia preoperatorie la OS. $\left\{ \begin{array}{l} \text{ax orizontal} = -1,5 \text{ D} \\ \text{ax vertical} = +1 \text{ D} \end{array} \right.$

29 Ianuarie: Trepanația Elliot cu iridictomie periferică OS.

Astigmatometria postoperatorie la OS. $\left\{ \begin{array}{l} \text{ax orizontal} = 44 \text{ D} \\ \text{ax vertical} = 42 \text{ D} \end{array} \right.$

Skiascopia postoperatorie la OS. $\left\{ \begin{array}{l} \text{ax orizontal} = -3.5 \text{ D} \\ \text{ax vertical} = -2.5 \text{ D} \end{array} \right.$
 4 Februarie:

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \text{zero} \\ \text{OS.} = 1'_{30} \text{ cu } -2.25 \text{ D} \end{array} \right.$

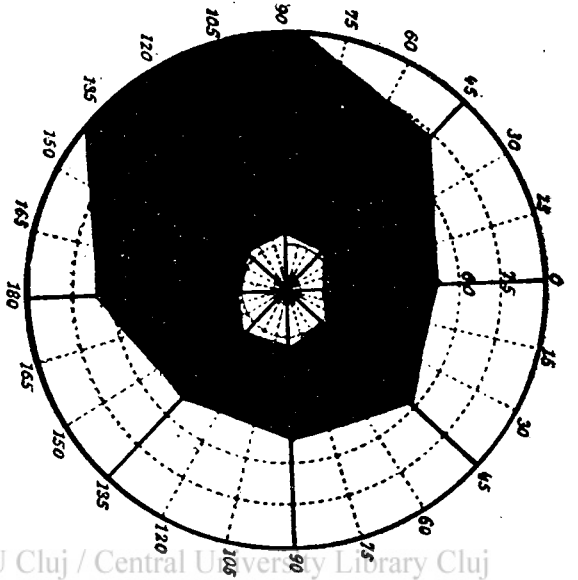
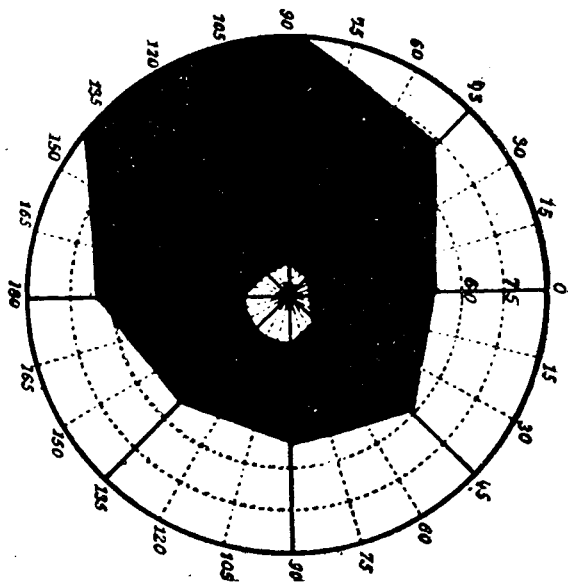


Fig. 13. Glaucom cronic simplu OS. (Observația VIII)
 Câmpul vizual OS. pre și post operator



Tensiunea oculară $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = 10 \text{ mm.} \\ \text{OS.} = 5 \text{ mm.} \end{array} \right.$

Concluzie. Din analiza acestui caz se evidențiază miopia funcțională prin propulsarea cristalinului postopera-

torie spre corneea și turtirea meridianului cornean orizontal.

B. Evoluția post-operatorie a glaucomelor inflamatorii

Dacă în privința glaucomelor cronice simple există o șovăială explicabilă în privința aprecierii momentului intervenției, în privința glaucomelor inflamatorii, oculiștii sunt cu toții de acord că trebuie operate imediat. Lucrul este de altfel logic fiindcă glaucomele inflamatorii operate cât mai timpuriu sunt acelea cari dau cele mai bune rezultate imediate. Ca și în cazul glaucomelor cronice simple și aci însă intervenția nu dă totdeauna numai rezultate favorabile, încât pentru sistematizarea chestiunii voi împărți glaucomele inflamatorii după rezultatul post-operator imediat, în două categorii și anume în:

- glaucome inflamatorii cu evoluție postoperatorie benignă și
- glaucome inflamatorii cu evoluție postoperatorie malignă.

I. Glaucomele inflamatorii cu evoluție imediat post-operatorie benignă

În această categorie intră majoritatea glaucomelor inflamatorii operate, bineînțeles fiindcă: profitul pe care îl trage fiecare ochi cu glaucom inflamatoriu după intervenție, este variabil cu intensitatea accesului și cu data apariției lui. În cazurile cele mai favorabile acuitatea vizuală și câmpul vizual tind să o ajungă: acuitatea vizuală rămânând la $\frac{2}{3}$ — $\frac{1}{2}$ din vederea normală, iar câmpul vizual suferind strâmtorări ce merg dela 5—15°.

Tensiunea oculară suferă modificări ce au mare analogie cu acelea pe cari le-am studiat deja la capitolul glaucomelor cronice simple.

La ochii cu glaucom inflamator operați, observăm însă în evoluția ulterioară un fenomen curios care nu l'am remarcat în evoluția postoperatorie a glaucomelor cronice simple și anume: multă vreme după operație glau-

comele inflamatorii deși au tonusul aproape normal, prezintă din când în când fenomene congestive active, trecătoare, în care perioade: conjunctiva are tendința la chemozare, camera anterioară își reduce profunzimea, pupila se lărgeste și își lenevește reflexele, réfracția ochiului se schimbă, iar bolnavul însuși afirmă în aceste perioade congestive că are diverse tulburări trecătoare ale vederii (senzația de negură, curcubeu) fenomene cari, în totalitatea lor constituiesc bine cunoscutul acces prodromic de glaucom, căruia în aceste perioade nu-i lipsește spre a fi în completul său decât hipertonia oculară apreciabilă la tonometru.

Avem deci aface cu noi accese active de glaucom, avortate grație numai trepanației, care ca o supapă de siguranță dă drumul excesului umoral ocular sub conjunctivă și asigură tonusul ocular fiziologic. Când însă accesul nou glaucomatos a ajuns la apogeu, trepanația devine ușor insuficientă și atunci se ivește micul acces glaucomatos cu caracter prodromic pe ochiul deja operat și bine operat. Se pare deci că în urma operației glaucomul inflamator intră numai într'o liniște aparentă, fiindcă procesul activ glaucomatos deși avortat în unul din elementele sale cele mai principale: hipertonia oculară, continuă totuși opera sa lentă și progresivă asupra ochiului pe care s'a instalat.

Liniștea postoperatorie a glaucomului inflamator este deci o liniște înșelătoare fiindcă examenul clinic detaliat al bolnavilor ne arată că chiar după operație se produc în ochiul glaucomatos fenomene hipersecretorii active cari continuă încă multă vreme ca accese intermitente.

Când accesesele intermitente glaucomatoase încetează de a se mai produce în ochiul operat, glaucomul inflamator intră în o fază de staționare în care timp nimic nu mai indică că în ochiul glaucomatos s'ar mai petrece vreun proces patologic. În tot răstimpul fazei de staționare a cărei durată este iarăși variabilă, acuitatea și câmpul vizual se mențin aproximativ în limitele ce le aveau imediat după operație.

În tot acest timp însă, procesul de scleroză glaucomatoasă pe care l'am descris deja la glaucomul cronic sim-

plu își minează neconținut terenul în mod lent, până ce într'o zi fostul glaucomatos inflamator ni se plânge că: deși nu mai are nimic din fenomenele alarmante de dinaintea operației, simte cum vederea îi scade totuși treptat,

Examinând atunci acest ochi găsim că procesul de scleroză glaucomatoasă a făcut progrese sensibile, că acest proces s'a întins progresiv dela polul anterior către cel posterior aducând atrofia glaucomatoasă a papilei și cataracta glaucomatoasă.

Intervenția noastră cea mai perfectă, aplicată în momentul cel mai oportun al boalei, n'a făcut decât deci să amânc scadența totdeauna fatală a glaucomului oricare ar fi forma sa clinică.

Examenul camerei anterioare și al papilei ne pun de altfel într'o oarecare măsură să ne dăm seama de stadiul sclerozei glaucomatoase.

Apariția rapidă și perzistența unei camere anterioare profunde după operația glaucomului ne indică că echilibrul hidraulic ocular s'a restabilit. Revenirea completă a papilei la diametrul și reflexele sale normale ne indică că procesul glaucomatos degenerativ se află abia în faza inițială.

Când camera anterioară de profunzime normală coincide cu o papilă revenită incomplet la diametrul normal și cu reflexele leneșe este un indiciu că scleroza glaucomatoasă este întinsă și că nu va întârzia să atingă și polul posterior al globului ocular.

II. Glaucomele inflamatorii cu evoluție imediat post-operatorie malignă

Acest grup reprezintă un tip clinic mai puțin frecuent ca glaucomele cu evoluție benignă. Ele evoluează după intervenție în două feluri și anume:

— Sau pe ochiul operat se instalează fenomene de iridocilită cu hipotonie, cari îl duc în mod lent la dezagregare și atrofie.

— Sau la scurt interval după operație, fenomenele glaucomatoase reapar în tot completul lor, oricare ar fi intervenția practică și oricâte alte noi intervenții anti-

glaucomatoase am practica asupra acestor ochi. Astfel de ochi rămân neconținut în iminență glaucomatoasă inflamatorie și necesită intervenția întârziată a enucleației.

* * *

Voi da aci ca simplă documentație câteva observațiuni clinice dintre cele mai tipice din acest grup, restul observațiilor ce le posed având între ele mari asemănări.

OBSERVAȚIA IX. — *Glaucom inflamator O.S. Glaucom cronic simplu O.D. Trepanație Elliot A.O. Ameliorare tonometrică și optică. A.O.*

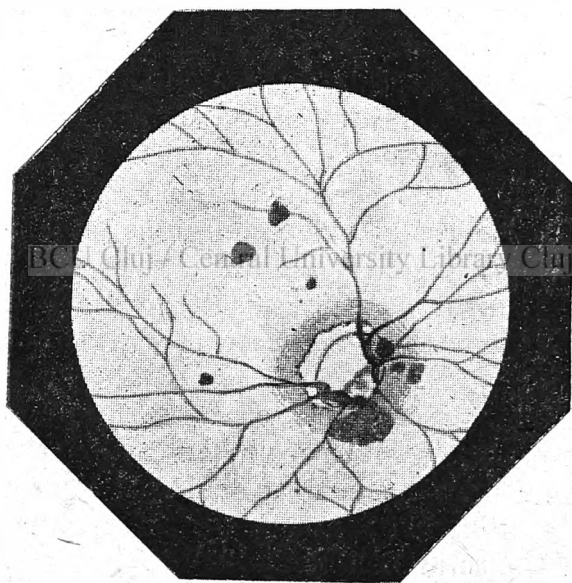


Fig. 14. Glaucom inflamator OS. (Observația IX)
Hemoragii retiniene post-operatorii

Grigore I., 59 ani. Intră la Clinica Oftalmologică la 30 Ianuarie 1915 spunând că este bolnav de ochiul stâng din Noembrie 1914, de când a început să aibă dureri mari în ochi, care s'a înroșit și să-i scadă vederea, așa că azi nu mai vede decât foarte puțin cu acest ochiu. Din Ianuarie 1915 a început să-i scadă și vederea O.D.

Starea prezentă. O.D. Polul anterior cu aspect normal. Fundul ochiului, pupila ușor escavată, are de partea nasală un halos glaucomatos.

O.S. Conjunctiva intens congestionată. Lăcrămare, fotofobie. Pupila în midriază.

Fundul ochiului se luminează difuz. A- cuitatea vizuală

$\left\{ \begin{array}{l} \text{OD.} = \frac{1}{3} \\ \text{OS.} = \text{numără degetele la } 0.50 \text{ cm. de partea temporală} \end{array} \right.$	

Tensiunea oculară { OD. = 45 mm. { Se administrează tratamentul
OS. = 45 mm. { hipotonizant cu pilocarpină.

3 Februarie. Trepanația Elliot O.S.

4 Februarie. Durerile dispărute. Tensiunea oculară O.S.=14 milimetri.

7 Februarie. Pupila trasă spre locul trepanației prezintă câteva mici sinechii posterioare. Fundul ochiului se luminează bine și se distinge papila înconjurată în partea temporală de un haos alb-sidefiu.

Numeroase hemoragii retiniene, cu deosebire în jurul papilei, fiind cele mai mari (Figura 14). Acuitatea vizuală O.S.= $\frac{1}{3}$ nu.

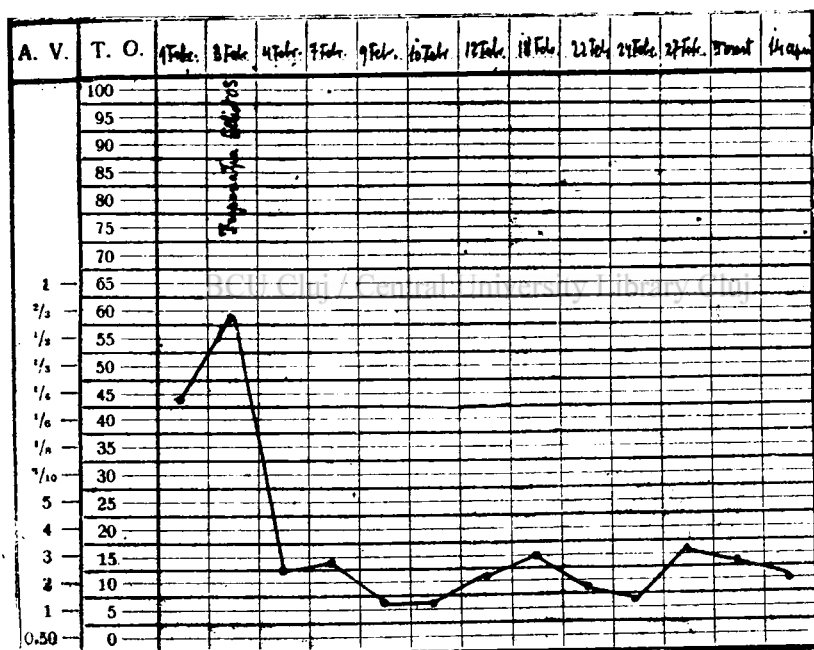


Fig. 15. Glaucom inflamator OS. (Observația IX)
Curba tonometrică
(Tip hipotonic oscilant)

mai de partea temporală. În cursul timpului O.S. evoluează tonometric după cum arată grafica alăturată (Fig. 15).

10 Februarie. Trepanația Elliot O.D.

15 Februarie. O.D.=cristaloida anterioară prezintă un cerc pigmentar, iar cristalinul e ușor opalescent. O.S.=la fundul ochiului prezintă încă urme difuze ale emoragiilor retiniene postoperatorii.

14 Aprilie, bolnavul fiind revăzut prezintă următoarea stare:

O.D. pupila rotundă, reacționează bine. Cristalinul are o opalescență difuză. Trepanația se menține în bună stare.

O.S. pupila imobilă, cristalinul opalescent. Fundul ochiului prezintă papila de culoare albă atrofică.

Sidofoasă, cu escavația dispărută complet. A- { OD. = $\frac{1}{2}$
 cuitatea vizuală OS. = numără degetele la 1.50 m. temporal

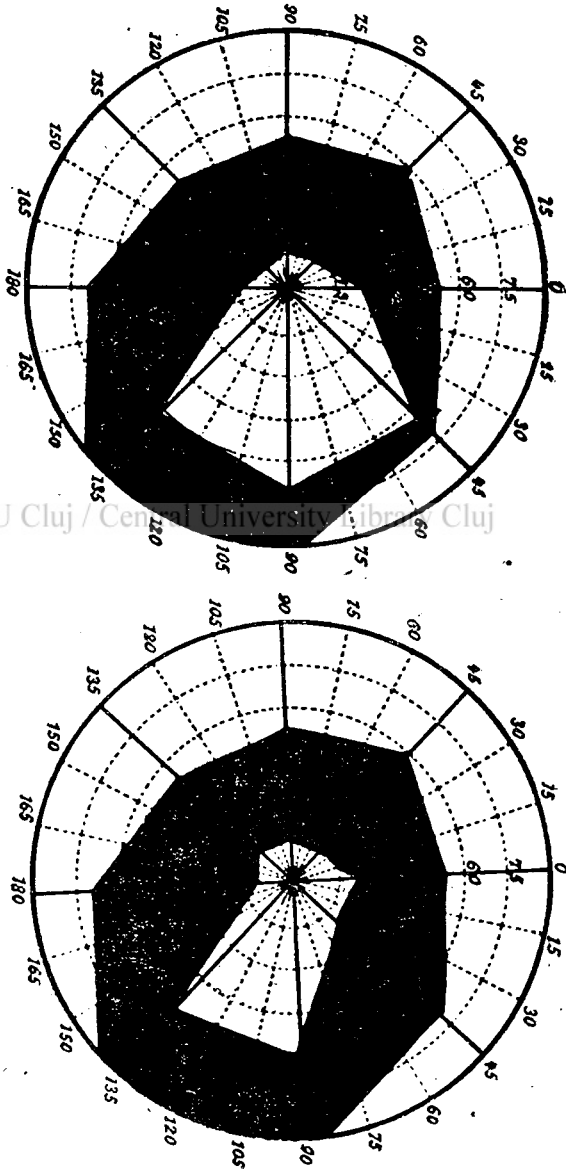


Fig. 16. Glaucom inflamator OS. (Observația X)
 Câmpurile vizuale OS, pre și post-operator

Tensiunea oculară { OD. = 10 mm.
 OS. = 12 mm.

Concluzie. Reiese din acest caz că trepanația Elliot a avut de rezultat să aducă o ameliorare optică imediată,

dar că în urmă, prin progresul sclerozei glaucomatoase, care a cuprins nervul optic, vederea a continuat să scadă, deși ochiul se găsea în tonusul normal și cu pupila redevenită la nivel.

OBSERVAȚIA X. — *Glaucom inflamator O.S. Glaucom absolut O.D. Trepanația Elliot O.S. Ameliorare tonometrică și optică, agravare campimetrică.*

Sofia M., 62 ani. Intră în Clinica Oftalmologică din Cluj la 3 Noembrie 1919, având O.D. pierdut de un an, iar la O.S. având dureri mari și scăderea vederii de trei săptămâni.

Starea prezentă. O.D. pupila mobilă, cristalinul opalescent. La fundul ochiului: escavația glaucomatoasă a papilei cu halos glaucomatos peripapilar.

O.S. cornea mată, opalescentă. Irisul tulbure, pupila în miștriază, imobilă. Fundul ochiului nu se poate lumina.

Tensiunea oculară $\left\{ \begin{array}{l} \text{O.D.} = 30 \text{ mm.} \\ \text{O.S.} = 60 \text{ mm.} \end{array} \right.$

Acuitatea vizuală $\left\{ \begin{array}{l} \text{O.D.} = \text{zero} \\ \text{O.S.} = \text{numără degetele la 1.50 metri} \end{array} \right.$

Câmpul vizual la O.S. strâmtorat concentric mai ales de partea nasală și prezintă o discromatopsie totală pentru verde și albastru.

6 Noembrie. Trepanația Elliot O.S.

7 Noembrie. O.S. hipema, camera anterioară refăcută.

15 Noembrie. Camera anterioară nu mai are hipemă. Fundul ochiului se luminează și se distinge o escavație glaucomatoasă a papilei cu halos glaucomatos. Câmpul vizual păstrează de partea nasală aceleași limite preoperatorii, dar în rest prezintă o apreciable strâmtoare.

29 Noembrie. Câmpul vizual la O.S. prezintă aceeași stare de strâmtorare iar acuitatea vizuală $05 = \frac{1}{10}$.

Concluzie. Reiese deci din acest caz că cu toată ameliorarea tonometrică și optică postoperatorie câmpul vizual al ochiului operat a suferit o agravare prin mărirea încă a strâmptorării sale.

III. Concepția patogenică ce rezultă din studiu clinic și cercetările cyto-chimice personale asupra glaucomului

Bazat pe studiul detaliat ce am făcut în această lucrare asupra evoluției postoperatorii a glaucomului, am fost condus să admit următoarele idei personale asupra patogeniei glaucomului.

Glaucomul este o afecțiune oculară totdeauna gravă și este consecința unei tulburări generale necunoscute încă a organismului. Privit numai din punct de vedere ocular, glaucomul este totdeauna o afecțiune ciclică, cu un ciclu foarte variat ca durată. Ciclul evolutiv al glaucomului este alcătuit dintr-o perioadă inițială, inflamatorie-activă, însoțită de o hipersecreție intraoculară de asemenea active. Acestei perioade îi urmează o perioadă de staționare, în care atât simptomele glaucomatoase subiective cât și cele obiective au o accentuată tendință la imobilitate. În chiar această a doua perioadă își prinde rădăcinile a treia perioadă (a sclerozei glaucomatoase care invadează insidios ochiul și reprezintă termenul fatal al oricărei forme clinice de glaucom. Glaucomul cronic simplu și cel inflamator formează o singură entitate morbidă, nediferențiindu-se între ele decât prin intensitatea fenomenelor și prin rapiditatea cu care se desfășoară ciclul evolutiv al afecțiunii.

Hipertonia oculară reprezintă sindromul capital al glaucomului și are origini diferite după cum glaucomul se prezintă în perioada inițială de inflamație activă sau în cursul perioadei de scleroză glaucomatoasă.

În perioada inițială a inflamației active, hipertonia este efectul imediat al unei secrețiuni active oculare și este însoțită de modificări chimice ale umorului apos, în al cărui conținut se mărește cantitatea de albumină normală.

În adevăr, cercetări chimice pe cari le-am întreprins, mai de mult, cu ajutorul d-șoarei farmacist Drăghici, în diferite afecțiuni oculare, în ceea ce privește conținutul umorului apos în materii minerale, și organice, mi-au dat următoarele rezultate:

Glaucome

No ^o cazurilor	Materii organice %	Materii minerale %
1	0.1809	0.2317
2	1.7840	0.0623
3	0.0180	0.0012
4	0.0060	0.0014

Irite

No. cazurilor	Materii organice ‰	Materii minerale ‰
1	0.5365	0.0243
2	0.2358	0.4323
3	0.0059	0.0035

Keratite

No. cazurilor	Materii organice ‰	Materii minerale ‰
1	0.0606	0.4545
2	0.0132	0.0026
3	0.0049	0.0030
4	0.0023	0.0905
5	0.0020	0.0583
6	0.0012	0.0006
7	0.0000	0.0934

BCU Cluj / Central University Library Cluj

Cataracte

No. cazurilor	Materii organice ‰	Materii minerale ‰
1	0.1184	0.4295
2	0.0060	0.0014
3	0.0005	0.0023

Panus

No. cazurilor	Materii organice ‰	Materii minerale ‰
1	0.0137	0.1225
2	0.0013	0.0934

Irido-choroidite

No. cazurilor	Materii organice ‰	Materii minerale ‰
1	2.2474	1.1235

Retinita albuminurică

No. cazurilor	Materii organice %	Materii minerale %
1	0.0827	0.0555

Rezumând aceste tabele se vede că în glaucom ca și în irite, irido-chorodite și în unele keratite există o mărire a cantității de albumină la sută. În glaucom deci, ca și în celelalte afecțiuni inflamatorii oculare exista o reacție albuminoasă a umorului apos, reacțiune care este în strânsă legătură cu fenomenele inflamatorii oculare. Umorul apos devenit astfel mai abondent și mai greu filtrabil, căile de eliminare extraoculară devin insuficiente, echilibrul hidrostatic ocular se rupe și hipertonia se instalează producând accesul de glaucom inflamator când insuficiența de eliminare este subită și intensă, sau accesul de glaucom prodromic al glaucomului cronic simplu când insuficiența căilor de eliminare este mai puțin accentuată.

În perioada de staționare a glaucomului, hipersecreția activă se menține încă, în limite mai puțin active dar suficient ca să continue menținerea dezechilibrului hidrostatic ocular. În același timp în această perioadă începe să se instaleze scleroza lentă glaucomatoasă care cuprinde toate membranele oculare. Fenomenele hipersecretorii active tind progresiv spre atenuare din cauza sclerozei progresive, însă această scleroză pune piedici tot mai mari atât circulației umorului apos prin astuparea căilor de eliminare cât și circulației sanguine intra-oculare și determină fenomene mecanice de stază sanguină, cari clinic se traduc printr'o transudare ce contribuie să refacă hipertonia oculară, dar printr'un mecanism cu totul altul decât în faza inflamatorie a glaucomului.

Hipertonia din faza incipientă a glaucomului, oricare ar fi forma sa clinică este deci o hipertonie activă, pe câtă vreme hipertonia perioadei finale este o hipertonie pasivă. Modul acesta de a vedea este sprijinit nu numai pe cercetările chimice ale umorului apos pe cari le-am expus, dar și pe cercetările citologice ale umorului apos. pe cari le-am făcut în glaucom. Din aceste cercetări reese că pe când în

faza inițială există o hiperalbuminoză de inflamație, în faza terminală a glaucomelor există o descuamație endotelială de natură mecanică produsă de staza circulatorie intraoculară.

Aceste noțiuni patogenice mai sunt susținute și de rezultatele terapeutice obținute cu metodele actuale de tratament.

Se cunoaște în adevăr rezultatele favorabile pe cari promitea să le dea în tratamentul glaucomului rezecția simpaticului cervical propusă întâi de prof. Toma Ionescu și apoi de Abadie. Această intervenție dădea cu adevărat rezultate, dar numai în faza hipersecretorie activă care era sub dependența fenomenelor inflamatorii active pe cari rezecția simpaticului reușește să le modifice prin acțiunea sa indirectă asupra inervației vaselor oculare.

Fenomenele glaucomatoase nu întârziău însă să reapară grație sclerozei glaucomatoase care își continua ne-turburată mersul, ducând spre hipertonia pasivă, pe care rezecția simpaticului nu o mai putea influența.

Pe de altă parte, producerea încă multă vreme după fistulizarea permanentă a globului, de accidente prodromice de glaucom avortate ne indică că intervenția antiglaucomatoasă cea mai perfectă nu se adresează procesului inflamator însăși ci numai căilor de eliminare ale umorului apos, iar elementul hipersecretor activ își urmează netulburat mersul.

Tot din aceste fapte mai reese că singure mioticele (pilocarpina, ezerina), se par că ar avea cu adevărat o acțiune directă asupra perioadei inflamatorii a glaucomului modificând și atenuând hipersecția activă inițială. Se pare deci că mioticele nu ar influența tonusul ocular numai prin o acțiune pur mecanică, dezobstruând unghiul corneei anterioare și deschizând stomatele iriene ci și prin o acțiune chimico-biologică care s'ar adresa hipersecției oculare. Acest rol chimico-biologic al mioticele este de altfel evidențiat și de faptele clinice zilnice.

Cu toții știm, în adevăr, că mioticele au o acțiune minunată mai ales la începutul glaucomelor și că întrebuințate în perioada de staționare sau de scleroză finală, ele devin incapabile să mai amendeze fenomenele glauco-

matoase. Mai puțin cunoscut este însă faptul că mioticele singure sunt capabile ca întrebuințate persistent în perioada inițială sau chiar de staționare a glaucomului să suprimă în mod permanent fenomenele glaucomatoase prodromice, pe câtă vreme toate intervențiile antiglaucomatoase, chiar cele fistulizante, sunt incapabile să oprească continuarea acceselor hipersecretorii active.

Din punct de vedere practic în perioada hipersecretorie vom întrebuința persistent mioticele și le vom continua până ce acțiunea lor devine insuficientă, moment care coincide cu apariția hipertoniiei pasive, când trebuie intervenit operator.

CONSIDERAȚIUNI GENERALE
ASUPRA
OTO-RHINO-LARINGOLOGIEI
IN RAZBOI

de : Profesor Dr. N. I. MEȚIANU

Dintre toate ramurile medicinei, credem că nu este altă specialitate care să-și fi pus mai mult în evidență utilitatea ei, atât în timpul războiului, dar mai ales în faza pregătitoare a lui, ca Otologia.

În adevăr, cerințele crescând, ale războiului modern, în număr de oameni au necesitat revizuirea repetată a tuturor celor scutiți de serviciul militar, și știm că printre aceștia nu puțini erau considerați improprii acestui serviciu, tocmai din cauza lipsei în total sau în parte a auzului. Văzând importanța mare ce o lua în cursul actualului război serviciile spitalicești de această specialitate, atât în zona de operațiuni, cât și în formațiile dindărăt, am intervenit prin Societatea română de Laringologie, înainte de intrarea noastră în acțiune, și în repetate rânduri pentru crearea de centre speciale. Dacă în prima parte a campaniei noastre, timpul scurt și retragerea repede nu a putut pune în evidență valoarea lor, în partea a doua existența puținelor servicii speciale, câte unul de fiecare armată de operațiuni și al treilea în zona interioară la Iași, credem că au adus reale servicii.

Desigur, lipsa de specialiști la noi a făcut ca numărul acestor servicii să fie atât de redus, însă oricât de numeroși ar fi fost acești specialiști tot nu ar fi putut ajunge ca să corespundă cerințelor armatei și populațiunei civile cari mai cu seamă în timpul epidemiilor au suferit de o

potrivă de complicațiuni la organele auditive. Franța după șase luni de război s'a văzut nevoită să creeze 32 de centre de oto-rhino-laringologie numai în zona interioară, nu mai vorbim de cele din zona de operațiuni cari erau mult mai numeroase. Dar nu lipsa acestor centre a fost cea mai mare nenorocire, ci lipsa de pregătire a medicilor în general în cunoașterea afecțiunilor acestor organe, care după tradițiile vechilor programe nu figura în învățământul multor Facultăți de medicină. Și această lipsă de pregătire se simte destul de mult, din nefericire, și în timpul de pace.

Era o datorie înainte și în timpul războiului, ca toți medicii chemați a face clasarea și triajul oamenilor, să cunoască pe cei infirmi de urechi, pentru că un om ce posedă o astfel de infirmitate trimis în zona de operațiuni (pe front) pe lângă că îndeplinește rău serviciul său, dar este o piedică pentru ceilalți și compromite acțiunea; nu mai vorbim că expus la intemperii, infirmitatea sa aduce repede complicațiuni cari după puțin timp îi compromit definitiv sănătatea și-l face inutilizabil. Tot pentru aceiași rațiuni și repartitia bolnavilor trebuie făcută cu toată competența științifică, pentru că o afecțiune acută de urechi tratată la timp, se vindecă repede și azi nu ar exista acest număr infinit de stări cronice din cari cele mai multe rămân infirmități pentru toată viața. Vorbind de afecțiunile acestor organe în timpul de război, ar trebui să considerăm trei categorii:

1) *Rănirile* datorite proiectilelor de armă și cele mai de multe ori exploziilor de granate, schije de obuze, etc., pacienții nu tocmai numeroși și cari intrând în cadrul chirurgiei generale de război se cam repartizează prin serviciile respective.

2. *Comoziunile organelor auditive* prin exploziuni sau traumatisme mari și cari produc în aceste organe alterațiuni cu caracter trecător sau definitiv.

3) *Afecțiuni dobândite prin răceală*, intemperii, complicațiuni la urechi în timpul maladiilor infecțioase și cari sunt cele mai numeroase. Dacă răniții din război — la aceste organe — urechi, laringe, etc. — sunt puțin numeroși, după cum am menționat la prima categorie, a-

ceasta este desigur datorită faptului că, răniții grav la aceste organe, neavând ajutorul medical imediat, sucombă înainte de a fi ridicați ca toți răniții cerebrali, toracici, abdominali sau cei cu hemoragii grave.

Trebue să mai considerăm și o a patra categorie, adică acei comotionați prin exploziuni puternice și la cari găsim pe lângă alterațiuni labirintice ca la boșnavi din categoria II-a, rupturi de timpane, cu sau fără infecțiuni consecutive ale urechei medii și cari iarăși sunt destul de numeroși.

Cum afecțiunile urechilor au fost cele mai numeroase și ele au dat de lucru specialiștilor, atât în cursul războiului cât și în urma lui prin marele număr de infirmități ce a lăsat. Mai mult de acestea ne vom ocupa în capitolele ce urmează.

Plăgile urechei externe

Aceste plăgi interesând pavilionul urechei sau conductul auditiv extern, trebue să ne preocupe din două puncte de vedere: estetic și funcțional.

Lipsa totală a pavilionului urechei aduce o dificultate în precizarea sunetelor în spațiu, iar stenoza sau chiar obstrucțiunea complectă a conductului auditiv extern, împiedică în mare grad sau în totalitate auzul. Pentru a preveni aceste diformități cicatriciale, trebue în afară de o asepsie riguroasă, la pavilion, excizarea oricărei părți de cartilagiu denudat sau decoltat prin supurațiune, iar punctele de sutură să fie perforante pentru a evita încălecarea. În ce privește conductul auditiv, drenajul cu mare îngrijire și păstrarea lumenului normal cu meșe de tifon sterilizat, iar în caz că se observă tendință la stenozare, excizarea a părți din conductul cartilagos și la rigoare chiar din peretele osos al conductului în partea postero-superioară, după detașarea urechei prin inciziune retroauriculară, și plastie în conduct ca lombouri de piele, cum facem în cazuri de evidări.

În caz de lipsă parțială sau totală a pavilionului recurgem la refacerea lui prin autoplastie după procedeul lui Morestin, sau întrebuițăm protezele lui Pont, cari

atât din punct de vedere estetic, cât și funcțional, au dat bune rezultate.

Chirurgia reparatoare după război în aceste cazuri, și cari sunt relativ destul de numeroase, vă pune mult la încercare răbdarea specialiștilor, întru cât este mult mai greu a reface pavilionul și conductul auditiv, într'un țesut cicatricial deja organizat, decât ar fi fost atunci când plaga era recentă.

Rupturile membranei timpanului și leziuni ale urechei medii

Cauza cea mai frecventă a rupturii timpanului este deplasarea violentă de aer în timpul unei exploziuni puternice. Rănirile directe ale acestei membrane prin proiectile, ale urechei medii și timpanului, desigur că au fost mult mai frecvente în timpul războiului decât le avem în statisticele noastre din spitalele de specialități, deoarece fiind însoțite și de alte plăgi mai întinse, au fost tratate în serviciile de chirurgie generală.

În ce privește otitele medii traumatiche, după statisticele spitalelor din zona internă, ar fi de 50% pe numărul total de bolnavi atinși de supurațiuni otice. Se poate ca proporția să fie ceva mai mică, deoarece mulți bolnavi au tendința a da drept cauză a otitei lor traumatismul de război, când în realitate nu este decât o otită veche recidivată, și în care controlul nu este totdeauna posibil.

Foarte probabil că numărul cazurilor de rupturi ale timpanului în zona de operațiuni este mult mai mare de cât se cunoaște, multe din ele trecând neînregistrate, fie din cauza altor răni mai grave, dar și datorită unei psihologii speciale a vieții pe front, unde în mijlocul atâtor dezastru de ființe omenesti, nici pacientul, nici medicul nu dă toată importanța unei astfel de răniri, decât târziu, atunci când survin deja complicațiuni grave. Astfel de cazuri am avut de tratat în destul de mare număr.

Nu ar fi să citez decât cazul unui soldat din artilerie, care este adus în serviciul nostru, având: mastoidită dublă cu enormă tumefacțiune a ambelor regiuni și numeroase fistule din care se scurgea puroi, complicațiune

survenită în urma rupturii ambelor timpane prin explozie de obuz, De abia la trei luni după acest accident a ajuns în serviciul nostru, unde făcându-i evidarea totală a celor două mastoide, bolnavul s'a vindecat, rămânând cu o scădere pronunțată a auzului. Desigur, multe cazuri de acestea se pierd prin complicațiuni grave înainte de a avea îngrijirea necesară.

Leziunile timpanului pot fi foarte variate, simple contuziuni ce se traduc prin o mică hemoragie interstițială de formă lenticulară, care de obicei se resoarbe în câteva zile, sau rupturi ce pot avea ca sediu orice parte din quadranele timpanului, iar ca mărime și formă variind dela o simplă perforațiune punctiformă până la pierderi de substanță în proporții destul de mari. Foarte rar s'au observat rupturi în membrana lui Schrapnell și atunci se bănuiește că acea regiune a fost sediul unei vechi supurațiuni. Cele mai dese rupturi le-am constatat în quadrantul postero-inferior sau antero-inferior de formă lineară, reniformă sau circulară, câte odată așa de mari încât intereseau ambele aceste quadrane, alături pierderea de substanță era atât de mare încât făcea impresia că timpanul lipsește aproape în totalitate.

La început, caracterele rupturii timpanului se pot recunoaște prin otoscopie, după aspectul lor și se schimbă cu totul în câteva zile făcând impresiunea unei perforațiuni patologice dacă plaga a supurat.

Evoluția leziunilor timpanului. Aceste leziuni evoluează în mod cu totul diferit după cum rămân aseptice sau se infectează.

În primul caz, cicatrizarea se poate obține în câteva zile, de multe ori fără să lase vreo urmă apreciabilă, nici la vedere, nici în ce privește scăderea auzului. Desigur că situația profundă a timpanului îl pune la adăpost de infecțiunile externe, dar depinde mult, atât de starea de curățenie a conductului auditiv, cât și dacă în acel timp pacientul nu era purtătorul unei infecțiuni nasofaringiene care să se transmită prin trompa lui Eustache la urechia medie și timpan.

— Cicatrizarea repede mai este condiționată de puterea

traumatismului precum și de întinderea pierderii de substanță.

Cele mai multe din rupturile timpanului sunt infectate prin îngrijirile medicale inoportune.

Orice rănit ajuns la un post de ajutor și cărui a îi curge sânge prin urechi, i se face de către medic sau infirmier spălături, în conductul auditiv extern, cu soluții antiseptice. Acestea nu fac decât să îmingă până la timpan și în urechia medie, resturi de noroi, praf, murdării, cu care rănitul a fost acoperit în momentul exploziei. Cea mai bună conduită este să ne abținem de la orice injecțiuni în conduct cu soluții sau picături medicamentoase și să facem curățirea conductului cu tampoane de vată aseptică, desinfectând regiunea cu alcool, tinctură de iod, etc., în acelaș timp lăsând urechea în repaus absolut, se recomandă bolnavului de a nu sufla puternic nasul, mai cu seamă astupând deodată ambele narine pentru a preveni împingerea de mucoșități din nasofaringe și exagerarea rupturii prin curentul puternic de aer.

În cazul că survine supurațiunea, ea se manifestă a 4-a, 6-a sau 8-a zi, câte odată chiar mai târziu.

Simptome. Două sunt semnele cari atrag atențiunea traducând o ruptură de timpan: *otoragia* și *surditatea*.

Ambele aceste semne pot varia foarte mult ca intensitate; așa se poate ca sângele să curgă în cantitate suficientă pentru a eși prin conduct afară; altă dată se observă numai 2-3 picături și acesta este cazul cel mai frecvent; în fine, putem avea o singură picătură mică care rămâne lipită pe timpan la locul perforațiunii sau un mic coagul în fundul conductului fără să se trădeze la exterior.

Gradul de surditate este iarăși foarte variabil; poate fi aproape imperceptibil la început și să se accentueze progresiv, mergând până la surditate completă — mai ales când comoțiunea a interesat și labirintul. Sunt cu totul rari cazurile de rupturi ale timpanului prin explozie în cari comoțiunea să nu afecteze și urechea internă.

Ruptura timpanului chiar se consideră salutară pentru urechea internă, căci timpanul prin structura lui elastică a țesutului interstițial anihilează mult din puterea

comoziunii asupra urechei interne, a cărei leziuni au consecințe mult mai serioase asupra auzului.

Nu putem intra în detalii aici, relative la diferitele probe asupra auzului cu diapazonul și după cum se latenează semnele lui Wieber-Rinne, etc., și prin care se prezintă sediul și intensitatea leziunilor, lucruri deja cunoscute de specialiști dar ținem a remarca și interpreta leziunile anatomopatologice aparente în raport cu simptomele funcționale.

Așa s'a remarcat că pierderile de substanță pe timpan în dreptul ferestrei rotunde s'ar traduce prin o surditate mai pronunțată; aceasta se explică prin faptul că vibrațiile aeriene ajungând simultan și pe fereastra rotundă, — direct prin perforațiune și pe fereastra ovală prin intermediul lanțului de oscioare, s'ar anihila în liuidul labirintic și acest liuid rămânând nemișcat, organele lui Corti nu ar vibra pentru a transmite auzul. Astfel se explică de ce acești bolnavi aud mai bine dacă li se aplică un mic dop de vată pe perforațiunea din dreptul ferestrei rotunde.

De îndată ce o supurațiune s'a instalat pe o ruptură a timpanului, alte două simptome traduc la exterior noua situațiune: *durerea și scurgerea purulentă*.

Durerea nu este așa de vie ca în supurațiunile obișnuite survenite în cursul maladiilor infecțioase, deoarece aci perforațiunea timpanului este anterioară supurațiunii și deci nu avem puroi sub tensiune în urechia medie; această durere nu devine mai intensă decât în cazuri de perforațiuni prea mici, punctiforme, pe cari deabia le descoperim la otoscopie prin semnul lui Valsalva, și în cari cazuri paracenteza timpanului devine necesară. Mai cu seamă în aceste cazuri, din cauza retenției de puroi, se prinde și mastoida care devine dureroasă la presiune, dând reacțiune și asupra stărei generale.

Supurațiunea iarăși variază ca aspect și cantitate — și dacă se prelungeste ia cu totul caracterul otoreelor cronice, cu formațiuni polipoide ale mucoasei urechei medii, leziuni de osteită, etc.

Surditatea care urmează acestor forme supurative

este mult mai pronunțată din cauza alterațiilor și aderențelor ce se produc în urechia medie.

Deci pentru a preveni complicațiunile imediate și consecințele tardive, grija noastră trebuie să fie de a împiedica retențiunea de puroi și infecțiunile secundare. În formele acestea întrebuițarea picăturilor antiseptice — și drenajul prin meșe sterilizate de tifon, au toată rațiunea. Dacă procedăm astfel, în scurtă vreme supurațiunea netă ia un aspect mucos și în genere obținem cicatrizarea leziunilor.

Diagnosticul. Exactitatea diagnosticului în leziunile auriculare prin accidente de război, formează ca și în accidentele de muncă, una din cele mai importante și delicate chestiuni medico-legale. Aci ne luptăm mai mult ca ori unde cu lipsa de sinceritate și reaua credință a pacienților. Interesați a pune totul pe contul accidentului din război, ne ascund foarte adeseori leziuni anterioare ale urechilor pe cari în unele cazuri suntem în imposibilitate de a le descoperi.

Cu toate mijloacele științifice de cercare dispunem astăzi, ca: probele cu diapazonul, probele lui Bărany, reacțiunea voltaică, etc., totuși de multe ori răbdarea medicului este pusă la grea încercare prin reaua voință a pacienților de a da răspunsuri sincere.

Față de multe cazuri suntem nevoiți a recurge în ultima instanță la cercetări în mediul unde a locuit, pacientul înainte și după demobilizare.

Cazuri dificile din punct de vedere al diagnosticului mai sunt acelea când la una din urechi avem leziuni aparente ca ruptura timpanului, pe când la cealaltă leziuni ascunse, comoțiunea labirintului cu abolirea completă a auzului și foarte probabil pierderea lui definitivă la această ureche. Vedem în aceste cazuri de ce mare importanță este pentru viitorul bolnavului a-i vindeca în condițiuni bune urechea cu leziuni vizibile, singura de care se va putea servi.

Prognosticul. Din cele expuse până aci, deducem următoarele:

a) Prognosticul este foarte benign în cazurile când avem numai traumatisme și rupturi ale timpanului, cari

se vindecă fără supurațiune și cari de multe ori duc la o restituție anatomică *ad integrum*; fără urme vizibile și fără scăderea de auz.

b) Mai puțin bun în caz de ruptură complicată de supurațiune, în cari cazuri prognosticul depinde mult de durata supurațiunii și condițiunile în cari s'a făcut cicatrizarea.

c) Prognosticul este cu totul rău în caz când pe lângă sau chiar fără leziuni ale timpanului și urechei medii, este interesată de o comotațiune puternică urechia internă. În cazurile acestea pierderea auzului rămâne definitivă, iar gradul acestei surdități este în raport direct cu importanța leziunilor labirintice.

În ce privește serviciul militar pentru clasarea oamenilor atinși de leziuni ale urechei medii, vom da următoarele indicațiuni:

1) Otitele catarale cronice cu surditate intermitentă, sunt compatibile cu serviciul militar activ.

2) Otitele cicatriciale consecutive supurațiunilor sau diferitelor operațiuni chirurgicale le vom clasa, după gradul de auz al individului în serviciul activ sau auxiliar.

3) Cei purtători de supurațiuni cronice ale urechilor cu perforațiuni de timpan, cu secrețiuni albe mucopurulente dar al cărei auz este relativ bun, se vor repartiza cu indicațiunea: *bun pentru serviciul activ* având anexată fișa otorhino-laringologică la livretul militar, cu toate indicațiunile necesare pentru medicul de regiment.

4) Otitele cronice supurate cu leziuni de osteite, colesteatoame, sau cu perforațiuni în membrana lui Schrapnell, prin urmare cazurile susceptibile de complicațiuni grave, le vom trata chirurgical dacă se poate, sau vor fi scutite de serviciul militar.

Surdități în urma războiului

Acest capitol formează o chestiune de actualitate în studiul nostru, întrucât atât la Clinica de oto-rhinolarin-gologie din Cluj, cât și în oricare centru unde se găsesc invalizi de războiu, vedem că numărul acestor infirmi lipsiți de auz este foarte mare.

Vom cita numai în treacăt o categorie de surzi din cari am avut mulți în cursul războiului și pe cari azi îi credem pe toți vindecați. Acești bolnavi cari intră mai mult în cadrul neurologiei îi vom împărți în trei categorii:

1) *Surzi cerebrali*, acei aduși direct de pe front și la cari în urma unei sguđuri puternice, nu numai auzul este atins dar toate simțurile. Aceste turburări de origine comotională sunt trecătoare.

Impresia ce ne-o fac acești bolnavi este că prezintă o confuziune a tuturor simțurilor, probabil datorită unei stări congestive sau chiar la mici hemoragii în substanța cerebrală, stări cari pe măsură ce se rezorb și diferitele funcțiuni revin una câte una.

La acești bolnavi singurul tratament este repaos, liniște și mai toți poartă vată în urechi; deși nu aud, însă zgomotul îi impresionează în mod penibil. Adevărata denumire a acestor surdități ar fi de emoționale sau comotionale, considerându-le că ar fi datorite comoțiunii cerebrale, rezervând denumirea de surdități cerebrale propriu zise, acelor unde există alterațiuni la centrele corticale auditivi.

2. *Surditățile funcționale*, adică acele unde turburările funcționale nu traduc o leziune anatomo-patologică, propriu zisă, ca probă că multe din ele pot să dispară spontan sub o influență pur morală.

Am văzut multe din aceste cazuri vindecate într-o singură ședință chiar în secția de boale nervoase a spitalului de specialități.

După teoria lui Babinski trebuie să diferentiem acest grup de bolnavi în două mici categorii:

- a) hystero-pithiatismul și
- b) simulațiunea.

După Babinski, pithiatismul este predispoziția la unii indivizi de a se crea diferite stări patologice prin sugestiune și de a se vindeca tot prin acelaș mecanism, iar hysteria reproduce tot ce sugestiunea poate crea.

Pithiatismul diferă de simulațiune prin faptul, că maldia nu a fost voită ci impusă de o altă voință streină, o autosugestiune de care bolnavul nu este conștient.

Hysteria nu ar fi decât o simulațiune inconștientă.

O emoțiune nu creiază fenomene hysterice, dar pune pe individ într'o stare de susceptibilitate favorabilă, și niciodată omul nu a fost supus la așa grele încercări emotive ca în timpul acestui război. Dacă pentru marea hystericie se cere o predispoziție hereditară, pentru mica hystericie este predispus fiecare individ.

La determinarea acestor fenomene există în adevăr o cauză reală și bolnavul adus la noi nu se sugerează fără motiv, căci în momentul accidentului el a fost complet asurzit. Această zdruncinare auriculară, produsă, fie de zgomotul mare, fie prin violența deplasării de aer, deși nu lasă o leziune labirintică durabilă, dar produce întotdeauna un fel de stupoare auditivă însoțită de văji-turi puternice; în aceste circumstanțe intervine autosugestiunea.

Simulațiunea unei surdități fără nici un substrat real este rară, în genere avem aface cu indivizi cari exagerează o surditate puțin pronunțată. Deci chemarea noastră ar fi să precizăm gradul de surditate pe care-l are în realitate și dacă infirmitatea pe care bolnavul o pune pe contul accidentului de război nu este cu siguranță anterioară războiului.

Este foarte grav lucru de a acuza pe un om de simulațiune, și nu trebuie să o facem într'un mod prea categoric chiar dacă avem certitudine absolută. Otologistul trebuie să aibă totdeauna în vedere dificultatea ce există câteodată în a diagnostica hystericie sau simulațiune, și că simulatorul este întotdeauna un mental, un adevărat bolnav.

Rolul medicului este nu de a acuza, ci de a vindeca, prin o influență morală și datoria noastră este de a face toate încercările. Se poate ca acuzațiunea de simulare să aibă o influență morală deprimantă, vexatorie, umiliantă și dezastruoasă chiar, care-l pune pe bolnav în o dispoziție rea de a se sugera de buna noastră intențiune.

Datoria noastră de otologiști este de a examina în detaliu acești bolnavi, de a stabili cu precizie diagnosticul și dacă este surditate funcțională a'i trimite însoțit de o observație clinică detaliată la colegiul nostru neurologist.

Pe acei bolnavi cari numai exagerează îi vom clasa și repartiza după leziunile reale pe cari le prezintă, și adesea timpul vindecă stările psihopatice adăugate în plus.

Comoțiunile labirintice propriu zise

Acestea cuprind accidentele cari ne dau cel mai mare număr de surdități definitive.

Vom considera două categorii: prima, datorită traumatismelor directe pe craniu prin un corp contondent, și a doua, acele datorite comoțiunilor prin exploziuni.

Traumatisme directe

În timp de război aceste lovituri au fost produse prin: căderi pe cap, loviri de pietre aruncate de explozii, surpări de tranșee, proiectile diferite, etc. Gravitatea leziunii labirintului depinde de două condițiuni: 1) viteza și greutatea corpului contondent și 2) locul unde a fost lovită cutia craniană. Cel mai dezastruos pentru labirint este când lovitura a fost primită chiar pe mastoidă, și este cu atât mai inofensivă cu cât este mai depărtată de această regiune sau a întâlnit porți moi.

După statisticele de până acum, 95% din loviturile pe mastoidă duc la pierderea în total sau în parte a auzului.

Când traumatismul a fost puternic și direct pe una din mastoide în genere cauzează o pierdere totală a auzului de această parte, dar nici cealaltă ureche nu rămâne cu totul îndemnă, este și ea interesată de comoțiune, deși într'un grad mai mic.

Aceste leziuni labirintice sunt incurabile și dacă sunt unilaterale nu incomodează prea mult pe bolnav, chiar dacă surditatea este complectă într'o parte, deoarece bolnavul se servește de urechea cealaltă; fenomenele vértiginoase dispar după câțva timp.

Tratamentul acestor contuziuni fie că sunt însoțite sau nu de plăgi, va consta din curățirea regiunii după regulile chirurgicale evitând de a face irigațiuni sau instila-

țiuni de lichide în conductul auditiv, ci numai pansament uscat și repaus absolut.

Dacă leziunile osoase sunt mai întinse, interesând numai mastoida sau și părțile învecinate, — vom proceda prin facerea unei trepanațiuni ridicând orice eschile și eventual corpii străini dacă s'ar găsi; se excizează țesăturile moi sfacelate și se reface regiunea prin plastic.

Noi recomandăm pe cât posibil închiderea plăgilor retroauriculare și drenarea ulterioară numai prin conductul auditiv, având grija să menținem acestui conduct un lumen cât de larg. În caz că sinusul lateral ar fi deschis, trebuie să procedăm cu multă îngrijire la desinfecțiune pentru a evita o piemie, și să tamponăm la suprafață acest sinus cu gaz iodoformat având grija ca la cel mai mic frison să schimbăm acest tamponament. Leziunile facialului sunt frecvente fie că sunt datorite unei compresiuni, în care caz sunt susceptibile de vindecare spontanee, fie că o fractură a stânței a interesat nervul întrerupându-l pe o distanță oarecare, chiar în aquaeductul lui Fallope.

În aceste cazuri, Moure a încercat pe o serie de răniți descoperirea nervului și sutura lui. Nu se cunosc încă rezultatele îndepărtate ale acestei intervențiuni, însă el se este foarte optimist.

Se poate ca și meningele să fie interesate de leziune și chiar substanța cerebrală.

În aceste cazuri pe lângă o desinfecțiune perfectă, trebuie să avem multă grijă să nu rămână eschile între dura mater și tabla osoasă. Nu trebuie să ezităm de a descoperi suficient meningele pentru a ne da bine seama de ridicarea tuturor eschilelor a căror prezență chiar cât de mici ar fi, ele pot cauza moartea individului.

Abscese subdurale sau cerebrale se vor trata după metodele cunoscute; în genere se vindecă.

Prognosticul este mai rău pentru encefalita difuză.

Așa putem cita cazul unui rănit, care la un moment dat căpătând o contuziune pe regiunea mastoidiană stângă, a avut toate fenomenele unei leziuni labirintice datorite probabil unei fracturi, având în același timp și ruptura timpanului care s'a complicat, de supurațiuni. A fost

adus în serviciul nostru târziu, după accident, aproximativ la două luni.

În acel moment prezenta o otită medie purulentă și tumefacțiunea regiunii mastoidiene mai mult spre partea ei posterioară către occiput; în acelaș timp avea dese vestigii, vărsături, acuză dureri de cap în jumătatea corespunzătoare (zona occipitoparietală) și auzul era, complet abolit în această parte.

Am făcut descoperirea regiunii mastoidiene ca pentru o evidare obișnuită, în plus o inciziune perpendiculară, pentru a descoperi mai mult spre occipital. Găsim acoperiostul tumefiat pe care ridicându-l cu răsusa descoperim la 5 mm. îndărăt de spina lui Heule, o mică perforațiune a tablei osoase, pe care măbind-o începe a eși puroi ce se află sub tenziune și în cantitate destul de mare (aproximativ 50 gr.). Am mărit această deschizătură cu pensa gouge, până la 1 cm. în diametru, menajând aderențele meningelor cari păreau bine organizate. Trecând apoi la mastoidă am făcut evidarea completă după regulile obicinuite și drenând prin conduct.

Plăga retroauriculară a fost aproape complet închisă, lăsând numai un mic dren de tifon în orificiul de trepanațiune occipital.

Am menajat astfel între cele două puncte de trepanațiune, masivul osos de trecere al facialului și sinusului lateral cari nu au fost atinse.

Văzând că supurațiunea a dispărut cu totul în cinci zile ce au urmat trepanațiunii, s'a ridicat drenul din regiunea occipitală unde plaga s'a închis complet în câteva zile, menținând drenajul de siguranță prin conductul auditiv, după regulile obișnuite în tratamentele postoperatorii evidărilor petroamastoidiane.

N'am putea preciza în acest caz dacă traumatismul a produs și o leziune în punctul occipital, unde aderențele meningelor ne făcea să bănuim aceasta. Fapt pozitiv era că supurațiunea, care avea tendința să se deschidă spontan prin acest punct, forma un abces în masa cerebrală, a cărui cavitate lua direcțiunea urechei medii.

Nu am insistat prea mult cu explorările noastre, pentru a nu rupe aderențe sau cămașa organizată a co-

lecțiunii purulente și a cauza difuzarea infecțiunii atât de bine localizată.

Toate fenomenele generale au dispărut imediat după intervențiune, iar bolnavul s'a vindecat în scurtă vreme.

Comoțiuni labirintice prin exploziuni și detunături

Acestea au fost cele-mai frecvente în tot cursul războiului, din fericire numai că cea mai mare parte sunt trecătoare. Un sgomot mare și violent produce în mod brusc o schimbare de presiune atmosferică, o deplasare de aer care lovește timpanul, ecranul protector pentru urechea internă și care de multe ori cedează după cum am văzut, dând rupturi ale acestei membrane. Cu sau fără protecțiunea timpanului, labirintul este comotat întotdeauna într'o măsură oarecare.

La începutul războiului numărul surzilor prin comotune labirintică era considerabil, și mulți au fost chiar reformați. Cu timpul, numai s'a văzut prin examene amănunțite, că multe din aceste surdități erau numai funcționale, unii din bolnavi vindecându-se prin tratamente pur morale

În această privință, Duco și Blum în: "Guide, du médecin dans les expertises medico-légales" pag. 11, spune: „Numărul răniților acuzând surditatea este considerabil. Pe cât propunerile pentru reformă erau numeroase la începutul ostilităților, cu atâta au devenit rare în urmă, fără ca de altfel numărul cazurilor observate să fie mai mic”. O proporție între numărul de surdități labirintice organice și funcționale datorite comotunilor este greu să se stabilească, mai cu seamă că orice surditate funcțională la început a fost reală, organică. Chiar simulatorii și histericii nu ar fi decât bolnavi, cari nu vor să recunoască că le-a revenit auzul.

După cum am spus deja că timpanul joacă rolul unui ecran protector pentru urechea internă, este logic și admis azi de toți specialiștii că acei bolnavi cari au perforațiuni largi ale timpanului sau leziuni cicatriciale aderente, sunt mai predispuși la comotuni grave cu modificări organice. Cu toate acestea nu trebuie să exagerăm nici rolul protec-

tor al timpanului, căci s'a văzut multe cazuri când timpanul a cedat, producându-se și rupțura acestei membrane și alterațiunea gravă a labirintului. Alteori fără să cedeze timpanul, vibrațiunea puternică se transmite prin lanțul de oscioare lichidului endolimfatic cauzând alterațiuni mari ale urechei interne.

Studiul anatomo patologic al leziunilor labirintice

Până astăzi suntem reduși numai la ipoteze în această privință deoarece nimeni nu a avut ocaziunea să facă autopsia răniților atinși de această surditate.

Sunt foarte interesante și demonstrative experiențele lui Castex și Prenant, publicate în Paris Médical din 10 Martie 1917 — și cari au constatat din asurziri produse prin detunături cu obuziere de 155 și tunuri de 120 și 75, la șese epuri și zece cobai.

Rezultatele au fost următoarele: „Leziuni histologice cele mai frecvente și mai caracteristice”:

1) Dislocațiunea diverselor părți ale rampei cochleare, totdeauna mai accentuată pe primul și al doilea cerc de spirală. Chiar organul lui Corti a suferit adesea de labrări importante (stâlpi, dislocați, celule acustice externe deplasate). Cilii celulelor acustice rămâneau încă vizibili.

2) De multe ori în rampa timpanică era o revărsare sanguină, considerabilă, datorită probabil ruperei vaselor foarte numeroase cari ocupă peretele rampei timpanice.

3) De multe ori s'a constatat pe primele cercuri de spirală o adevărată atrofie a organului lui Corti și a tuturor elementelor cari tapisează fața cohleară a lamei bazilare. Această apărea acoperită de celule cubice, indifferente, ne mai prezentând nici un caracter sensorial. Dar această alterațiune ar putea să rezulte de asemenea dintr'o acțiune fixatrice nocivă.

4) Examenul ganglionului spiral al lui Rosenthal a arătat celulele ganglionare ratatinate fără o rațiune obișnuită.

5) Intr'un caz de degenerescentă nervului cochlear în fibrele centrale cari unesc ganglionul cu encefalul, ace-

ste fibre erau demyelinizate și degenerescenta urma un mers clar ascendent.

6) Integritatea organelor simțului static a fost constatată. întotdeauna”.

Rezultatele acestor experiențe pe animale sunt de o importanță capitală întru cât ele concordă cu fenomenele clinice observate la om. Am văzut deja că turburările de echilibru datorite leziunilor în vestibul sunt mai totdeauna trecătoare, și că numai în comoțiunile prin traumatisme directe, prin corpuri contondente, unde lovitura a fost cu totul brutală și puternică, aceste turburări persistă mai mult timp.

O clasificare a diferitelor forme de comoțiuni labirintice ar fi greu de făcut, neexistând deosebiri marcate între ele, ci numai grade după intensitatea și persistența fenomenelor cu cari se manifestă.

Așa am putea considera forme ușoare trecătoare de durată foarte scurtă, cum se întâmplă adeseaori, ca un sgomot puternic și apropiat asurzeste persoanele dimprejur. Ar fi un fenomen de epuizare nervoasă consecutiv unei senzații auditive prea puternice. Ne întrebăm dacă acestei impresiuni trecătoare i-am putea da chiar numele de comoțiune labirintică.

Deci am putea considera ca *forme trecătoare*, acele unde simptomele nu durează decât câteva ceasuri sau chiar zile și în urmă dispar fără a lăsa urme apreciabile.

Intensitatea simptomelor se poate să fi fost mare chiar în aceste forme trecătoare și mulți bolnavi ne spun că n'ar auzit deloc câteva ceasuri sau chiar două, trei zile, iar alții la cari prin examen nu constatăm decât leziuni ale urechei medii, de asemenea acuzau imediat după accident o surditate completă.

O altă formă ar fi *surditatea parțială* când după ce bolnavul a trecut de prima fază a comoțiunii labirintice, după câteva zile sau chiar luni, rămâne o leziune organică la una din urechi și care s'ar traduce prin un grad oarecare de surditate, care s'ar putea ameliora cu timpul însă în genere nu dispăre complet niciodată.

Dacă la urechea afectată, constatăm că ceasornicul se aude deabia la câțiva centimetri și nu se aude deloc

când este lipit de mastoidă, Weber lateralizat la urechea sănătoasă, Schwabach diminuat și Rinne pozitiv, putem conchide că avem la această ureche o leziune labirintică cu surditate, ce nu se va ameliora.

Dacă încercăm cum se aude vocea la urechea atinsă, constatăm că vocea tare de abia este auzită la 2—3 metri; vocea șoptindă cu totul lângă ureche sau chiar deloc.

Și la acești bolnavi, ca la cei prin traumatisme directe, avem imediat după accident o stare de coma.

Simptomele labirintice le constatăm câteva ore după accident după ce bolnavul și-a recăpătat cunoștința; atunci putem observa surditate parțială sau totală, vertigii, nistagmus spontan, etc. Se poate ca și unele din aceste simptome să lipsească.

Turburările de echilibru au mai puțină importanță deoarece ele sunt în general trecătoare, cu toate acestea se poate să persiste zile și chiar luni de-a rândul, greutate în mers, titubație, bolnavul având tendința să cadă îndărăt sau în partea urechei bolnave.

După Babinski și Weil, titubațiunea este mult mai accentuată dacă punem pe bolnav să meargă cu ochii închiși.

În orice caz, turburările de echilibru rămân pe un plan secundar față de surditate.

În genere, bolnavii examinați la câteva luni după accident se prezintă cu o formă staționară a leziunilor și a gradului de surditate; dela această dată înainte este rar să observăm ameliorațiune, dar din fericire nici agravațiunea nu se mai accentuează.

După statisticele observate până astăzi dintre bolnavii atinși de surdități parțiale labirintice mai toți se ameliorază după accident așa, ca să-și poată relua viața normală. Nu înțelegem prin aceasta o restituție funcțională completă.

Termenul în care se produce această vindecare ar varia de la o lună până la un an; după această dată putem considera pe bolnavi staționari, fără nici o speranță să se amelioreze.

Forma cea mai gravă dar din fericire rară o constituie *surditatea totală*, când comotațiunea a interesat în mare

grad ambele labirinte și surditatea este complectă și iremediabilă la ambele urechi.

Surditatea totală unilaterală este relativ frecventă și o întâlnim aproximativ la 20% dintre cei comotionați prin exploziuni, dar nu constituie o infirmitate atât de gravă, omul servinduse de urechea cealaltă, care rămâne bună. Simptomele sunt în genere aceleași ca și la forma precedentă.

Cunoscând toate aceste forme de leziuni ale aparatului auditiv — prin comotivune, ne întrebăm care trebuie să fie atitudinea otologitului față de acești bolnavi ?

În ce privește diagnotiscul, examenul cel mai minuțios se impune, pentru a se pronunța cât mai de vreme, dacă se găsește în fața unui bolnav organic sau funcțional. În acest din urmă caz, a-l îndrepta către medicul neurologist cu observațiunea clinică complectă, arătând în mod detaliat și evident toate simptomele constatate în mod precis, prin mijloacele de cari ne folosim în practica otologică. Nici o reflecțiune nu este permisă a se redacta pe foile de observațiune clinică cu privire la viitorul acestor bolnavi.

Aceste aprecieri din punct de vedere medicolegal nu interesează de cât comisiunea de experți, care va urma să se pronunțe asupra situațiunei sale și le vom da în scris numai atunci când ne sunt cerute de această comisiune. În aceste cazuri raportul nostru trebuie să fie cât se poate de bine documentat, și adresat în plic închis direct comisiunei ; nu trebuie nici odată ca cel interesat să cunoască aprecierea noastră.

Se poate să fim chemați înaintea comisiunei și cu titlul consultativ pentru a da explicațiuni verbale.

În ori ce caz în aprecierile noastre trebuie să fim călăuziți de următoarele hotărâri luate până astăzi de aproape toate țările cari au luat parte la războiul actual.

1) Surditatea unilaterală parțială, dacă urechea este normală, cazul este susceptibil de serviciul militar activ.

2) Surditatea unilaterală totală, — serviciul auxiliar.

3) Surditatea bilaterală totală sau aproape totală scutire de serviciu militar, reformă ; în acest din urmă

caz însă, trebuie să fim foarte circumspecți și să nu ne pronunțăm de cât după examene minuțioase și repetate, căci după cum am văzut — această surditate dublă totală în urma comoziunilor este foarte răă.

Față de acești din urmă infirmi, pentru cari din nefericire nimic nu putem face, ca să le redăm auzul, singura consolare este de ai îndrepta către institutele de surdo-muți, unde profesori specialiști le va face educația *de a ceti pe buză*. Mulți din ei dobândesc o facilitare așa de mare, în cât cu greu se observă, că sunt surzi.

Societatea Științelor Medicale din Cluj

Ședința din 14 Februarie 1920

D-l Profesor Dr. Iacobovici roagă societatea, ca conform statutelor, să procedeze la alegerea comitetului, ținând să accentueze dispozițiile regulamentului, votul secret.

D-nii Prof. Dri. Titu Ganea și Botez sunt însărcinați cu controlul buletinelor de vot.

Sunt aleși următorii :

Președinte: Prof. Iacobovici.

Vicepreședinți: Prof. Minea și Urechea.

Secretar general: Prof. Titu Vasiliu.

Redactor: Dr. Gh. Popovici.

Secretari de ședință: Dr. Câmpeanu Liviu, Dr. Goia, Dr. Pușcariu și Dr. Stanca.

Casier: Dr. Andrei.

Bibliotecar: Dr. V. Țirnea.

Ședința din 21 Februarie 1920

D-l președinte deschide ședința la orele 5 p. m. și dă cuvântul d-lui Dr. Pușcariu Iosif, asistent al clinicii de ochi, care prezintă două pacienți suferind una de glaucom infantil, alta de glaucom cronic simplu, tratate cu succes în clinica Prof. Mihail prin trepanația lui Elliot. Atrage atenția medicilor ardeleni asupra acestui procedeu operator nepracticat de medicii unguri din Cluj.

D-l Dr. Câmpeanu Liviu, asistent al clinicii chirurgicale, prezintă un bolnav cu un enorm osteosarcom al coapsei stângi.

Maladia a debutat cu 7 luni înainte în urma unui traumatism în regiunea inferioară a coapsei.

Greutățile diagnosticului au făcut ca bolnavul să fie tratat chiar dela început cu comprese cu apă de plumb, apoi aparat gipsat, bănuindu-se un proces de tuberculoză.

Actualmente bolnavul de 22 ani, e extrem de slăbit, are circumferența coapsei stângi de 76 cm., față de 34 la cea dreaptă. Tumoarea e foarte vascularizată, nu pulsează. Articulația coxofemorală liberă, a genunchiului prinsă. Ganglionii inguinali nepalpabili.

Bolnavului i se va face operația lui Jaboulay, rezecția interileo-abdominală.

D-l dr. Augur, asistent al clinicei de nervi, prezintă un caz de atrofie musculară de natură myopatică.

Cazul prezintă o combinație a tipului Leyden-Möbius și a lui Erb.

D-l dr. Ion Goia, asistent al clinicei medicale, comunică un caz de myeloză aleucemică (lucrare publicată în corpul revistei la No. 3).

D-l dr. I. Stoichița, preparator al clinicei medicale, prezintă doi bolnavi cu tumori mediastinale. Insistă asupra rarității lor, precum și asupra greutății stabilirii precise a diagnosticului.

Bolnavul prim, în vârstă de 43 ani, suferă de 3 luni de dureri și presiune în torace și gât, dureri nevralgice în ceafă, dispnee, disfagie și insomnie. Prezintă o bombare a hemitoracelui drept, a părții superioare a sternului, a obrazului și a gâtului, și edem în formă de pelerină, care se întinde până la coasta 6-a. Cianoză pronunțată a feței.

La examenul fizic se găsește matitate, rezistență a părții anterioare a hemitoracelui drept și sternului, care se confundă cu ficatul și cordul. Înapoi matitate la baza dreaptă. Rivolta pozitiv. La microscop multe leucocite. La radioscopie: umbră difuză, dar bine pronunțată, care nu pulsează și umple întreg hemitoracele drept. Wassermann negativ. Numărul hematiilor 5.600.000, Tabloul leucocitelor nu prezintă nimic deosebit.

Pacientul al doilea, de 40 ani, suferă de un an de du-

rerii de cap, amețeli, dispnee. Tumefiere și edem al feței și gâtului. Venectază, cranoză. Deasupra părții superioare a sternului, precum și spre dreapta între coasta 2--4-a matitate.

Radioscopie:

Umbră corespunzătoare matității, care nu pulsează. Wassermann negativ. Hematii: 6.000.000, Tabloul leucocitelor normal.

Insistă asupra malignității tumorilor, demonstrează influența remarcabilă a radioterapiei în al doilea caz.

Iau parte la discuție: Prof. Hațieganu, Ganea și Vasiliu.

Prof. Titu Vasiliu prezintă o piesă de cancer pulmonar; afecțiune rară. 1--1.2% din toate afecțiunile.

Bolnavul suferea de dureri ale lobului superior al plămânului drept. Matitate nu prezintă la spată, decât în fosa subclavie dreaptă.

Existau puține fenomene auscultatorice; se găseau fenomene bronșice: sputa sanguinolentă--marmelade de coacăză, bacili tbc lipseau. Moartea nu s'a produs prin cahexie, ci prin edem.

Din punct de vedere anatomo-patologic la autopsie s'a găsit:

Edem al feței și al gâtului. Plămânul era aderent cu vârful drept; s'a eliberat cu cuțitul. Tumoarea nu interesa coloana vertebrală, de care era aderentă. Ganglionii nu erau măriți. Tumoarea se găsea perfect localizată în vârful plămânului drept, formând un bloc de mărimea unei chitre.

Cancerul pleacă în 99% din bronșii, ceace s'a demonstrat și aici. Locul de elecție e ramul II bronșial (Kaufmann); în cazul nostru este în ramul I. Metastazele pulmonare din jurul bronșiei canceroase se prezintă, ca niște căverne cu o substanță albă, cremoasă, semănând cu tuberculoza, dar examenul bacteriologic e negativ.

La microscop: mase canceroase cu celule cilindrice în mai multe straturi confirmă originea din glandele și epitelul bronșial; în jurul acestor mase o scleroză și hipertrofie a țesutului conjunctiv, ce distruge țesutul pulmonar.

„Societatea Studenților în Medicină din Cluj“

La 13 Noembrie 1919, studenții dela Facultatea de medicină din Cluj au întemeiat o societate științifică, a cărei numire e „Societatea studenților în medicină din Cluj”, organizație similară cu societățile omonime din București și Iași. Scopul imediat al acestei societăți este cultivarea pe tărâm științific a membrilor ei iar ținta îndepărtată este realizarea unei legături intime a întregului corp medical românesc din prezent și viitor.

Comitetul societății, compus din 12 membri și ales în ședința de constituire e următorul: Președinte: Ioan Țețu; vicepreședinte: Octavian Pușcariu; secretar general: Valeriu Bidu; secretari de ședință: Ioan Pintecan, Aurel Voina și D-șoara Veturia Șenchea; casier: Ioan Voicu; bibliotecar: N. Rușdea; membri: Isaia Popa, D. Nicolae, C. Roșu, și A. Crișan.

În ședința administrativă dela 7 Decembre s au discutat și votat statutele societății, aprobate apoi de Senatul universitar și Consiliul Facultății de medicină la 27 Decembre 1919.

Astfel constituită „Societatea Studenților în medicină” și-a început activitatea, la început cu caracter administrativ și gospodăresc, nizuindu-se la rezolvirea unor probleme vitale. Luptând cu greutatea începutului societatea răușește să-și asigure un local propriu, condiția sine qua non a unei activități serioase. Acest local se găsește într’o clădire modernă, igienică și cu un aspect arhitectonic plăcut, în centrul orașului, pe traiectul arterei principale de comunicație (Calea Regelii Ferdinand No. 19 a). Localul e compus din 4 săli spațioase și luminoase, avându-și fiecare

atribuțiile speciale: o sală de lectură, o sală de bibliotecă, o sală de distracție și o sală pentru ședințele comitetului. Localul, bine încălzit, e deschis ziua întreagă și atrage numeroși membri. Biblioteca societății (constând din aproape 800 de volume donate de d. prof. Babeș, d. Dr, Bianu și d. dr. Kiriac), pune la dispoziția membrilor cărți de studiu. În sala de lectură se găesc zilnic cele mai de seamă jurnale românești din întreagă România. În ultimul timp abonând cele mai apreciate reviste medicale și științifice franceze vom putea îmbogăți în chip simțitor biblioteca, punându-ne în acelaș timp în curent cu datele recente ale științei.

Averea societății rezultă din cotizațiile semestriale ale membrilor activi și extraordinari și din contribuțiile generoase ale diferiților donatori mărinimoși, dintre cari amintim pe d. prof. Hațeganu, decanul facultății de medicină și pe d-nii profesori Minovici, Mețianu, Moldovan etc.

Societatea numără peste 250 de membri activi și extraordinari. Inscrierile continuă și entuziasmul studențimii medicale față de această organizație, care a pornit pe un drum plin de flori, se potențează din zi în zi. Interesul ce se dovedește este un indiciu sigur, că în Cluj există un teren foarte fertil pentru sămânța oricărei activități cu caracter științific, cultural și civilizator.

Societatea fiind recunoscută de forurile școlare superioare se bucură de încrederea întregului corp profesoral, care urmărește cu mult interes năzuințele, prin cari se tinde la realizarea programului societății, facilitându-se pe de o parte mijloacele de trai ale membrilor, prin mici avantajii materiale și înlesnind desăvârșirea educației lor științifice și sociale prin cultivarea reciprocă ce rezultă din conferințele și discuțiile, ce se desfășoară în ședințele publice.

În ședința publică dela 20 Decembre ținută în sala prefecturii județului Căjocna, d. prof. dr. N. Minovici la invitarea societății a ținut o conferință cu subiect medico-social, vorbind despre „Asistența publică, în special a cerșetorilor și a săracilor”, insistând asupra asistenței prin muncă, singurul remediu apreciabil prin care se poate

realiza o operă într'adevăr salutară pentru salubritate și pentru moravurile săcietății.

Începând cu ședința din 7 Februarie 1920 societatea -și începe adevărata activitate științifică. D. Ioan Tețu, președintele societății vorbește despre „*Vegetațiile adenoide*” arătând extrema lor importanță pentru patologia infantilă, fiind sursa celor mai multe infecțiuni ale copilăriei. Pentru elucidarea deplină a acestei chestiuni prezintă câțiva bolnavi iar pentru înțelegerea procedurilor terapeutice operatorii arată instrumentele respective din arsenalul otorino laringologului operator.

D. Aurel Voina dezvoltă o disertație despre „*Problema vieții sexuale*” în care arată concepțiile greșite pe care se bazează educația tinerimii în ceea ce privește legile generațiunii și insistă asupra importanței igienei sexuale, care culminează în lupta pentru combaterea boalelor venerice.

În ședința dela 14 Februarie d. Valeriu Bidu vorbește despre „*Anaplastiile feței în epitelionul buzei inferioare*” arătând metodele admirabile, prin cari chirurgia modernă răușește să facă adevărate miracole redând aspectul aproape normal bolnavilor deformați prin tumorile feței.

D. Ioan Glăvan ține o disertație despre „*Starea sanitară a țaranului și rolul studențimii în îmbunătățirea ei*” descriind cu fidelitate deplorabila igienă a țaranului din anumite ținuturi românești și dând sfaturi prețioase pentru îmbunătățirea acestei stări. Chestiunea a produs discuții interesante în sânul societății.

Ședințele se continuă în fiecare Sâmbătă seara în sala mare a Căminului studențesc.

Ședința din 28 Februarie 1920

D. Aurel Voina își dezvoltă conferința d-sale despre „*Profilaxia boalelor venerice*”. După ce evidențiază recrudescența produsă de războiul mondial în domeniul boalelor venerice, scoțând la iveală imensul dezastru social inerent evoluției neconținute a sifilisului și blenoragiei, conferențiarul indică cele mai moderne metode de profilaxie individuală, insistând asupra tehnicii lui Metchinkoff și Roux și asupra metodelor americane mai recente.

Arată importanță igienei sexuale și a educației sexuale tuția în difuziunea boalelor venerice și pledează pentru în general. Relefează rolul trist, pe care îl joacă prostă-creierea unei „Societăți de profilaxie antiveneriană”.

Această ședință a fost onorată de prezența d-lui prof Hațiegan, decanul Facultății de medicină, și d-lui dr. Vasile Bianu și mai multor asistenți ai clinicilor din Cluj. D. Decan adresează Societății cuvinte de încurajare și se declară satisfăcut pentru munca, ce vede că se desfășoară în sânul ei.

Ședința din 5 Martie 1920

D. Apostol Odiseu prezintă „Un caz de splenomegalie”. După ce face o monografie amănunțită și completă a acestei boale, indicând toate considerațiile diferiților autori asupra etiologiei ei, expune bolnava, care e subiectul acestei observațiuni clinice și pledează pentru natura sifilitică a splenomegaliei de față. Chestiunea trezește discuțiuni foarte interesante în sânul societății.

Aurel Voina

PUBLICAȚIUNI OFICIALE

CONCURSURI

Pentru ocuparea următoarelor posturi de medici de circumscripție pe teritoriul județului Sălăgiu: 1. Vălcăul de jos 2. Cizer, 3. Ardihat, 4. Hodod, 5. Camer, 6. Năpradea, 7. Silimed, 8. Borla, 9. Ceul-Silvenieni, 10. Pir, 11. Valea Almașului cu reședința actuală în Jibou. cu salarizarea conform legii sanitare decretul XXI Art. III. §. 10 a Consiliului Dirigent.

Doritorii de a ocupa dintre posturile susnumite sunt invitați a-și înainta cererile de concurs împreună cu documentele necesare, arătând circumscripția pentru care concurează adresându-le Consiliului Dirigent Resortul Ocrotirei, Sociale, la oficiul prim medic județean Salaj în Zălău până la 30 Martie a. c.

Intre postulanți pot fi și mediciniști cari vor dovedi că au depus cu succes 2 doctorate. Aceștia însă vor fi numiți numai provizor, până la obținerea diplomei.

Notez că în unele circumscripții unde clientela privată e minimală, vor primi și ajutorul personal.

Zălău la 26 Februarie 1920.

Dr. Ioan Stancaș
prim medic județean

*

Se publică concurs de *medi: de circumscripție* în următoarele circumscripții sanitare, din județul Cojocna:

1. Circumscripția rurală *Zamsâneșani* (Kolotasrenkiraly), care constă din 12 comune, cu sediul în Zamsânesani.

2. Circumscripția rurală *Aiton* (Aytou), care constă din 6 comune, cu sediul în Aiton. (*Cu adaus local*).

3. Circumscripția rurală *Frata* (Magyarfrata), constând din 8 comune, cu sediul în Frata, eventual în Suat (Magyarsrovath).

4. Circumscripția rurală *Vălcău* (Magyarvalko), care constă din 10 comune, cu sediul în Vălcău, eventual în Mănăsturul ung. (*la adaus local.*)

5. Circumscripția rurală *Lătinu* (Katona), care cînstă din 5 comune, cu sediul în Cătinu. (*Cu adaus local.*)

6. Circumscripția rurală *Bețiș-Ghiurcuța* (Iorsikapolva), care constă din 3 comune, cu sediul în Bețiș-Ghiurcuța. (*Cu adaus local.*)

7. Circumscripția *comunală Cojocna* (Kolozo). Stațiune balneară.

Salariul și emolumentele medicilor de circumscripție și comunali sunt stabile în decretul No. XXI, § 10, (Gazeta oficială No. 62-64, pag. 10).

— Se publică concurs pentru ocuparea postului de *medic auxiliar* pe lângă medicul primar al județului Cojoena.

Medicul auxiliar va primi salariul cl. VII.

Concurenții să 'și înainteze cererile scrisului medic primar al județului, adresate C. D. Resortului Ocrotirei Sociale până la *20 Martie 1920*, alăturând diploma, actul de botez, eventual și alte documente, prin cari poate dovedi serviciul public anterior; amintind în cerere și limbile pe cari le vorbește și le scrie. — În deosebi să cere cunoașterea limbii românești.

Cei cari ocupă în prezent vre-o funcție publică, vor înainta cererea prin autoritatea lor superioară.

Cluj 26 Februarie 1920

Medic primar al județului Cojoena

Dr. B. Basioteanu

Pentru întregirea posturilor de medici vacante, se scrie concurs cu durata de 30 zile dela publicare.

La spitalul județean din Lugoj sunt vacante următoarele posturi:

1. Medic adjunct la departamentul chirurgical, încadrat în clasa VIII, cu alimentare de clasa I și cu locuință mobilată în spital.

Dela petent se cere praxa specială pe terenul chirurgical dovedită cu documente.

2. Doi medici secundari încadrați în clasa IX-a cu alimentare de clasa I și locință mobilată în spital.

E vacant postul de medic auxiliar pe lângă prim-medical județean. Dela petent se pretinde praxa în ale administrației a cărui încadrare o va efectui resortul ocrotirilor sociale.

Pentru serviciul extern sunt vacante următoarele posturi:

1. In plasa Balint postul de medic de circumscripție în Balint cu 10, în Bethlenhaza cu 16 comune.

2. In plasa Bocsă postul de medic de circumscripție în Furlug cu 5, în Valeapai cu 6 comune.

3. In plasa Bozoviciu postul de medic de circumscripție, în Bozovici cu 6, în Dalboset cu 7, în Prigor cu 6 comune.

4. In plasa Faget posturile de circumscripție în Igazfalva cu 16, în Curtea cu 17 comune.

5. In plasa Racasdăia postul de circumscripție în Racasdăia cu 7, în Berliște cu 9, în Sescă cu 9 comune.

6. In plasa Caransebeș postul de circumscripție din Carpa cu 9, în Ferdinandsberg cu 9 comune.

7. Plasa Lugoj postul de circumscripție din Vecsehaza cu 9 comune.

8. In plasa Birchis postul de circumscripție din Birchis cu 10, din Bata cu 10 comune.

In plasa Moldova postul de circumscripție din Moldova cu 12, din Socolovat cu 5 comune.

10. In plasa Oravița postul de circumscripție din Secas cu 7 comune.

11. In plasa Orșova postul de circumscripție din Plavisevița cu 11 comune.

12. In plasa Reșița postul de circumscripție din Reșița-jur cu 7 comune.

13. In plasa Sacul postul de circumscripție din Sacul cu 8, din Zagujeni cu 12 comune.

14. In plasa Teregova postul de circumscripție din Cornia cu 8, din Corneareva cu 2 comune.

La recurs să se acludă certificat de cetățenie și naștere, 2) diploma de medic, 3) certificat de serviciul de

până acum, 4) certificat dela medic funcționar de sănătate corporală și mentală.

Să observe că medicii de circumscripție vor fi încadrați în clasa IX/3 și în caz că se va dovedi ulterior cum că salariul nu e suficient pentru susținerea corespunzătoare a familiei, la cerere bine motivată și opiniată de subprefectul și de primmedicul județean, resortul ocrotirilor sociale va asemna din bugetul statului adause locale la mărimea lefei fundamentale pe durata până când împrejurările vitrige nu s'au schimbat în favorabile, care adaus însă nu se socoate la pensie.

Medicul de circumscripție va trebui să locuiască în centrul circumscripției și unde este locuința naturală va locui în aceasta, unde nu este locuință naturală, va primi bani de chirie egal cu oficianții de stat încadrați în clasa aceea, și locuitori în comuna respectivă.

Se va dispune ca în centrele în cari cu greu se găsește locuința corespunzătoare, până în 1925, comunele să zidească astfel de locuințe.

Privitor la pausalul de călătorie până vor putea căde acord medicii de circumscripție cu comunele pot pretinde ca comunele să le pue la dispoziție trăsura, în natură.

Petenții aiu să designeze în petiție pentru care post de circumscripție optează.

Se observe că deoarece cu 1 Septembrie înceată de a asista posturile de medici de plasă, acei medici de plasă cari voiesc a primi o circumscripție pot locui mai departe acolo unde de prezent locuiesc.

Rugările sunt a se trimite primmedicului județean. Lugoj, la 18 Martie 1920.

OFICIUL MEDICULUI PRIMAR JUDEȚEAN DIN MARAMUREȘ

În baza §-ului 6, al decretului XXI, deschid concurs pentru ocuparea următoarelor posturi vacante de medici de circumscripție urbană și rurală: 1) Circumscripția urbană III Sighetul Marmației; Circumscripții rurale: 2) Poienele de sub munte; 3) Pătrova; 4) Rona de jos; 5. Ocnasalina; 6) Apșa de mijloc; 7) Rozavlea; 8. Dragomi-

rești; 9) Strâmtura; 10) Ocnașugătag; 11. Julești, 12. Bărsana.

Reflectanții își vor înainta cererile, adresate către C. D. Resortul Ocrotirei Sociale, oficiului medicului primar județean din Maramurăș, cu documentele prescrise până la 30 Aprilie 1920.

Cei denumiți beneficiază de retribuțiunile stabilite în paragrafele 10—24 al decretului XXI.

Sighetul Marmației, la 18 Martie 1920.

Dr. Ioan Radiuc

Medicul primar al județului Maramureș.