

CV 1330

3185

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 440

CHERATITA PARENCHIMATOASĂ CA MANI-
FESTARE A SIFILISULUI HEREDITAR



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE _____ FEBRUĂRIE 1929.

DE

FĂNE I. NICĂ.

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”

STRADA MEMORANDULUI 22.

1929.



440903160

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 440

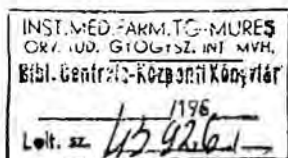
CHERATITA PARENCHIMATOASĂ CA MANI-
FESTARE A SIFILISULUI HEREDITAR



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE..... FEBRUARIE 1929.

DE

FANE I. NICĂ.



23 MAY 2005

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22.
1929.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTĂȚEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. CORIOLAN TĂTARU.

Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-l Dr	<i>Botez A. M.</i>
Bacteriologie (agr.)	" "	<i>Baroni V.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" "	<i>Guiart I.</i>
Clinica Medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare {	" "	<i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Medicina legală	" "	<i>Minovici N.</i>
gienă și Igiena socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" "	<i>Nițescu I. I.</i>
Farmacie chimică și galenică	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica stomatologică (supl.) } Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica cailor urinaro (agr.)	" "	<i>Teșosu E.</i>
Chimie biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasilin T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte : D-l Profesor Dr. *D. Mihail*

Membru : { " " " *C. Tătaru*
 " " " *I. Predescu-Rion*
 " " " *T. Gane*
 " " " *V. Papilian*

Supleant : " Doc. " *P. Vancea*

*Inclin această lucrare
Mamei mele
ca dispărentă mulțumire pentru tot
ce a făcut pentru mine.*





Introducere.

Etiologia cheratitei parenchimotoase a preocupat pe oculiști din toate timpurile.

Deși azi cunoștințele, pe care le avem asupra acestei afecțiuni, sunt foarte avansate, totuși sunt autori care contestă originea sifilitică a cheratitelor parenchimotoase, bazați unii pe lipsa de semne sigure de sifilis în anumite cazuri iar alții pe lipsa de eficacitate a tratamentului antisifilitic al acestei afecțiuni.

În lucrarea de față tind să arăt concepția greșită a acestor autori și să dovedesc că cheratita parenchimotoasă în marea majoritate a cazurilor este o afecțiune heredo-sifilitică, contra căreia trebuie să se ia aceleași măsuri profilactice ca și contra ori cărei afecțiuni sifilitice.

Materialul bogat și bine studiat pe care-l prezintă clinica oftalmologică din Cluj, mi-a permis să abordez cu multă ușurință studiul acestei chestiuni și prin datele pe care le consemnez în lucrarea de față, sper să aduc o contribuție prețioasă la cunoașterea acestei probleme de oftalmologie.

O parte din aceste date sunt incomplete, lipsind spre exemplu R. W. în lichidul cefalo-rachidian, dar și această chestiune a fost studiată minuțios în ultimul timp de colegul meu V. Săbădeanu, preparatorul clinicii Oftalmologice, care și-a consacrat teza sa inaugurală studiului lichidului cefalo-rachidian în afecțiunile sifilisului ocular și datele obținute de dânsul sunt concludente pentru originea heredo-sifilitică a cheratitei parenchimotoase. Teza D-sale va completa și mai bine lucrarea prezentă elucidând și clarificând într'o bună măsură problema sifilisului ocular, problemă pe care clinica Oftalmologică din Cluj o urmărește cu multă pasiune de ani de zile.

Cu această ocazie țin să aduc cele mai respectuoase mulțumiri *D-lui Profesor Dr. Mihail*, pentru bunăvoința, cu care mi-a permis să lucrez în serviciul D-sale, așa de admirabil organizat și-l rog să primească omagiile mele de recunoștință.

D-lui Prof. Dr. Tătaru, pentru bunăvoința, cu care mi-a permis să-mi întregesc cunoștințele dermato-venerice în clinica Dermato-Venerică, pe care o conduce cu multă dragoste și desțoinicie, îi exprim sentimentele mele de profundă recunoștință și-l asigur de toată stima mea.

Lui *P. Vancea*, fostul meu coleg și neobosit colaborator și asistent al Clinicii Oftalmologice din Cluj, îi mulțumesc pentru bunele sfaturi și îndrumări ce mi-a dat în decursul acestei lucrări.

Nu știu cum să mulțumesc mai frumos fraților mei, cari m'au ajutat de la primii ani de școlaritate, până acuma.

Ajutor neprecupețit, pornit din cea mai sinceră dragoste, frățească și când împrejurările au cerut-o, au mers deseori până la sacrificarea strictului necesar, pentru a-mi ajuta mie.

Nu pot să uit frumoasele sfaturi pe cari mi le da cu lărgăție profesorul meu de liceu: *Dr. Alex. Gioracianu*, în serile de iarnă ale anului 1916, la Mălăești.

Cu această ocazie îl rog să primească mulțumirile mele de recunoștință.

D-lor Dr. Voiculescu, medicul primar al spitalului Filantropia din Craiova, și neobositului său ajutor *Dr. Stănescu*, le mulțumesc pentru primirea bunăvoitoare și teren vast de lucru ce-mi acordau în vacanțele mele.

Colegilor mei *W. Prak*, preparatorul Clinicii Neurologice și *E. Forna*, preparatorul Clinicii Dermato-Venerice, le păstrez cele mai frumoase amintiri, de sinceră și leală colegialitate.

De ceilalți colegi îmi voi aduce cu drag aminte, așezând pe fiecare în sufletul meu, după modul cum s'au purtat față de mine.

Cheratita parenchimotoasă ca manifestare a sifilisului hereditar.

CAP. I.

Generalități asupra sifilisului hereditar.

Cunoștințele asupra sifilisului hereditar datează de prin secolul XV. Primul autor, care vorbește de sifilis hereditar, este Teofrast Paracelse (1493—1541).

După el o serie de alți autori ca: Fallope, Rondelet, Ambroise, Parré, Schenk raportează cazuri de sifilis la copii noi născuți, iar Boerhaave, Astruc, Fabre, Levret și mai ales Rosenstein afirmă în mod sigur că fătul poate primi infecția sifilitică de la părinții săi.

În 1875 Sanchez vorbește despre vicide de conformație ale copiilor născuți din părinții sifilitici, iar în cartea sa asupra boalelor veneriene apărută în acea epocă, el insistă asupra faptului că dentiția la acești copii începe cu mult mai târziu și că deseori ei suferă de boale oculare teribile, de afecțiuni auriculare, de spina ventoză, de rachitism, de convulsii și au un temperament delicat.

Sanchez pune aceste leziuni pe seama sifilisului și insistă asupra necesității de a lua un interogatoriu cât mai complet posibil părinților, recomandând însă multă prudență în luarea unui asemenea interogatoriu.

Cățiva ani mai târziu Daublet (1781) Mahon și Lamauve (1804—1825) arată că copiii sifilicilor vin pe lume înainte de termen macerați sau morți, au aer de îmbătrâniți, prezintă erupțiuni pe corp, afecțiuni oculare sau se nasc în aparență sănătoși, făcând unele din aceste afecțiuni ceva mai târziu după câteva săptămâni sau luni.

În această epocă majoritatea autorilor credeau că infectarea fătului se datorește exclusiv tatălui sifilitic, făcând singur responsabil pe acesta de manifestățiunile hereditare ale copilului.

Dr. Oevre din Cristania, demonstrează din contră că sifilisul congenital presupune totdeauna o mamă contaminată, iar Dr. Langlebert afirmă în mod categoric că în practica sa de peste 20 ani nu a constatat nici odată un sifilis congenital fără contaminarea prealabilă a mamei.

Lucrările lui Kossovitz, Parrot, Hutchison, Wirchow, Fournier, Wellandu etc. fără să aducă prea mari precizii asupra mecanismului heredității sifilitice, demonstrează totuși existența sa într-o epocă în care existența sa era pusă la îndoială.

Gaucher încearcă să aducă câteva probe pozitive asupra existenței heredității paterne, bazat pe unele fapte de ordin clinic și pe anumite cercetări de ordin serologic.

Ca probe clinice el aduce observațiuni similare.

Într-una din ele este vorba de o femeie sănătoasă, măritată cu un om sifilitic de trei ani și care dăduse naștere la un copil sănătos în aparență. Câteva săptămâni mai târziu, copilul prezintă plăci mucoase bucale și perianale, iar după două luni mama sa face doi sanceri ai sânului stâng, cu adenopatie axilară și rozeolă consecutivă.

Copilul nu putuse primi sifilisul de cât de la tatăl său, singur culpabil de hereditate specifică în acest caz.

Ca probe serologice Gaucher aduce rezultatele cercetărilor sale asupra R. W. care la mamă au fost negative, iar la copil net pozitive.

Datele furnizate de studiul R. W. au fost utilizate și de alți cercetători, însă pentru a demonstra că singur sifilisul matern este responsabil de hereditatea specifică.

Prin anul 1909 Behring publică rezultatele cercetărilor sale făcute în această direcție și arată că în 32 de familii în care nu găsea nici o explicație a avorturilor repetate și a nașterilor premature, R. W. a evidențiat un sifilis latent în 28 de cazuri, adică în 87.5%, iar tratamentul instituit a fost urmat de succes. Întru cât, grație lui avorturile, au încetat, iar sarcinile au fost duse la termen, născându-se copii vii fără leziuni specifice aparente și ce este mai important cu R. W. negativă.

Cercetările profesorului Fordyce din New-York par să confirme vederile lui Gaucher.

După observațiile sifiligrafului New-Yorkez, femeile cu aparență sănătoasă, care dau naștere la copii sifilitici, au totdeauna un Wassermann pozitiv și sunt într-o perioadă latentă de sifilis.

Chiar când R. W. este negativă infecția la mamă trebuie luată în considerare, cu atât mai mult cu cât cercetările lui Baisch, Trinchese, Weber, au evidențiat numeroși spirocheți în porțiunea maternă a placentei femeilor cu R. W. negativă, însă cu antecedente specifice.

Ori care ar fi modalitatea heredității sifilitice și ori cum s'ar interpreta mecanismul său de producere, un fapt este cert, că copilul poate primi sifilisul de la părinții lui, cu alt cuvinte, că există un sifilis hereditar și acest sifilis a fost numit sifilis hereditar de prima generație.

Există însă și un sifilis hereditar de a II-a generație, deși a fost negat de o serie de autori și deși discuțiile asupra existenței sale păreau că nu se mai sfârșesc, totuși astăzi de la lucrările lui Fournier tatăl și apoi Fournier fiul chestia este precizată în sensul că :

1.) Există un sifilis de a II-a generație.

2.) Că sifilisul hereditar de a II-a generație suferă o letalitate considerabilă în această a II-a generație, letalitate care merge până la a amenința cele 2/5 ale descendenților.

3.) Că sifilisul hereditar de a II-a generație, cele mai deseori se traduce în cele 4/5 din cazuri după observația lui Ed. Fournier prin stigmatе distrofice asemănătoare în toate punctele cu cele ale heredității prime.

4.) Sifilisul hereditar de a II-a generație se traduce câte odată prin simptome virulente; însă acelea într'un mod infinit mai rar și într'o proporție care poate fi evaluată la 14 % „Ed. Fournier“.

Îată după Ed. Fournier câteva documente, care demonstrează acest lucru : —

În analele boalelor veneriene din Februarie 1908. Gaucher și Glover publică observația unui bolnav, care nu contractase niciodată sifilisul, dar care purta numeroase stigmatе de sifilis.

Căsătorit cu o femeie, care nu prezenta nimic suspect din punct de vedere al sifilisului, din această căsătorie a rezultat un copil de 13 ani purtător de numeroase stigmatе heredo-sifilitice: frunte prominentă, hipertrofia osoasă a genunchiului drept, stigmatе dentare, surditate, cheratita interstițială, coriorofinită etc.

Prat și Boisseau au publicat observația unei familii, în care bunicul era sifilitic, tatăl purtător de stigmatе de sifilis hereditar și indemn de sifilis câștigat, la fel femeia sa.

Din căsnicia lor au rezultat patru copii, dintre care trei purtau semne de sifilis hereditar, caracterizat prin distrofii și semne de sifilis virulent.

În 1912 Dr. Jonenberg publică observația unei familii pe care o cunoaștea de vreo 17 ani.

Bunicul era sifilitic, bunica murise cu paralizie generalizată. Fiica lor de la vârsta de 14 ani a suferit de o periostită sifilitică a membrului inferior drept.

La 20 de ani se mărită cu un om, care nu suferise niciodată de sifilis.

În căsnicie după mai multe avortuși are trei copii, care au prezentat: primul a periostită a tibiei, o cheratită interstițială și deformațiuni dentare caracteristice. Ceilalți doi nu au prezentat nici un semn clinic de sifilis hereditar, însă prezintau R. W. pozitivă ca și primul.

Sifilisul de a II-a generație există deci și numeroase distrofii heredosifilitice, sunt puse pe seama acestui sifilis de a II-a generație.

CAP. II.

Manifestațiunile oculare ale sifilisului hereditar.

În excelentul său manual de oftalmologie Willard afirmă că „le syphilis héréditaire au acquise est la grande pour voyeuse des affections de l'oeil“.

În adevăr, el poate altera toate părțile constitutive ale acestui organ sau a anexelor sale; pleoapele (șanceru, gome), conjunctivele (șanceru), corneea (cheratita interstițială), tractușul

uveal (irite, ciclite, coroidate), retina (retinita pigmentară), u. optic (nevrite, atrofii), anușchii (paralizii oculo-motorii).

Originea sifilitică este așa de frequent semnalată în patologia oculară, că trebuiește totdeauna căutată această infecțiune.

În celo ce urmează voi arăta pe scurt, care sunt caracteristicile acestor diferite determinări sifilitice la nivelul organului vizual, fără a insista prea mult asupra lor, întru cât ași depăși cadrul lucrării ce m-am propus.

Manifestațiunile oculare ale sifilisului hereditar pot fi: precoce și tardive.

MANIFESTAȚIUNI HEREDITARE PRECOCE.

Manifestațiile sifilisului hereditar precoce la nivelul ochiului pot fi localizate fie la segmentul anterior al organului vizual, dând irite și irido-ciclete, fie la polul posterior dând coroidite, corio-retinite și leziuni ale papilei.

DETERMINĂRILE DELA POLUL ANTERIOR.

Irite și Irido-ciclete.

Dela Hutchinson se știe că irita heredo-sifilitică este tot atât de frecventă ca și aceea din sifilisul câștigat.

În 1863 acest autor raportează 23 de cazuri observate la indivizi a căror vârstă era cuprinsă între 6 săptămâni și 2 luni.

Irite și irido-ciclite heredo-sifilitice apar de obicei la câteva luni după naștere, deși se cunosc cazuri la care a existat din timpul vieții intra-uterine.

Rar întâlnită la noul născut, este cu totul excepțională în a II-a copilărie și atunci când există este considerată ca o manifestație a sifilisului hereditar tardiv.

Clinic, irita heredo-sifilitică se prezintă ca ori ce irită specifică.

Cele mai deseori ea are un mers torpid, ia o formă plastică și determină puține fenomene reacționale. Nu rareori se complică cu tulburări ale vitrosului sau cu cheratita parenchimațoasă.

Irita heredo-sifilitică ca și cea câțigată are o tendință marcată în a da sinechii posterioare, ori obstrucție pupilară prin abundente exudate plastice.

Tratamentul acestei verietăți de irită va fi un *tratament local*: instilații repetate de atropină, aplicații calde frecvent reînoite și *general*, injecții cu săruri de mercur.

DETERMINĂRILE LA NIVELUL POLULUI POSTERIOR.

Allerațiuni retiniene și coroidiene.

Coroiditele heredo sifilice apar de obicei din timpul vieții intra-uterine și se exteriorizează prin leziuni cicatriciale, care pot îmbrăca una din aceste două forme.

I. *Forma ușoară* caracterizată prin o pusterie de mici pete galbene, măsurând $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{20}$ din diametrul papilar, amestecate cu mici pete pigmentare și localizate cu predilecție la periferia câmpului oftalmoscopic.

În această formă papilele au de obicei un contur normal și tulburările funcționale sunt minime.

II. *Forma gravă.* În acest caz leziunile sunt mai nete și cu mult mai întinse.

Ele se apropie de papilă și maculă și tulburările funcționale, pe care le dau, sunt apreciabile.

Există în aceste cazuri o hiperplazie fragmentară enormă, caracterizată prin grămezi voluminoase și focare galbene, rotunde de corio-retinită, putând măsura $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ dintr'un diametru papilar.

Papilele sunt palide, decolorate, vasele retinei diminuate de volum.

Retinita heredo-sifilitică.

Cea mai frecvent întâlnită este retinita pigmentară.

Clinic, această afecțiune se caracterizează printr'o scleroză progresivă a retinei, scleroză ce merge de la periferie la centru prin mici pete pigmentare, având aspectul de corpusculi osoși, care apar mai întâi la periferie și de unde apoi încet, încet

ating polul posterior, complicându-se la urmă cu atrofia nervilor optici.

Pierderea completă a vederii constituie ultimul act al boalei, care însă, dat fiind mersul extrem de încet al boalei, nu se îndeplinește de cât către vârsta de 40—50 de ani.

În afară de afecțiunile amintite, sifilisul hereditar a fost incriminat în producerea a numeroase vicii de conformație oculară, dintre care citez: colobomul irian și palpebral, microftalmia și anoftalmia, unele cazuri de buftalmie (glaucom infantil), nistagmul și unele cataracte congenitale.

MANIFESTĂRILE SIFILISULUI HEREDITAR TARDIV.

Irite, irido-ciclite, coroidite și retinite se pot întâlni și ca manifestări ale sifilisului hereditar tardiv, însă dintre toate afecțiunile oculare considerate ca determinări ale sifilisului hereditar tardiv, cheratita parenchimatoasă este cea mai frecventă, mai des întâlnită între 5—20 de ani, pentru care motiv a și fost numită — boală a copilăriei.

În tabloul alăturat dau câteva statistici din care se poate vedea clar epoca din viață în care se găsește mai frecvent cheratita parenchimatoasă*).

Vârsta	Hutchinson	Parinaud	Watson	Haltenhoff	Trousseau	Lang	Loukaetio	de Greef	Galezowski	Vancea
0—1	1	1	—	—	—	—	13	26	2	1
1—5	9	1	5	14	4	—	25	53	6	6
6—10	35	10	4	25	13	4	33	63	36	29
10—15	38	9	3	10	11	18	34	70	24	35
16—20	15	11	9	16	2	13	45	27	19	19
21—25	3	—	3	3	7	9	21	20	11	14
26—30	1	—	1	2	1	2	6	20	14	12
31—40	—	—	—	1	—	5	9	—	5	6
peste 41	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
TOTAL	102	32	25	71	38	62	183	279	107	123

*) Clujul Medical, 1 Aprilie 1928, V. Vancea.

Davidson a pretins că cheratita parenchimatooasă se găsește cu deosebire la oamenii săraci.

Vancea afirmă că, în cazurile studiate de dânsul nu poate deduce acest fapt și adaugă că cheratita parenchimatooasă este mai frecventă la locuitorii dela sate, fapt explicabil deoarece majoritatea bolnavilor observați de acest autor, erau de la sate. Tot Vancea în opoziție cu Loukaelis afirmă, că nu a observat nici o variație în ceia ce privește repartiția afecțiunii după lunile anului.

Originea heredosifilitică a cheratitei parenchimatooase, deși a fost contestată de o serie de autori foarte distinși, totuși azi este unanim recunoscută fiind demonstrată atât clinic cât și serologic.

Primul autor care în mod teoretic semnalează sifilisul ca o cauză posibilă a cheratitei parenchimatooase este Velpeau pe la 1840, iar treisprezece ani mai târziu, la 1853. Hutchinson proclamă sus și tare că, cheratita parenchimatooasă în forma sa tipică este datorită sifilisului hereditar și ulterior într'o serie de memorii rămase celebre, acest autor confirmă primele sale constatări și-și exprimă și mai hotărât opinia sa asupra acestei cheratite, bazându-se pe fizionomia particulară a indivizilor purtători de această cheratită, consistând în: piele aspră și flască, cicatricei pe frunte și față, cicatricei de vechi fisuri la unghiurile gurei, înfundarea rădăcinii nasului, cei doi incisivi superiori scobiți pe marginea lor liberă, scobitură căreia autorul englez îi acordă o mare importanță.

În afară de aceasta, marea mortalitate printre copiii aceleasi familii, tulburările auditive și surditatea, erau atâtea semne care nu puteau scăpa spiritul pătrunzător al lui Hutchinson.

Ținând seamă că trei din aceste semne se întâlnesc în mod mai frecvent, Hutchinson le înglobează pe toate trei la un loc, ca fiind cele mai caracteristice sifilisului hereditar, formând triada care-i poartă numele și care e formată din: cheratita parenchimatooasă, alterațiuni dentare și tulburări auditive.

Numerosi autori printre care citez pe Stanley, Galligo, Watson, Govin, Magni, Taylor, Desmares, Giraud, Dolbeau, Augagner, Teulon, Pridgin etc. etc. au confirmat prin observațiile lor afirmațiile lui Hutchinson.

Parinaud este de acord cu frecvența cheratitei și a tulburărilor dentare, însă în locul tulburărilor auditive, el așează avorturile.

În urma cercetărilor familiale și a anchetelor minuțioase pe care le întreprinde Parinaud, ajunge la concluzia că cheratita parenchimatoasă este o afecțiune atenuată a sifilisului.

Abadie într-o comunicare făcută la Soc. franceză de oftalmologie, admite acest fel de a vedea al lui Parinaud, iar Trosseau bazându-se pe un număr de 40 de cazuri, susține la aceeași societate că sifilitul are o influență netă asupra cheratitei parenchimatoase. Întru cât în 28 de cazuri, el a găsit semne sigure de sifilis hereditar.

Descoperirea agentului patogen al sifilisului și reacția Bordet Wasserman au dat un mare impuls diagnosticului etiologic al afecțiunii sifilitice în cursul cheratitei parenchimatoase.

În mod excepțional cheratita parenchimatoasă apare și la noii născuți și chiar în timpul vieții intra uterine.

La noi, dl Iancu a publicat două cazuri de cheratită parenchimatoasă survenită la un copil de 4 luni și la un altul de 6 luni.

P. Vancea asistentul clinicii oftalmologice a publicat de asemenea un caz de cheratită parenchimatoasă survenită la un copil de 6 luni.

În sfârșit Dl Prof. Dr. Mihail într'un caz a putut constata existența unei cheratite parenchimatoase care-și începuse evoluția încă, din viața intra-uterină.

Un astfel de caz a fost văzut și de Parinaud în 1901.

Terrien a prezentat Soc. franceze de oftalmologie observația unui copil de 8 zile atins de cheratită parenchimatoasă congenitală, căruia i-a făcut și examenul anotomo-patologic.

Cheratita parenchimatoasă este mai frecventă la sexul feminin, ca la cel masculin.

P. Vancea în cercetările sale asupra cheratitei parenchimatoase, dă o proporție de 60% pentru sexul feminin și 30—40% pentru cel bărbătesc.

Sabrazzès și Deperie au evidențiat prezența spirochetelor, în cornea heredo-sifiliticilor, iar Igersheimer a găsit spirochete într'un fragment de cornee atinsă de cheratită parenchimatoasă heredo-sifilitică.

Pe de altă parte inoculările experimentale ale lui, Wiman, Bertarelli, Clausen, Grouwen, Krauss și Wolf, Brünig, Neisser, Milian și Roussel, Igershemer etc. practicate la maimuțe, pisici și epuri fiind urmate de producerea unei cheratite parenchimatooase asemănătoare cu aceea a omului și în care deasemeni s'a putut evidenta spirochetul, nu fac altceva decât să confirme afirmațiile de ordin clinic ale autorilor mai sus citați, care susțin originea heredo-sifilitică a cheratitei parenchimatooase.

Wiman, între altele a publicat cazul unei epuroaice sifilitice care a născut la începutul lui Iulie 8 epuri dintre care unul prezinta la sfârșitul unei cheratite în care s'au găsit spirocheți.

Bertarelli, la epuri obține după o inoculație de 5—6 săptămâni, o cheratită parenchimatooasă transmisibilă în sere la animale, iar Mezinescu a notat la 50 de zile dupe inocularea materialului sifilitic uman în testiculul unui epure, apariția unei cheratite duble, sifilitice conținând spirocheți.

Igersheimer inoculând într-o carotidiană la un epure 2. c. c. dintr-o cultură de spirocheți diluată cu bulion steril, obține după 48 de zile o cheratită interstițială tipică.

Toate aceste cercetări experimentale, demonstrează în mod net, posibilitatea de a produce cheratita parenchimatooasă tipică cu ajutorul spirochetilor.

În sfârșit studiul R. W. în cursul evoluției cheratitei parenchimatooase, a evidențiat o serie de fapte de importanță covârșitoare pentru studiul etiologic al afecțiunii care ne preocupă.

Cercetările lui Beauvioux, Fleischer, Igersheimer, Liégard și Offret, Mauradian, Sielbersiepel, Viencenz și Vancea, cercetări pe care le consemn în tabloul alăturat, reprodus după acest ultim autor, demonstrează în mod net prin marele procent de reacții pozitive, originea heredo-sifilitică a cheratitei parenchimatooase.

Numele Autorului	No. cazurilor	Rezultate pozitive	Rezultate negative	Procent la %
Beauvioux	12	10	2	83.3
Fleischer	46	40	6	86.1
Igersheimer	—	—	—	96
Liégard și Offret	27	23	4	85
Mauradian	33	22	11	66
Sielbersiepel	—	—	—	98.8
Viencenz	—	—	—	87.7
Vancea	123	109	14	88.61

Pentru Panas cheratita parenchimatoasă este o afecțiune datorită unei cașecșii rachitice și nici decum sifilisului hereditar.

Înainte de el, Moareu negase ori ce raport între alterațiunile dentare și leziunea corneană, însă Panas, acest prinț al oftalmologiei franceze, cum îi plăcea adesea să-și zică, este acela care opune teoriei heredo-sifilitice a lui Hutchinson cele mai serioase critici, stabilind:

I. Că leziunile dentare observate în cursul cheratitei parenchimatoase, nu au nici o legătură cu aceasta.

II. Că cheratita se dezvoltă la o epocă prea tardivă pentru a fi de origine heredo-sifilitică.

III. Că sifilisul nu atacă cornea.

Să examinăm rând pe rând aceste critici ale lui Panas și să vedem dacă are sau nu are dreptate.

Să luăm mai întâi chestiunea raportului dintre leziunile dentare observate și cheratita parenchimatoasă.

I. Se știe că dintele lui Hutchinson se caracterizează printr-o scobitură semilunară, caracteristică la care se adaugă încă alte 6 caractere ceva mai mici și mai inconstante și anume:

- a) dintele prezintă unghiuri rotunjite.
- b) dintele prezintă un bisou anterior, marginal.
- c) este scurt.
- d) este subțire.
- e) sucit în surubelniță.
- f) este oblic convergent.

Hutchinson stabilește un raport strâns între dintele care poartă numele și cheratita parenchimatoasă deși astăzi, grație mai ales lucrărilor lui Fournier, se cunosc și alte alterațiuni dentare datorite sifilisului.

Între altele trebuie să notăm, eroziunile dentare care afectează simetric dinții homologi.

Microdontismul caracterizat prin reducerea de volum a dintelui.

Amorfismul, starea dintelui care se îndepărtează de configurația sa fiziologică specială.

Vulnerabilitatea mărită, acești dinți fiind foarte ușor predispuși degenerescențelor ulterioare, uzurilor rapide și cariilor ușoare.

Acest dinte Hutchinson, pentru Panas, nu este patognomonic sifilisului hereditar și aceasta cu atât mai mult, cu cât el a și prezentat societății de chirurgie din Paris 3 cazuri de cheratită parenchimatoasă, în care nu exista nici o leziune dentară, concluzia forțată și până la un punct patima sa, pentru că cum foarte bine a arătat Fournier, dacă caractere de o mai mică importanță ale dinților Hutchinson pot preta la o oarecare confuzie, caracterele principale și în special scobitura semilunară, constituie cel mai bun semn, o probă aproape sigură de hereditate sifilitică...

„Nu s'a opus valorii semiologice a acestei malformațiuni dentare o singură observațiune contradictorie absolut autentică.”

În literatură, cu toate acestea, sunt descrise cazuri de cheratită parenchimatoasă, la indivizi care nu prezentau nici o leziune dentară; de aci însă și până a nega originea sifilitică a cheratitei parenchimatoase, este o foarte mare distanță.

II. Cheratita parenchimatoasă se dezvoltă la o epocă prea tardivă, pentru a fi de origine heredo-sifilitică!

Acest argument al lui Panas nu a putut prinde, întru cât de la Fournier se știe că heredo-sifilisul poate să fie și tardiv, în primele sale manifestațiuni, iar autori, ca Parinaud și Abadie, au arătat cât de greu este să ne dăm seama exact de manifestațiunile sifilitice ale primei copilării.

Sfârșitul fazei septicemice a heredo-sifilisului în cursul căreia, după majoritatea utorilor, se produc leziunile inițiale, este în genere imposibil de precizat.

Afecțiunea poate trece neobservată și să rămână sub forma latentă până târziu, când se redesteaptă, evoluând cu manifestațiuni specifice și împrumutând heredo-sifilisului unele din caracterele sale.

Cu cât se îndepărtează de naștere, cu atâta leziunile cauzate de heredo-sifilis, manifestă o tendință de a se cantona și localiza.

III. Sifilisul nu atacă cornea.

Această aserțiune a lui Panas este inexactă, pentru că sunt cunoscute cazurile de sifilis ale corneei și am văzut că și în mod experimental acest sifilis poate fi produs, evoluând sub același aspect ca și sifilisul corneean uman.

Teoria tulburărilor de nutriție.

(Fournier.)

Fournier fără a nega influența heredo-sifilisului asupra dezvoltării cheratitei parenchimotoasă, dă acțiunii sale o explicație patogenică, care diferă de aceea adaptată de Hutchinson și contemporanii săi, atribuind cheratita parenchimotoasă nu infecției propriu zise sifilitice, ci unei tulburări de nutriție.

Cheratita parenchimotoasă, spune Fournier, nu e nici o leziune vasectică, nici leziune scrofuloasă, nici leziune sifilitică, ci o leziune banală, vulgară, o simplă leziune de nutriție, pe care diverse stări morbide sunt apte să o realizeze.

Teoria tulburărilor de nutriție a lui Fournier cu toate că în starea actuală a lucrurilor nu are decât valoarea unei ipoteze, după Ginestans ea explică totuși cel mai bine geneza cheratitei parenchimotoasă.

În tratatul său de oftalmologie infantilă, acest autor afirmă, bazându-se pe statisticile diferiților autori, că originea sifilitică a cheratitei parenchimotoase nu poate fi evidențiată în toate cazurile și că deci teoria lui Hutchinson, nu poate fi peste tot aplicată.

De altfel și Fournier în lecțiunile sale asupra sifilisului hereditar, este de aceeași părere când afirmă că: în van s'a obiectat că în cazurile în care nu s'a putut găsi influența heredo-sifilisului ca origine a acestei cheratite, trebuie să fie cazuri rău observate, sau în care nu fusese căutat suficient sifilisul hereditar, ori nu a fost recunoscut din motive diferite, spre exemplu, nedând o suficientă crezare diferitelor semne care servesc de diagnostic retrospectiv.

În sfârșit mă se pare imposibil de a admite că toți medicii care au observat cheratita parenchimotoasă în afară de sifilisul hereditar, să se fi înșelat în totdeauna și în mod invariabil.

În definitiv, existența cheratitei parenchimotoase, etiologic independentă de sifilisul hereditar, se impune ca un fapt demonstrat prin semnele cele mai sigure.

Prin urmare opiniunea dupe care cheratita parenchimotoasă ar fi un produs exclusiv al influenței heredo-sifilisului, nu suportă examenul și nu poate fi științific admisă.

CAP. III.

SIMPTOME.

Cheratita parenchimatoasă este o afecțiune cu mers ciclic, cu o evoluție care în mod schematic poate fi împărțită în trei faze și anume: faza de infiltrație, faza de vascularizație, și faza de rezorbție.

I. FAZA DE INFILTRAȚIE.

Această fază se mai numește și faza de invazie și apare câte odată cu fenomene reacționale moderate, consistând în: lăcrămare, fotofobie și jenă oculară, însă de cele mai multe ori se ivește cu fenomene reacționale accentuate.

Fotofobia și lăcrămarea sunt foarte intense, jena oculară de un grad neobișnuit și în același timp afecțiunea se însoțește de o congestie pericheratică accentuată și de o ușoară apoplezie profundă a periferiei corneene, limitată la un sector.

Ulterior, această apoplezie se întinde spre centrul corneei și ia forma unui sector triunghiular cu baza la limb, pentru ca ulterior să opacifice întreaga cornee și să reducă în mod apreciabil acuitatea vizuală.

În această fază tulburarea corneeană începe sub forma unor infiltrate punctiforme și lineare la nivelul membranei lui Descemet și a straturilor corneene profunde, așa cum au arătat examenele bio-microscopice și de unde infiltrația atinge apoi straturile superficiale.

În același timp membrana lui Descemet se culează, endoteliul său se edematiază împreună cu epiteliul și nervii corneei.

Cornea în această fază apare în totalitatea sa mult mai îngroșată.

Infiltrația corneeană poate să înceapă și în zona centrală, constituind cheratita centrală și de unde apoi se extinde către periferia sa.

Alteori infiltrația corneeană ia o formă inelară, periferică, concentrică limbului, constituind cheratita inelară a lui Vassius.

In sfârșit infiltrația corneană se poate prezenta sub forma unui nodul mai mare, bine delimitat, care se ulcerază la suprafață dând așa numita gomă corneană.

Infiltrația cheratitelor parenchimatoase, fine dela câteva săptămâni, până la câteva luni.

II. FAZA DE VASCULARIZAȚIE.

Când infiltrația a coprins întreaga membrană transparentă a ochiului, de la nivelul limbului pătrund în parenchimul cornean o serie de vase care își au originea profundă, episclerală.

Penetrația vaselor neoformate se face sub formă de sinucuri, asemănătoare cu o mătură și sunt alcătuite din lanturi alungite, așezate în plexuri suprapuse.

Intre diferite plexuri vasculare se stabilesc anastomoze și în această fază cornea din albă, porcelanată, devine roșie vișinie sau roșie cărnosă.

Vasele neoformate de cele mai multe ori invadează cornea în întregime, însă în unele cazuri ele caută o zonă centrală, discoidă, care are aspectul unui ulcer cornean, din cauza apăsărilor sale infiltrative.

In sfârșit sunt cazuri când cornea rămâne complet vasculară — cheratitele vasculare.

III. FAZA DE REZORBȚIE.

Apariția vaselor neoformate coincide cu începutul rezorbtiei infiltratelor corneene.

Ceia ce caracterizează în primul rând faza de rezorbtie este diminuarea progresivă a fenomenelor reacționale și clarificarea progresivă a corneei, clarificare care începe de la periferie către centru.

Această clarificare este completă în cheratitele avasculare, spre deosebire de cheratitele vasculare, în care deși restabilirea transparenței se face aproape complet, totuși din cauza transformării vaselor neoformate, în cordoane fibroase, filiforme prin un proces endarteritic, vederea rămâne ușor scăzută.

Mai rar, în unele cazuri, rezorbtia infiltratelor se face incomplet, fiind înlocuite cu țesut cicatricial, fibros, dens vascular.

rizat, dând leucomul discoid, situat în central corneei și producând prin aceasta o scădere apreciabilă a acuității vizuale.

Cheratita parenchimatooasă evoluează, în genere bilateral, afecțiunea începe însă la un ochi și apoi trece la celălalt, după un interval de timp ce variază de la câteva zile, la câteva luni sau ani.

Durata cheratitei parenchimatooase este în raport cu vârsta la care apare.

Atunci când apare în primul deceniu evoluția ei nu durează mai mult ca 3 luni, iar când apare după primul deceniu, evoluția ei durează între 6 luni și un an.

Cheratile parenchimatooase recidivează în 14% și recidivele se produc totdeauna după 2—10 ani de la primul acces, rare ori mai târziu.

În cursul evoluției sale, cheratita parenchimatooasă se poate complica cu irita și irido-ciclita, care se ivesc în 50% a cazurilor.

Odată cu apariția acestor fenomene, se produc modificări și din partea tonusului ocular, modificări care la copii pot ocaziona apariția buftalmiei.

Mai rar, cheratita parenchimatooasă se poate complica cu o retinită, nevrită optică și paralizia musculaturii oculare interne și externe.

ANATOMIA PATOLOGICĂ.

Studiul anatomo-patologic al cheratitei parenchimatooase a fost făcut într'un număr restrâns de cazuri, fapt explicabil într'o afecțiune în care vindecarea este de obicei regulă.

Printre autorii care s'au ocupat cu această chestiune, citez pe: Meyer, Fuchs, Hippel, Schultze, Krukow, Elsching.

Ca aspect istologic, în faza de invaziune s'a notat existența unei infiltrațiuni limfocitare, care disociază lamelele mijlocii și profunde ale parenchinului cornean, pe care le distruge.

Această infiltrație are un caracter difuz, iar alteori un aspect nodular.

Noduli sunt uneori epiteloizi, conțin celule gigante, fără bacili Koch și nu prezintă nici odată stare de cazeificare.

Infiltratul limfocitar trece la periferia corneei, în sistemul reticular sclero-cornean, iar de aci în iris, corpul ciliar și chiar partea anterioară a coroidei.

În faza de vascularizație se constată invadarea parenchimului cornean, de vase neofornate.

Acestea aduc cu ele un țesut conjunctiv, care contribuie la sclerozarea corneei.

În faza finală se observă apariția unui țesut fibros, fasciculat care ia locul lamelor corneene distruse prin procesul infiltrativ și contribuie la formarea cicatricelor opace corneene — Prof. Dr. Mihail.

DIAGNOSTIC.

Cheratita parenchimatoasă trebuie diferențiată în faza sa incipientă, de cherato-conjunctivita flictenulară, de care se deosebește prin evoluția mai rapidă a acesteia și prin vindecarea sa completă, printr'un tratament antiflictenular.

În faza de infiltrație, keratita parenchimatoasă trebuie diferențiată de ulcerul cornean și de leucomă.

Deasemeni trebuie diferențiată în această fază, de keratita parenchimatoasă superficială, ale cărei leziuni sunt superficiale și proeminente la suprafața corneei și cu precipitatele de descemetită ale irido-ciclitelor, care sunt așezate profund și au o dispoziție triunghiulară.

În faza de vascularizare, keratita parenchimatoasă trebuie diferențiată de Panus, ale cărui vase sunt însă superficiale, cu o origine conjunctivală și o dispoziție arborescentă, spre deosebire de vasele keratitei parenchimatoase care sunt profunde și au o origine ciliară și sunt dispuse în smocuri.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIC.

Diagnosticul etiologic al keratitei parenchim. se face ținând seama de antecedentele bolnavului, de stigmatete heredo-sifilitice și de R. W.

Studiul antecedentelor arată că în familia bolnavilor cu keratită parenchim. există o mortalitate accentuată, avorturi, nașteri premature, tot atâtea semne care evidențiază o infecție sifilitică.

Stigmatetele heredo-sifilitice.

În afară de semnele triadei lui Hutchinson, bolnavii cu keratită parenchim. prezintă și alte determinări heredo-sifilitice,

cum sunt spre exemplu: hidrartrozele, înfundarea nasului, frunte olimpiacă, bolta palatină ogivală, alterațiuni ale limbei, răs-gade în jurul buzelor.

Dintre toate aceste determinări, hidrartroza genunchiului este cea mai importantă.

Cantonnet susține chiar că acest simptom este mai frecvent decât surditatea și nu are nimic comun cu alterațiile sifilisului câștigat.

Clutton pe 11 cazuri de hidrartroză heredo-sifilitică, găsește de 10 ori cherațită parenchimatoasă, de 5 ori dinți Hutchinsonson, de 4 ori exostoze tibiale și numai de 2 ori surditate.

Jaquen, Sancel, Metoyer și alții, au insistat mult asupra co-existenței cherațitei parenchimatoase cu hidrartroza.

Puech pe 27 de cazuri de cherațită-parenchimatoasă, găsește 1) cazuri cu hidrartroză, pe când surditatea nu o găsește decât o singură dată.

Artropatia este indolentă și de aceia trece complet neobservată, încât căutarea ei sistematică se impune.

PROGNOSTICUL CHERATITEI PARENCHIMATOASE.

Este foarte serios. Ocular, cherațita parenchim. provoacă o scădere apreciabilă a acuității vizuale, care este cu atât mai accentuată, cu cât infiltrația se vascularizează mai intens, cu cât afecțiunea prezintă complicații și cu cât starea generală a bolnavului este mai defectuoasă.

Tratamentul cherațitei parenchimatoase.

Tratamentul trebuie să fie preventiv și curativ.

TRATAMENTUL PREVENTIV.

Constă în administrarea tratamentului antisifilitic părinților și în special mamei și administrarea aceluiași tratament sugacilor.

Hochsinger, a arătat că tratamentul sifilisului instituit în prima perioadă a vieții, înlătură stigmatizarea și distrofierea descendenței infectate.

TRATAMENTUL CURATIV

I. Local și II. general.

I. TRATAMENTUL LOCAL.

Variază în raport cu fazele evolutive ale afecțiunii.

În perioada de progresiune, dăm ochelari fumurii, recomandăm șederea în cameră luminată difuz.

Se vor evita toate cauzele iritative locale, care exagerează reacția inflamatorică oculară.

Rezorbția o favorizăm prin aplicarea de căldură sub toate formele și a pompezilor limfagoge (dionină 2%).

Contra spasmului irian și pentru a combate complicațiile irido-ciliare, se va administra atropină.

II. TRATAMENTUL GENERAL.

Constă în administrarea sărurilor de mercur, arsenic și bismut.

Acest tratament va fi un tratament cronic intermitent și va fi asociat cu un tratament reborant (siropuri, iodotanic, de iodură de fier, untură de pește etc.).

FRECVENȚA CHERATITEI PARENCHIMATOASE ÎN CLINICA OFTALMOLOGICĂ DIN CLUJ.

Într-o teză foarte interesantă, făcută în serviciul clinicii oftalmologice din Cluj, în cursul acestui an, D-na Alexandra Corbeanu Unghreanu, ocupându-se de sifilisul ocular în clinica Oftalmologică din Cluj, găsește că „cea mai frecventă afecțiune oculară cu etiologia sifilitică, este cheratita parenchimotoasă, care printre afecțiunile sifilitice ocupă primul loc (43.87%), iar în ordine descrescândă urmează: iritele sifilitice (6.75%), nevritele optice (6.48%), irido-ciclitele (5.13% etc.).

De la 1 Octombrie 1919 până la 1 Iulie 1928, au fost intermede în această clinică 165 de cazuri de cheratită parenchimotoasă, care repartizate după ani, se pot grupa astfel (v. Tabloa).

Anul	No. cazurilor
1919 (2 luni)	4
1920	15
1921	18
1922	18
1923	25
1924	26
1925	20
1926	20
1927	17
1928 (1/2 an)	12
TOTAL	165 cazuri

În raport cu numărul total al bolnavilor tratați în această clinică, în tot acest interval (6630), cheratita parenchimatoasă reprezintă 2.50% din afecțiunile oculare.

În ceea ce privește vârsta, după cercetările lui Vancea, cheratita parenchimatoasă se poate observa la orice vârstă, mai frecventă este însă între 5—20 ani (67.48%).

În lucrarea sa, Vancea, dă o statistică pe care o compară cu una dintre cele mai mari statistici în materie de cheratită parenchimatoasă, aceea a lui Greeff și cu care concordă în totul, statistică pe care o reproduc în continuare.

Vârsta	Vancea		Greeff	
	No. cazuri	Procent	No. cazuri	Procent
Sub 1 an	1		—	—
dela 1—5 ani	6	5.69%	26	9.52%
„ 6—10 „	29	67.48%	53	68.13%
„ 11—15 „	35		63	
„ 16—20 „	19		70	
„ 21—25 „	14		27	
„ 26—30 „	12	26.82%	20	24.54%
„ 31—40 „	6		20	
„ 41—50 ū	1		—	
TOTAL	123		279	

În cele ce urmează voi da cu titlu demonstrativ câteva observațiuni de cheratită parenchimatoasă, după care voi trage concluziile ce se degajează din acest studiu.

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ: No. 1.

CHERATITA PARENCHIMATOASĂ BILATERALĂ.

Tratament. Ameliorare.

C. A. de 5 ani, intră în serviciul clinicei oftalm. în Noembrie 1919, cu cheratită parenchimotoasă bilaterală.

Boula debutase cu 2 luni mai înainte prin fenomene acute, inflamatorii; fotofobie, lăcrămare și dureri oculare.

In antecedentele bolnavei nu găsim nimic deosebit în afară de faptul, că de la naștere este mereu slăbuță, anemică, fără voioșie și tot bolnăvicioasă.

Mama bolnavei, deși sănătoasă, a avut trei avorturi anterioare.

Tatăl, nu prezintă nimic important în antecedente.

La examenul general al bolnavei se constată că: este debilă, prezintă ragade în jurul gurei, ure un aer de îmbătrânită, dinți tip Hutchinson și nasul în șea.

R. W. în sânge, intens pozitivă.

Ocular, bolnava prezintă la ambii ochi o cheratită parenchimotoasă tipică, în faza de vascularizație.

Tratamentul general, cu biiodură de Hgr. și Neosalvarsan.

Tratamentul local cu: pomadă cu dionină, atropină și picături fierbinți.

După 52 de zile de ospitalizare, iese din serviciu mult ameliorată.

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ No. 2.

*Cheratită parenchimotoasă Ao.**Tratament. Ameliorare.*

Cheratită parenchimotoasă Ao. Tratament. Ameliorare.

E. G. de 11 ani, intră în serviciul clinicei oftalm. din Cluj în Mai 1920, cu cheratită parenchimotoasă la Ao.

Afecțiunea datează de vreo trei săptămâni și a început mai întâi la O. D. și apoi la cel stâng.

In antecedentele personale, nimic deosebit.

Părinții trăesc și suni sănătoși.

Mama nu a avut avorturi anterioare.

Doi frați ai bolnavei au murit, însă în mica copilărie.

La examenul general al bolnavei, se constată stigmathe heredo-sifilitice: dinți tip Hutchinson, nas în șea, frunte olimpiantă, etc.

R. W. în sânge, intens pozitivă.

Ocular, se constată o cheratită parenchimat, tipică, în fază de infiltrație, însoțită de fenomene obiective foarte pronunțate.

Tratament general cu săruri mercuriale și arsenicale și local cu: picături de fierbinți, pomadă cu dionină și atropină.

După două luni de ospitalizare, bolnava părăsește serviciul, mult ameliorată.

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ No. 3.

Cheratită parenchimotoasă bilaterală.

Tratament. Ameliorare.

I. R. de 10 ani, intră în cursul lunii Iunie 1920, în serviciul clinicii Oftalmologie din Cluj, cu cheratită parenchimotoasă la O. D.

Afecțiunea a debutat prin fenomene subiective foarte accentuate, mai înainte cu cinci zile, O. S., fiind complet sănătos.

Este internată în clinică, unde i s'a instituit un tratament antisifilitic cronic și după cinci săptămâni de la primire, în plus tratament, afecțiunea isbucnește și la O. D.

La examenul general, bolnava nu prezintă nici un stigmat de heredo-sifilis, era însă slabută și anemică.

R. W. în sânge, intens pozitivă.

Părăsește clinica după cinci luni, vindecată la O. D. și mult ameliorat la O. S.

FOAIE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ No. 4.

Cheratită parenchimotoasă O. S. — Atrofia globului ocular dr. —

Tratament. Vindecare.

L. I. de 12 ani, intră în cursul lunii Iulie 1921 în serviciul clinicii oftalmologice din Cluj, pentru o afecțiune a O. S.

Boala a debutat trei săptămâni mai înainte, prin fenomene subiective foarte accentuate: fotofobie, lăcrămare și dureri oculare.

Cu O. D. nu vedea din mica copilărie.

Antecedente personale, nimic deosebit.

Părinții trăesc. Mama a avut un avort, iar bolnavul din punct de vedere general, se prezintă bine dezvoltat, fără alte semne de sifilis hereditar, în afară de dinți tip Hutchinson.

R. W. în sânge, intens pozitivă.

Ocular, se constată o cheralită parenchimatooasă tipică la O. S. în faza de infiltrație.

I se institue un tratament antisifilitic cronic, cu săruri arsenicale și de mercur și după o ospitalizare de trei luni, părăsește serviciul vindecat (v. 5-70).

FOAE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ. No. 5.

Cheralită parenchimatooasă A. O.

Tratament. Vindecare.

S. T. de 9 ani, intră la 8 Februarie 1922 în serviciul clinicii Oftalmologice din Cluj, cu cheralită parenchimatooasă la A. O.

Boala datează de 7 săptămâni.

In antecedentele personale ale bolnavului nu găsim nimic deosebit, în schimb, antecedentele hereditare sunt foarte încărcate.

Tatăl bolnavei a fost internat într-o clinică dermatologică la B.-Pesta, cu sifilis secundar și asta a fost înainte de a se căsători.

Mama a avut cinci nașteri la termen, însă dintre copii au murit patru în prima copilărie.

Examenul general, a arătat că copilul este slab dezvoltat, anemic, fără semne de heredo-sifilis.

R. W. în sânge, intens pozitivă.

Ocular, prezintă o cheralită parenchimatooasă în sector, în faza de infiltrație.

Tratamentul antisifilitic instituit cu săruri de mercuri și arsenic, iar după două luni de ospitalizare, bolnavul părăsește clinica vindecat.

FOAE DE OBSERVAȚIE CLINICĂ. No. 6.

Cheralita parenchimatooasă O. D.

Tratament. — Vindecare.

S. A. de 11 ani, intră în luna Mai 1922 în clinica Oftalmologică din Cluj, pentru o cheralită parenchimatooasă la O. D.

Boala datează de vreo trei săptămâni și a început cu: fotofobie, lăcrămare și dureri oculare.

In antecedentele personale nimic deosebit.

In antecedentele părinților, găsim că mama a mai avut copii, dar că unul a murit în prima copilărie și a avut și două avorturi spontane.

La examenul general se constată dinți tip Hutchinson și nas în șca.

R. W. în sânge, intens pozitivă.

Ocular; se constată o cheratită parenchim. în faza de infiltrație.

După o ospitalizare de 5 săptămâni, bolnava părăsește clinica, urmând să-și continue acasă un tratament și local și general.

Din expunerea sumară a acestor cazuri pe care le dau mai mult cu titlu documentativ, rezultă că în cheratita parenchimatooasă există semne sigure de sifilis hereditar și o reacție Wasserman pozitivă, care evidențiază specificitatea acestei afecțiuni.

Acest fapt ne face să privim cheratita parenchimatooasă ca o afecțiune sigur, sifilitică și prin urmare să o tratăm în consecință, fără însă a uita faptul că tratamentul nostru, chiar dacă nu ajută efectiv la vindecarea afecțiunii oculare, totuși pune organismul în situația de a nu mai face alte determinări sifilitice, în alte organe.

Concluziile, care se degaja din studiul nostru, sunt deci următoarele :

CONCLUZII.

I. Cheratita parenchimatooasă este cea mai frecventă dintre afecțiunile sifilitice oculare (43.78%).

II. În majoritatea cazurilor ea este de origine heredo-sifilitică, reprezentând (91.78%).

III. R. W. în cheratita parenchimatooasă este pozitivă (88.61 %).

IV. Stigmate heredo sifilitice se întâlnesc la bolnavi cu cheratită parenchimatooasă, în proporție de (82.11%).

V. Cheratita parenchimatooasă se întâlnește mai des la sexul feminin.

VI. În raport cu ocupația se poate spune că sifilisul ocular interesează deopotrivă toate clasele sociale.

VII. Cheratita parenchimatooasă apare mai frecvent între 5—20 ani (67.48 %).

Văzulă și bună de imprimat.

Décan: _____ Președinte:

Prof. Dr. C. TĂTARU.

Prof. Dr. D. MIHAIL.

Bibliografie.

- Abadie* : Societ. fr. d'opht. 1884.
Barthélémy : Contes rendus du 12-em congr. internat. 1897
Moscova.
Beauvieux : Arch. d'opht. 1910.
Bertarelli : Giorn. ital. dei mal. Vener. 1907.
Brüning : Citat după Gougerot L'oeuvre med. chir. No. 71.
Cantonnet : Causeri d'optalmologie, Paris, 1924.
Clutton : Citat după Cantonnet.
Desmares : Thèse de Doctorat, Paris.
Davidson : Ophth. Hosp. Ref. 1871.
Edmond Fournier : Siphilis hereditair de l'enfance, Paris,
1925.
Fordyce : Anal. des malad. Venerienes. Paris, 1916.
Fournier : Le syphilis hereditaire tradive, f. 123.
Fuchs : Lehrbuch der Augenheilk.
Gulligo : Annales d'oculistique, t. LXIII, p. 183.
Gaucher et Glower : Anal. des malad. Vener. 1908.
Giraud Tenlon : Soc. de chirurg. Paris, 1871.
Gouven : Dermatol. Zeitschr. 1910.
Greef și Clausen : Deutsche Med. Woch. 1906.
Hutchinson : Clinical memorial on certain dise asc of the
eye and lar consequent of inherited siphilis, 1853.
Hallen : Citat după Morax.
Hulinel : Le terrain herrado siphilitique. Paris, 1926.
Igersheimer : Siphilis und Auge. 1918.
Igersheimer : Arch. d'apht. 1910.
Jaquen : Citat după Contonnet.
Jaquet et Barré : Bul. med. de la Soc. med. des Hepit. 1909.
Jeanselm și Morax : Ann. d'oculistique 1898.
Krais și Volk : Viener Kl. Woch. 1905.

- Krukow* : Citat după Morax.
Lucrance : Citat după Morax.
Liegard : și *Offret* : Ann. d'oculistique, 1912.
Loukaetis : Thèse de Paris.
Magni : Clin. di. Bologna, 1864.
Melayer : Citat după Cantonnet.
Mouradlian : Ann. d'oculistique, 1912.
Mezinescu : Deutsche med. Wochenschr. 1910.
Milian și Roussel : Progres médical, 1909.
Mezinescu : Loco citat.
Morax : Citat după Terrien : Sémologie oculaire.
Meyer : Citat după Morax.
Parinaud : Archiv. générale de Medicine, 1883.
Panos : Societ. fr. de chirurgie, 1871, Paris.
Parinaud : Progres médical, 1880.
Parinaud : Citat după Ginesfous.
Panch : Citat după Cantonnet.
Parodi : Zentralbl. f. Bakteriöl. 1906.
Stanley : Med. Times, 575.
Sabrazes et Deperière : Compte rendu de la Soc. de biolög. Paris, 1908.
Sancel : Citat după Cantonnet.
Silberspiel : Citat după Igerschimer (Syphilis und Auge).
Schullze : Citat după Morax.
Taylor : Citat după Morax.
Trosseau : Societ. Franc. d'opht. 1887.
Terrien : Societ. fr. d'optalmol. 1901.
Terrien : Sémologie oculaire. Paris, 1925.
Terrien : Loco cit. No. 40.
Velpeau : Traité de maladies des jeux, Paris, 1840.
Von Hippel : Arch. d'opht. vol. XXXIX.
Vieceuz : Klin. Monatsbl. f. Aug. 1924.
Vère : Thèse de doctorat, Paris.
Watson : Ophth. Hosp. Reports, 1863.
Wagenmann : Citat după Morax.
Wiman : Arch. f. Dermat. 1908.
Wiman : Loco cit. No. 41.

