

**GLAUCOMUL
PRIMITIV ȘI SECUNDAR
IN CLINICA OFTALMOLOGICA DIN CLUJ**

(INTRE ANI 1918 ȘI 1938 INCLUSIV)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 9 NOV. 1939.

DE
FLAVIU SEVER HANDREA

No. 1498.

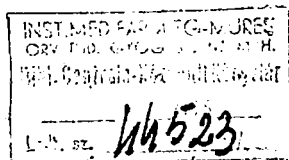
**GLAUCOMUL
PRIMITIV ȘI SECUNDAR
IN CLINICA OFTALMOLOGICA DIN CLUJ**

(INTRE ANI 1918 ȘI 1938 INCLUSIV)



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 9 NOV. 1939.

DE
FLAVIU SEVER HANDREA



24 MAY 2005

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

Decan : D-nul Prof. I. Drăgoiu

Profesori :

Clinica stomatologică.....	Prof. Dr.	Aleman I.
Bacteriologie	„ „	Baront V.
Fiziologia umană	„ „	Benetato G.
Fizică medicală	conf.	Bă-bulescu N.
Istoria medicinei	Prof.	Boloa V.
Patologia generală și experimentală	„ „	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „	Buzolanu Gh.
Istologia și embriologia umană	„ „	Drăgoiu I.
Semiologia medicală	„ „	Gota I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „	Griqortu C.
Clinica medicală	„ „	Hașteganu I.
Medicina legală	„ „	Kernbach M.
Clinica oftalmologică	„ „	Michall D.
Clinica neurologică	„ „	Minea I.
Igiena și Igiena socială	„ „	conf. Zolog.
Chimia biologică	„ „	Manta I.
Radiologia medicală	„ „	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „	Papilian V.
Clinica chirurgicală)	„ „	Pop A.
Medicina operatoare)	„ „	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă.....	„ „	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia supl.....	„ „	Sturza M.
Balneologia.....	Prof.	Secăreanu S.
Chimia medicală	„ „	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	„ „	Teposu E.
Clinica urologică	„ „	Urechia C.
Clinica psihiatrică.....	„ „	Vasiltu Titu
Anatomia patologică	„ „	Racoviță E.
Biologia generală	„ „	

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : D-l Profesor Dr. Michall D.

Membrii: { „ „ „ I. Haștegan
 „ „ „ Alex. Pop.
 „ „ „ Popovici Gh.
 „ „ „ Benetato G.

Supleant : D-l Docent Dr. Vancea.

PĂRINȚILOR MEI

*ȘI CELOR CE M'AU AJUTAT
LA PROMOVARE IN VIAȚĂ !*





INTRODUCERE .

Având în vedere că substratul acestei teze constituie mai mult un studiu statistic asupra cazurilor de glaucom tratate în clinica Oftalmologică în decurs de 21 ani, adică între anii 1918 și 1938, voi da puține date și un studiu puțin aprofundat asupra; etiologiei, patogeniei, naturii glaucomului, diagnosticului și prognosticului precum și tratamentului indicat în această afecțiune, urmând ca datele necesare asupra acestor puncte și în general a glaucomului să fie luate din tratate de specialitate.

În ce privește statistica, glaucomului tratat în clinica oftalmologică, nu ne poate da date absolute asupra acestei boli în ce privește frecvența ei în anumite regiuni și nici asupra cazurilor din Cluj, Județul Cluj sau a regiunilor mai apropiate, deoarece Clujul este un centru ce dispune de multe alte stabilimente medicale și de medici oftamologi specialiști, cari la rândul lor au absorbit o mare dintre bolnavii cu glaucom. Cazurile tratate la clinica oftalmologică ne vor putea elucida asupra rezultatelor terapeutice și asupra raportului dintre glaucom și cellalte boli tratate și internate în clinica noastră.

Impărțirea glaucomului.

după școală franceză și cea germană.

Franceză : (vezi Lagrange : Glaucome et Hipotonie)

- I. Glaucom Adevărat (primitiv)
- Glaucom prodromic.
 - Glaucom cronic simplu cu hipertensiune intermitentă.
 - Glaucom cronic cu hipertensiune constantă.
 - Glaucom iritativ.
 - Glaucom acut.

- II. Glaucom fals (secundar)
- Glaucom infantil.
 - Glaucom traumatic.
 - Glaucom consecutiv tumorilor.
 - Glaucom secundar afecțiunilor segmentului anterior și iritelor cronice cu sec-luzie pupilară.

Germană : (vezi F. Schieck und A. Bruckner : Kurzer Handbuch des Ophthalmologie)

- I. Glaucom primitiv (adevărat)
- Glaucom acut inflamator.
 - Glaucom cronic simplu.
 - Glaucom cronic inflamator.
 - Glaucom absolut și degenerativ.

- Glauc. sec. în afecț. ale corneei.
- Glauc. sec. în afecț. ale irisului.
- Glauc. sec. în afecț. și deplasări ale irisului.

- II. Glaucom secundar (fals)
- Glauc. sec. în afecț. ale vaselor.
 - Glauc. sec. în tumori intraoculare.
 - Glauc. sec. consecutiv contuziunilor oculare.
 - Glauc. sec. consecutiv stazei venoase orbitare.
 - Glauc. sec. la noi născuți în urma schimbărilor intrauterine (congenital.)

III. Idroftalmie, Buftalmie.

GLAUCOMUL.

Trecerea lichidului intraocular dinapoi înainte și a excrețiilor la nivelul unghiului lui Fontana, își găsește consacrația în toate faptele patologice; atât timp cât jghiabul lui Fontana este închis, atât timp cât o îngroșare cronică a conjunctivei vine să suprimă ochiurile celulare ale regiunii limbului, excrețiunea nu se face mai mult și ochiul devine dur.

Nu trebuie considerat glaucomul sinonim cu ochiul hipertensiv deoarece în clinică există adevărate (primitive) și false (secundare) glaucome. Glaucomelor false (secundare) le corespunde ochiul atins de hipertensiune secundară în urma unor irite, traumatisme, corpuri steine intraoculare, tumorilor etc.

Ca definiție după Lagrange; „glaucomul este o distrofie a globului ocular caracterizată anatomic prin degeneraვენță vasculară și nervoasă, iar clinic, prin hipertensiune”. Așa s'ar prezenta glaucomul adevărat (primitiv), care netratat duce bolnavul la cecitate.

Ochiul atins de glaucom nu este numai hipertonic, este înainte de toate un ochi bolnav, este un ochi sclerozat, distrofic, în care nutriția nu se face regulat și turburările de care acest ochi este atins merg mână în mână cu turburările asemănătoare în restul economiei organismului.

Glaucomatosul este un brighitic, un cardiac, sau un calculos, aproape întotdeauna un artritic și un hipertensiv arterial. Un rol șters îl joacă și emoțiile și influența sistemului nervos, cari în cazuri rare pot lua un rol preponderant. Emonctorii naturali funcționează rău, toxinele ce ar trebui eliminate rămân în torrentul circulator și prin acțiunea lor vasoconstrictivă sau vasodilatatorie excită nervul trigemen și simpatic, turburând circulația până intratăta încât produc o abundență excesivă în secreția lichidului intraocular. Aceste lichide astfel transudate ori secrete nu mai sunt normale, ele sunt accidental introduse în ochi și cu greu ies pe căile naturale de excreție ale ochiului.

În general ochiul este bolnav, vasele nu mai au suplețea lor naturală, sângele bolnavului e viciat pentru că emonctorii sunt imperfecti iar sistemul nervos otrăvit prin aceste toxine; de aici rezultă turburări de circulație ce se acompaniază de un edem acut sau cronic al țesutului vitros și a întregului tract uveal, lichidul se varsă în spațiile lui Schwalbe, căile de excreție

se astupă, corpul vitros se mărește de volum, hipertensiunea este prezentă, în timp ce se stabilesc un mare număr de leziuni anatomice, dintre cari cele mai interesante sunt cele ale papilei.

În acest ochi bolnav se produc 2 fenomene principale; hipertensiunea și turburările trofice, în particular la nivelul extremității anterioare a nervului optic. Din aceste burburări de ordin fiziologic și anatomic, decurg toate simptomele glaucomului cu prognosticul lor grav și chiar fatal. Glaucomul adevărat (primitiv) este prezent prin; crize de ceață, inele colorate, dispreția câmpului vizual nazal, apariția scotoamelor, pierderea precoce a simțului luminos diferențial, conservarea relativă a vizunii centrale și a simțului luminos absolut, persistența prelungită a simțului cromatic — mersul afecțiunii, patogenia sa, bunele rezultate ordinare și marele eșecuri ale metodei fistulizante, toate se explică evident pentru cine cunoaște turburările secretorii inițiale, dificultățile consecutive excrețiunii și leziunile papilare speciale ale nervului optic.

Glaucomul primitiv (adevărat).

Patogena. Dacă am trece în revistă toate teoriile cari au fost enumerate pentru explicarea hipertensiunii, a-și eși din cadrul unei simple teze, — totuși voiu aminti în trecere: a) Teoriile inflamatorii, b) teoriile secretorii active, c) teoriile retenției anterioare sau posterioare, d) teoria distrofică și vasculară, e) teoria sclerală etc.

Cei trei oameni, care au lucrit mai mult în această direcție și cărora se datorește cunoașterea amplă a glaucomului au fost; Donders, Knies și Schnabel.

Î. Ipersecreția — Cazele sale. —

Marea sau mica cantitate de lichid în ochiu depinde peste tot de funcționarea glandei umorului apos. După Mawas în explicarea mecanismului secrețional sau admis două perioade: una anatomică și alta fiziologică, iar Lagrange adaugă în plus o perioadă patologică.

Mawas ne pune în vedere indentitate structurală a epiteliului ciliar cu cel al retinei, în anumite părți prezența unor straturi în care cel cu celule clare prezintă o funcțiune secretorie.

După Boucheron retina ciliară și epiteliul posterior al irisului secretă umorul apos. Tot după el umorul apos nu este indentic cu limfa, deoarece ea posedă proprietăți de distrucție a globulelor albe, de a emulsiona fibrele cristaliniene și de a altera profund elementele celulare ale corneei.

După Lagrange în stări patologice. la nivelul corpului ciliar în sarcina părții ciliare retiniene, se formează; adenome, epitelome intracanaliculare și carcinome alveolare. Toate aceste neo-

formațiuni sunt semnele unei glande funcționale în acea regiune.

Bonnefon stabilește, că tensiunea intraoculară nu depinde direct de variațiunile fluxului sanghin ci de masa de lichid aflătoare în interiorul globului ocular. Această masă de lichid se produce încet când tensiunea scade și se oprește prin compresiunea venelor ce aduc sânge venos la nivelul corpului ciliar. Lucrările lui Bonnefon par să demonstreze evident cei doi factori ce iau parte la formarea glaucomului: 1. umorul apos este alungat încet prin efectul mecanic al unei compresiuni artificiale 2. acest umor apos este produsul glandular a corpului ciliar. Aceste date au fost demonstrate prin numeroase experiențe.

Tonusul ocular este independent de umplerea sașghină intraoculară, el depinde de umplerea camerei ochiului prin umoarea apoasă și imbibarea corpului vitros.

În mecanismul secreției umorului apos, sistemul nervos prezintă aceeași sarcină ca și în secreția altor glande. O congestie a vaselor snguine glandulare va aduce un aport mai mare de secreție. Prin excitarea simpaticului secrețiunea crește, consecutiv și tensiunea intraoculară, iar prin rezecția lui sau oboseală, tensiunea scade. Tot în lumina acestor fapte se explică și acțiunea hipertensivă oculară a atropinei și ipotensivă a ezerinei.

Turburări în organism cari duc la excitarea simpaticului, vor provoca apariția glaucomului. Glandele endocrine prin hormonii lor pot să acționeze în aceeași direcție. În această privință acțiunea simpaticotonică a adrenalinei este binecunoscută, de asemenea a hormonilor tiro-paratiroidieni. Ca bază a temperamentului, glaucomatoșii, pot fi clasați printre iperperneurotonici, după Donders.

În General se admite existența fenomenelor ipersecretoice de origine norvoasă, legate în cea mai mare parte de starea generală a bolnavului. Excitația continuă nervoasă poate să fină de oboseala continuă a unei acomodări surmenate, sau consecința unei emoțiuni vii, supărare mare, sau un stadiu nervos congenital ori câștigat.

În cazurile în care afluxul de lichid se produce într'un ochiu tânăr, extensibil, când căile de drenare sunt încă foarte permelabile, criza glaucomatoasă este ușoară și pasegeră. Dacă însă criza se repetă sau individul este în etate, când sclerotica nu mai este așa de simplă, ochiul se scapă cu greu de lichidul ce-l jenează. stabilindu-se la nivelul unghiului de filtrație leziuni cari, ipersecreției, mai adaugă un proces de excreție foarte lent.

II. Ipoescreția — Cauzele sale —

Mai de vreme sau mai târziu fenomenului de ipersecreție se adaugă cu timpul și iposecreția. În mecanismul ei se pot observa cum diferite resturi de origine variabilă se pot depune în unghiul de filtrație. Aceste resturi nu astupă complet jghea-

bul lui Fontana dar constituie un obstacol serios scurgerii lichidului către canalul lui Schlem și ochiurile limfatice peri-limbice. Datorită acestor resturi (pulbere) prin luminația laterală a lui Gutlstrand se poate diagnostica precoce un glaucom.

Acestui stadiu de astupare parțială prin resturile pulberoase îi urmează stadiile de sutură ale lui Knies și în fine o ștergere completă a jgheabului lui Fontana și astfel excreția este abolită complet la nivelul unghiului de filtrație, ducând în mare măsură la ridicarea tensiunii intraoculare glaucomatoase. În cazuri de sutură completă a unghiului de filtrație, excreția lichidelor intraoculare este imperfectă și ne îndestulătoare, pentru care fapt intervin tecile vaselor vorticoase și teaca vaginală a nervului optic, cari în aceste condiții îndeplinesc rolul căilor de excreție accesorii și astfel pot veni în ajutorul ochiului glaucomatos. După cum am văzut, la tineri, sclerotica se poate destinde diminuând prin acest fapt tensiunea intraoculară, însă în ambele cazuri mersul spre cecitate nu este oprit, în mod evident. În general căile de excreție accesorii sunt de un slab ajutor iar sclerotica prin rigiditatea sa poate fi însă o cauză a glaucomului, după Boccus și Cusco. Unii autori admit că lichidul intraocular este adus de capilarele arteriale iar surplusul la nevoie ar putea fi reprimat de capilarele venoase, ceiace e cu totul fals.

III. Turburări trofice — importanța lor.

Turburările trofice cu repercursiune asupra vaselor și a nervului optic vin să întregesc tabloul morbind și să adauge într-o oarecare măsură variabilă de altfel și adesea moderată, turburări noi față de cele ale hipertensiunii, ea însăși și consecința ipersecreției și iposecreției intraoculare. Acestor turburări li se atribuie cel mai însemnat rol în producerea excavației papilare.

a) Excavațiile cele mai însemnate survin mai frecvent la bolnavii glaucomatoși cronici cu hipertensiune moderată, în timp ce la glaucomatoșii adevărați (primitivi) și acuzi precum și la destui ochi hipertensivi, nu se găsește nici o excavație papilară.

b) Sunt papile cari se excavează pe lângă o tensiune normală (excavația senilă a papilei) și în aceste cazuri e vorba de o consecință a degenerescenței nervului optic.

c) Ochiul supus unei presiuni mari se rupturează la nivelul segmentului anterior, în regiunea intercalară, uneori la ecvator, și nu cedează nici odată la nivelul intrării nervului optic în ochiu. Regiunea papilară în mod particular e foarte rezistentă.

Papila se excavează în regulă generală din două motive ; în primul rând este comprimată și în al doilea fiindcă e bolnavă (degenerescență). Tot acești factori explică cu ușurință localizarea scotoamelor interne (câmpul vizual nazal) și a scotoamelor paracentrale.

Forma cronică a excavației și felul în care se dezvoltă prin degenerări nervoase peri-vasculare și formarea de lacune, țin un-

loc important în patogenia și nosogenia simptomelor adevăratului glaucom (primitiv).

În ceiace privește leziunile nervului optic ne face să înțelegem foarte bine ceiace se întâmplă în câpul vizual și în sensibilitatea retiniană a glaucomatosului.

Dintre cei trei autori amintiți; Donders a elucidat ipersecreția activă și pasivă ce se produce în ochiu, Knies retenția lichidelor intraoculare, iar Schnabel degenerescența arterială și nervoasă ce domină anatomia patologică a glaucomatosului. În afară de asta tot ei au preconizat metoda fistulizantă ca cea mai bună în tratamentul glaucomului.

Mai sunt o sumedenie de alți autori cari au adus și ei dar un aport mai mic în cunoașterea glaucomului.

Etiologia glaucomului. Printre cauzele ce predispun la glaucom în primul rând se poate enumera, constituția nervoasă și emoțională. În al doilea rând se enumeră defectele oculare, printre acestea sunt; defectele de refracție ce pot declanșa un spasm ciliar și congestia de vecinătate, ipermetropii cu ochii mici și cristalinul mare, cei în vârstă a căror sclerotică este rigidă și căile de excreție fără sulețe, cei cu reumatism, sifiliticii, tabagicii, intoxicații, cari foarte ușor fac o scleroză arterială și degenerescență peri-vasculară în țesuturile, astfel rău nutrite. Tot așa poate surveni la indivizii preocupați, surmenați, și congestionați printr'un regim alimentar excesiv și de petreceri. Cu aceiași frecvență survine la excitați și nevropați.

Natura glaucomului. După cum am văzut glaucomatosul e un nervos și se poate zice mai mult sau mai puțin după grade variind dela 1 la 100, că tot glaucomatosul este un nevropat. Nu trebuie să fie numai decât un nevropat, ajunge o excitație nervoasă ce provoacă nevroza secretorie a lui Dondres și consecutiv un puseu de glaucom, fără ca unghiul de filtrație să fie interesat anatomic.

Glaucomatosul este aproape întotdeauna un sclerosat arterial, un nervos artritric, sau artritric nervos. Arterele bolnave ale papilei nu mai nutresc nervul optic în consecință papila va degenera și se va escava.

Ca încheiere a acestor capitole putem spune despre glaucomul adevărat (primitiv), că este o distrofie a ochiului caracterizată anatomiceste prin degenerescență vasculară și nervoasă, iar cliniceste prin hipertensiune datorită unei ipersecrețiuni ce e urmată la rândul de o iposecreție.

Glaucomul secundar (fals-ochi duri).

Se așază în acest cadru, hipertensiunile oculare ce sunt datorite inflamațiilor membranelor profunde, leziunilor segmentului anterior a ochiului iritelor cronice, stafilomelor corneei, traumatismelor globului ocular cu sau fără luxația cristalinului,

cu sau fără corpi streini și cu prezența tumorilor intraoculare.

După natura acestor leziuni întâlnim glaucome; infantile, traumatice, consecutiv tumorilor, secundar unor afecțiuni a segmentului anterior iritelor cronice cu secluzie pupilară.

Acești bolnavi au un tonus ocular ridicat și a cărui patogenie e foarte ușor de explicat.

În glaucomul infantil este vorba de o inflamație generală, specifică membranelor profunde, ceiace arată diferența, separând buftalmia de glaucomul adevărat (primitiv) ce nu e o afecțiune inflamatorie.

Deasemenea există un glaucom traumatic ce imită tabloul glaucomului adevărat (primitiv) și în care traumatismul nu este decât cauza accidentală și superficială, iar bolnavul poate fi un glaucomatos adevărat, care nu aștepta decât o ocazie pentru promovare. Traumatismele ochiului provoacă tensiune, sau deplasează cristalinul, făcându-l să cadă pe corpul ciliar.

Iritele aduc, în mod mecanic, o sporire a secrețiunii, totodată provocând inflamațiuni cronice ale membranelor profunde infectate prin agentul contondent sau prin pătrunderea corpurilor streini în ochi.

Tumorile produc fenomene de hipertensiune, ținând un loc important și provocând un alflux de lichid hipertensiv.

Stafilomele corneei cu leucomele aderente, trag irisul și regiunea ciliară producând astfel o iritație și slărșind prin o retenție de lichid intraoculară, în același timp ce unghiul de filtrație devine sters pe o întindere mai mică sau mai mare, promovată de tranșțiunea irisului spre cornee.

Iritele cronice aduc după sine defectul de comunicație între camera anterioară și posterioară nepermițând lichidelor intraoculare o filtrație unghiulară, prin o hipertensiune ce împiedecă excreția la nivelul jgheabului lui Fontana.

Acești bolnavi beneficiază foarte mult în urma metodelor decompresive.

Glaucomul adevărat (primitiv) și cel fals (secundar) diferă, foarte mult unul de celalalt în ce privește; etiologia, patogenia natura lor, simptomatologia și mersul afecțiunii.

Diagnostic și prognostic.

Stadiul general al glaucomatosului trebuie să fie obiectul unei atenții minuțioase, în special sistemul nervos trebuie bine cercetat. Deși rolul nervosismului nu predomină, decât în cazuri puține.

Glaucomatoșii trebuie priviți pe trei grupe; a) cei cu glaucom de origine nervoasă, b) cei cu glaucom de origine vasculară, c) și cei cu glaucom în același timp de origine circulatorie și nevropatică.

În aceste diverse grupe, formele cele mai grave o pre-

zintă cei în a căror substrat elementul nervos stă pe primul plan.

Alterațiunea vasculară predispune la emoragii intraoculare și turburări distrofice profunde.

Semne obiective din partea ochiului. Tonusul este foarte important, variația bruscă a tensiunii e un semn de gravitate. Tensiunea intraoculară are tendințe la urcare în urma emoțiilor. Stergerea camerei anterioare se datorește umflării corpului vitros sau producerii și vărsării de lichid în supra-coroidă, sau unei limfangite posterioare.

Suprimarea acomodatiei la un tânăr (se întâlnește rar) este un semn supărător în glaucom, deoarece ne arată că compresiunea mușchiului ciliar este foarte mare, și ar fi datorită unei tensiuni foarte mare cauzată de o limfangită a spațiului coroidian.

Aspectul papilei ne oferă un interes prin paloarea ei și care nu e în raport direct cu gravitatea excavației. Calibrul arterelor foarte important pentru evoluția alterațiilor locale.

Printre semnele grave de glaucom trebuie amintit și aspectul conjunctivei la nivelul regiunii pericheratice, la scleroși conjunctiva e friabilă, aderentă de limb, se destramă cu ușurință în caz când vrem să tăem un lambou necesar sclerectomiei. Cornea e deasemenea micșorată. În ce privește viciile de refracție, astigmatismul este prezent, sub forma inversă, în multe cazuri.

Semne subiective din partea ochiului. La acești bolnavi survin des obnuliții de lungă durată. Acuză frecvent vederea unor cercuri colorate diminuarea simțului luminos și se plâng de emeralopie. Simțul luminos diferențial este atins. În ce privește câmpul vizual se constată o strâmtare nasală și prezența scotoamelor paracentrale. Câmpul vizual este micșorat în porțiunea superioară și inferioară, la bază. Când strâmtarea câmpului vizual este puțin întinsă prognosticul este destul de favorabil, grav în caz contrar. Simțul cromatic al glaucomatosului este relativ conservat mai ales la început și se datorește integrității maculei. O dispariție a acestui simț ne indică, un mers agravant al afecțiunii.

Tratamentul glaucomului.

Tratamentul glaucomului se face în două sensuri: medical și chirurgical.

Tratament medical. Tratamentul medical în sinea lui cuprinde mai multe etape și cari pot fi aplicate după recerințe dela caz la caz.

a) *Trat. Optic.* O mare însemnătate, în producerea glaucomului o are după cum am văzut, oboseala, acomodativă. Pentru a preîntâmpina acest neajuns se folosesc cu succes len-

tilele corectoare. Astfel e indispensabil de a corecta ; impermetropia, astigmatismul, și prezbiția, la indivizi a căror substrat general artritic, gutos și nervos poate ușor predispuce la glaucom,

b) *Trat. Miotic.* Este foarte bine cunoscut rolul pe care-l pot juca mioticele în special pilocarpina și ezerina. Trebuie să deosebim rolul pe care îl pot avea la cei cu glaucom cu o hipertensiune constantă și mare și la cei cu o hipertensiune intermitentă și trecătoare. În primul caz aduce servicii foarte bune și trebuie prescrise la toți în faza incipientă controlând regulat acuitatea și câmpul vizual. Pilocarpina este socotită de panaceu deoarece nu produce iritația conjunctivei și nici congestia ochiului, oricât timp am întrebuința-o, spre deosebire de ezerină ce poate da naștere la irite.

c) *Trat. Mecanic.* Masajul este indicat de uni autori după sclerotomie și chiar după iridectomie. El se aplică asupra corneei având ca rezultat o respingere a umoarei apoase, o mărire a unghiului de filtrație, și o ușurare a excreției. Deasemeni este probabilă o degajare, a vaselor limfatice din jurul vaselor vorticoase, cu o scădere a tensiunii intraoculare. Totodată masajul împiedecă cicatrizarea prea de timpurie a căilor de drenare postoperatorii. Deasemeni trebuie considerat ca un permeabil al căilor naturale de excreție chiar înainte de operație și ca un promotor al o imuere și scădere de tensiune a ochiului, ca astfel să fie mai ușor accesibil operatorului.

d) *Tratament. galvanic.* Galvanizarea pozitivă de o intensitate a simpaticului cervical, au de efect, o scădere mare a tensiunii și fenomenelor dureroase, se pot chiar să dispară. De asemenea se obține o ameliorare considerabilă a acuității și a câmpului vizual.

Curenții de o înaltă tensiune au și ei tot un efect binefăcător, prin scăderea hipertensiunii generale și intraoculare.

e) *Medicațiunea generală* Atât oftalmologul, cât și chirurgul propriu zis, nu trebuie să uite rolul mare al medicațiunii în raport cu glaucomul, care creiază un ochiu distrofic. Nu trebuie să se uite că primul factor glaucomatos este constituțional și că se datorește unei constituții nervoase sau artritice, ori combinate. La un glaucomatos trebuie căutate afecțiunile organice cu repercursiune asupra lui și tratate în consecință.

Nu trebuie trecută cu vederea o medicațiune generală ipotensivă, cum ar fi cea cu clorură de calciu în doză de trei grame zilnic. Acestea sunt concepțiile în tratamentul medicamentos al glaucomatosului și care foarte des înlătură o agravare, produce o vindecare parțială adesea exclusând o intervenți chirurgicală.

Tratamentul chirurgical. — Tratamentul chirurgical cuprinde o serie de metode prin care se tinde la decompressionarea glob ocular, și la ameliorarea simptomelor subiective și obiective, pe

un termen mai scurt sau mai lung, până la retrocedarea în parte a fenomenelor morbide, deoarece de o vindecare completă, propriu zisă, nu poate fi vorba decât în fazele incipiente ale glaucomului când strâmtarea câmpului vizual este neinteresat.

Între aceste metode dintre cari unele au numai o importanță istorică, putem înșira în primul rând: *I. Operațiile extra-oculare* ca smulgerea nervului nasal sau cu extirparea simpatichului cervical, și în al doilea rând: *II. Operațiile intraoculare*: ca: iridectomia, sclerotomia, debridarea unghiului irian, iridodializa, ciclodializa, punctia, sclero-ciclo-iriană, operația lui Hancock, sclerotomia posterioară, sclerotomia sau sclerectoiridectomia (operația lui Lagrange) trepanația sclerotice (operația lui Elliot). — Dintre aceste operații cea mai mare valoare o au operația lui Lagrange, operația lui Elliot și în special *iridectomia* și *ciclodializa* ce au fost mai des aplicate în clinica din Cluj și cu cele mai bune rezultate.

În ce privește rezultatul tratamentului chirurgical el este foarte variat și neprevăzut. Cât despre vedere, mai ales în cazurile mai avansate în urma operațiilor, nu că poate fi mult ameliorată ei din contră agravată. — Ceice se ameliorează sunt mai mult simptomele subiective. — În general rezultatele sunt diferite, după autori, după forma glaucomului, și tehnica întrebunțată.

Tratamentul chirurgical în formele de glaucom incipient ce n'au ajuns la strâmtarea câmpului vizual, dă o vindecare de 100%. În formele cu un glaucom ce deja a produs în parte strâmtarea câmpului vizual, leziunea și fenomenele clinice rămân staționare.

Iar în formele cu glaucom absolut tratamentul nu mai ajută decât la ameliorarea fenomenelor subiective.

În glaucomul acut, cel mai mare randament îl dă iridectomia.

Amănunte asupra împărțirii, tehnicei, și rezultatului acestor metode; a se cerceta tratatele de specialitate operatorie în materie de Oftalmologie.

TABLOUL No. I.

CAZURILE DE GLAUCOM DUPĂ SEX, STAREA CIVILĂ, OCUPA-

ANUL	Sex		Starea civilă			Ocupa-			
	Masculin	Femenin	Căsătoriți	Văduvi	Necăsătoriți	Casnice	Intelectuali	Funcționari	Meseriași
1918	11	25	28	6	2	19	2	1	5
1919	17	25	26	8	8	20	—	—	4
1920	9	25	18	12	4	18	1	1	1
1921	14	15	15	10	4	13	1	1	1
1922	17	19	21	13	2	17	—	—	4
1923	14	22	16	11	9	19	—	1	1
1924	20	21	28	6	7	20	—	—	2
1925	27	20	28	11	8	17	2	1	7
1926	25	20	28	7	9	19	1	—	3
1927	15	16	15	10	6	15	1	2	3
1928	26	15	30	10	1	17	4	—	6
1929	15	21	24	7	5	20	—	—	3
1930	14	16	17	7	6	15	2	—	1
1931	18	15	22	5	6	13	1	—	4
1932	14	6	10	5	5	5	1	—	1
1933	4	3	6	1	—	3	1	—	—
1934	7	16	16	4	3	15	1	—	—
1935	22	22	28	13	3	21	1	3	3
1936	25	15	24	6	10	17	3	—	5
1937	21	28	39	5	5	26	1	2	4
1938	26	29	37	16	2	27	3	4	5
1918 — 1938	361	394	477	173	105	356	26	16	63
%	47,82	52,19	63,17	22,91	13,90	47,13	3,44	2,11	8,34

PRIMITIV ȘI SECUNDAR

ȚIUNE, UBICAȚIUNE ȘI RELIGIUNE

Țiunea			Ubica- Țiunea		Religiunea						
Plugari	Zileri	Diferite	Orașe	Sate	Ortodoxă	Grc.-catolică	Rom.-catolică	Reformată	Luterană	Unitariană	Mozaică
6	3	—	13	23	2	8	7	11	1	4	3
6	9	3	11	31	5	10	8	11	1	1	6
3	8	2	6	28	10	8	3	7	3	1	2
7	2	4	6	22	4	14	1	3	4	—	3
7	7	1	6	30	11	14	1	6	2	1	1
3	7	5	5	31	7	14	2	6	2	1	4
12	5	2	5	36	12	16	2	6	1	1	3
9	4	7	18	29	10	16	4	15	—	—	2
12	5	5	19	26	11	17	1	11	1	—	4
6	—	4	13	18	11	9	3	4	1	—	3
3	8	3	15	26	8	20	8	3	—	1	1
6	2	5	14	22	8	16	4	5	1	—	2
10	2	1	6	24	9	17	3	1	—	—	—
10	2	2	10	23	9	11	4	4	—	—	5
8	—	5	4	16	2	10	4	3	1	—	—
2	—	1	2	5	2	4	—	1	—	—	—
6	—	1	3	20	7	12	1	3	—	—	—
12	1	3	20	24	16	20	3	3	1	—	1
12	2	1	17	23	12	14	3	7	2	—	2
11	2	3	15	34	16	20	4	4	1	—	4
12	3	1	18	37	14	23	10	5	—	—	3
163	72	59	227	528	186	293	76	119	22	10	49
21,58	9,53	7,61	30,06	69,92	24,63	38,80	10,06	15,74	2,91	1,32	6,49

Glaucomul primitiv și secundar în clinica Oftalmologică din Cluj, între anii 1918 și 1938 inclusiv.

Incepând dela sfârșitul anului 1918 și până la începutul anului 1939, în Clinica Oftalmologică din Cluj de sub direcția profesorului Dr. Michail D. Cazurile de glaucom internate și tratate aici au fost de șaptesute cincizeci și cinci (755) din totalul bolnavilor cu afecțiuni oculare de patrusprezece mii șapte sute (14.700).

În acest număr nu sunt trecute toate cazurile de glaucom ce au fost diagnosticate la ambulanța clinice, deoarece nu toți au crezut de datorința lor de a se trata aici. Unii din prejudicii, alți din lipsa acordării importanței acestei afecțiuni, sau din alte împrejurări sau tratat în altă parte, la medici particulari sau nu sau tratat deloc. Cu toate aceste considerente numărul de glaucomatoși prezintă un procent de 5.13% din totalul bolnavilor de 14700 internați și tratați în clinică.

Având în vedere felul glaucomului, nu se poate afirma, predominanța covârșitoare, a unuia față de celalalt. Astfel se pare că dintr'un număr total de 755 glaucomatoși, glaucomul primitiv reprezintă 59,20%, iar glaucomul secundar 40,79%.

Frecvența acestei boli în raport cu celelalte afecțiuni oculare este de 5.13%. Din acestea glaucomului primitiv iar corespunde 3,04%, iar glaucomului secundar 2,09%. Rigiditatea acestui procentuaj nu este stabilă puțând varia în plus sau în minus cu o mică diferență.

În ce privește frecvența atât a glaucomului primitiv cât și a celui secundar după ani se pare că anul 1933 ne-a dat cel mai mic număr de glaucomatoși iar anul 1938 cel mai mare pentru glaucomul primitiv, iar pentru glaucomul secundar sunt indicați anii 1924 și 1936 cu cel mai mare număr de cazuri.

Explicația acestui fapt rămâne de a se căuta în factorii sociali meteorologici, etc. ? Deoarece și în acest an nu s'ar putea nega existența glaucomului, cu aceeași intensitate ca și a anilor predecesori sau următori. Totuși și în 1932 și 1934 se observă o mică scădere față de frecvența obișnuită a celorlalți ani. (vezi tab. No. 3).

Incepând din anul 1935 se observă o urcare continuă a cazurilor de glaucom. Acest fapt se datorește; încrederei ce se acordă, și stării materiale a cetățentilor, cari astfel pot să-și caute în liniște de sănătate. Este un rezultat, al clarificării țaranilor noștri despre un ajutor medical la timp și despre rezultatele dezastruoase ale unei întârzieri din ignoranță, făcut de serviciul social, echi-

pele regale, medicilor de circumscripție și a altor sisteme medicale create în țară în ultimi ani pentru ridicarea sanitară a țării și în special a țăranului. Deci în sporirea numărului de cazuri internate și tratate în clinică nu pare a avea o importanță factorul etiologic, care ar fi crescut și astfel și glaucomul, ci interesul mai mare pe care acești bolnavi îl acordă afecțiunii lor.

În ce privește sexul frecvența cea mai mare se observă la femei ce un procent de 52,19% față de bărbați ce prezintă 47,81%, explicația acestui fapt e foarte simplă. De asemeni glaucomul survenit la băieți și fete e în mare majoritate secundar și constituie 37 cazuri. Din acestea 22 au survenit la băieți și 15 la fete. După cum se vede la această vârstă tânără predominanța sexului s'a schimbat și ar fi datorită faptului că băieții sunt mai neastâmpărați decât fetele și astfel ar fi supuși mai frecvent accidentelor oculare neprevăzute și în consecință glaucomului.

Se știe foarte bine că în etiologia glaucomului joacă un rol important, artritismul, nervosismul, emoțiile, și alte cauze, dar în special factorul declanșat de foarte multe ori pare a fi hipertensiunea generală totodată cu repercursiune și asupra tonicității lichidelor intraoculare. Ori e tot așa de bine cunoscut că acest substrat în preponderanță îl prezintă femeile și mai ales după vârsta de 45 ani (vezi tabl. No. 2.), mai ales că la această vârstă încep la femei turburările menopauzei, cari în majoritatea lor sunt de natură nervoasă și hipertensivă, datorită factorului endocrin pe care îl procură ovarele.

Pe lângă aceste considerente femeile și în special la sate unde în lupta pentru existență sunt alături de bărbat și deci expuse la fel de accidente survenite în legătură cu munca lor manuală. Tot așa, bărbații țărani, dela sate prezintă o frecvență mai mare al glaucomului, datorită existenței grele și riscurilor accidentale survenite în muncă câmpului. Astfel se explică de ce sătenii prezintă un procent de 69,92% față de cea a orașenilor ce nu e decât 30,06% (vezi tabl. No. 1).

Din procentul de 30,06 a glaucomatoșilor orașeni, cel mai mare număr îl prezintă după ordinea înșirării; meseriașii, casnicile, intelectuali și funcționarii. (vezi tabl. No 1.)

Un fapt care ar explica numărul mic al cazurilor de glaucom survenite la intelectuali și funcționari, e că aceștia în marea lor majoritate nu se tratează în clinică ci la specialiști oftalmologi, în clientelă particulară.

Meseriașii sunt tributarii cei mai frecvenți ai glaucomului și în special ai celui secundar prin faptul că munca lor instrumentară îi expune foarte adesea accidentelor oculare sau resurturilor din lucrările efectuate.

Casnicile prin simplul motiv că sunt femei și se încadrează în capitolul expus mai sus.

Intelectuali și funcționari, în existența lor, cel mai mare aport îl aduce simțul vederii, de care se folosesc în toate ac-

tele lor de cetire sau scris, și depe urma căruia trăesc. Toate acestea eforturi oculare pot duce cu ușurință ulterior la defecte oculare de refracție și cari după cum am văzut anterior, necorectate, constitue unul din factorii etiologici ai glaucomului. Pe lângă aceasta nu trebuie uitat surmenjul și stările nervoase ce survin foarte frecvent la intelectuali. (vezi tabl. No. 1.)

În legătură cu etatea se poate spune că glaucomul atât cel primitiv cât și cel secundar poate să survie la orice vârstă. În clinica noastră sa observat frecvența mai mare a glaucomului secundar față de cea a celui primitiv între vârsta de 1 și 45 de ani mai rar după 70 de ani. Între 45 și 70 glaucomul secundar sa găsit frecvent poate chiar mai mult ca în tinereță, dar totuși raportul lui față de cel primitiv rămâne cu mult mai inferior vârstei de 45 ani.

După cum am mai afirmat glaucomul secundar la vârsta tânără sar prezenta datorită riscurilor accidentale și ritmului mai accelerat al vieții, ce frecvent duce la accidente oculare. De asemenea frecvența mai mare a glaucomului primitiv după vârsta de 45 ani, ar fi datorit, la femei, instalării menopauzei și tuturor fenomenelor morbide inerente acestei vârste, iar la bărbați, surmenajul, nervosismul, greutățile vieții și o schimbare a substratului organic cu tendința la senilitate. (vezi tabl. No. 2)

Starea civilă nu ne poate lămuri asupra frecvenței glaucomului, survenind la căsătoriți 63,17%, la văduvi 22,91% iar la necăsătoriți 13,90% și nici în, ceace privește etiologia, patogenia și natura lui, deoarece aceste cifre ne indică mai mult starea social normal existentă de căsătoriți, văduvi și ne căsătoriți și nițidecum de frecvența survenirei glaucomului, asupra acestor stări sociale.

Tot același lucru se poate afirma despre religione. Dar un fapt interesant e că deși românii sunt în majoritate ca locuitori ai acestor ținuturi, totuși după religie se poate constata că frecvența glaucomului la minoritari este destul de ridicată, iar dintre aceștia evreii sunt destul de des atinși de glaucom, știut fiind că ei au o susceptibilitate pentru afecțiuni oculare, mai ales în ce privește defectele de refracție.

În ce privește anotimpul în care au survenit cazurile de glaucom atât cel primitiv cât și cel secundar după data intrării în clinică, se constată că frecvența cei mai mare o prezintă prima jumătate a anilor cu un procent de 60,15% iar ceialaltă jumătate a anilor este reprezentată cu un procent de 39,85%. Din acestea luna Martie cu 10,99% iar luna Mai cu 12,18% cu cel mai mare număr de cazuri și luna Septemvrie cu cel mai mic prezentând un procent de 4,76% (vezi tabl. No. 6).

De aci reese că unul din factori favorizanți în producerea glaucomului ar fi și anotimpul rece și ploios. În acest anotimp ochiul fiind mai mult expus unei circulații vasculare reduse prin vasoconstricție spre deosebire de anotimpul călduros al lunilor

Iulie-Septembrie, când circulația s'ar face mai bine și tonicitatea globului ocular poate fi mai bine redresată.

Ca localizare asupra ochilor, frecvența glaucomului nu diferă mult în ce privește afectarea ochiului drept, ochiului stâng sau a ambilor ochii. Astfel glaucomul a fost găsit într-un procent de 35,09% la ochiul stâng, urmându-i ochiul drept cu 34,45%, iar la ambii ochii sa găsit în 30,46% a cazurilor, (Vezi tabl. No. 3.)

Cazurile în cari glaucomul a survenit la ambii ochii (A. O.) cu forme clinice deosebite dela ochiu la ochiu, spre ex. glaucom cronic ochiul stâng (O. S.) și glaucom absolut ochiul drept (O. D.), le-am dat denumirea de combinat cu specificarea, din ambii ochii (A. O.) — (vezi tabl. No. 3).

În ceiace privește forma clinică sub care a fost diagnosticat glaucomul primitiv și în legătură cu afecțiunea în urmă căreia a survenit glaucomul secundar. (vezi tabl. No. 4. și No. 5.)

Rezultatul terapeutic asupra celor 755 de cazuri tratate în Clinica din Cluj în decursul celor 21 de ani, ne dovedește că deși glaucomul este o afecțiune destul de refractară teraputiciei, totuși vindecarea s'a produs în 95—99% a cazurilor. Rămâne doar un procent de 1—5%, în care tensiunea intraoculară a revenit și care cu timpul ne-a obligat prin complicațiile ce le determina să ducă la enucleația ochiului.

Pentru a ne da seama cu adevărat de rezultatul pe care poate să ni-l prezinte tratamentul trebuie să ținem cont de faza evolutivă în care se găsește glaucomul în momentul intervenției.

În această fază evolutivă glaucomul care ne prezintă ca simptome principale o scădere a acuității și câmpului vizual, poate să ne orienteze asupra gravității cazurilor după intensitatea acestei scăderi de acuitate și câmp vizual, care poate merge dela o ușoară scădere până la o abolire completă a ambilor factori și deci orbire.

Despre o vindecare completă se poate vorbi deci în aproape toate cazurile, dar nu tot așa despre o restitutio ad integrum ceea ce depinde de faza evolutivă în care se găsește glaucomul.

Această restitutio ad integrum nu se poate obține decât în cazurile incipiente când bolnavul se prezintă foarte de timpuriu când încă nu s'a instalat decât o scădere minimă a acuității vizuale și de loc o strâmtare a câmpului vizual nazal.

Trebuiesc considerate astfel toate cazurile cari în condicele Clinice și în tabloul Nr. III. figurează cu denumirea de vindecat, totalizând un procent de 40,66% cu o restitutio ad integrum.

Cazurile notate cu denumirea de ameliorat trebuiesc considerate de vindecate sută la sută, cu singura deosebire că aici e vorba de bolnavi ce prezentau un glaucom a cărui fază evolutivă ne prezenta o scădere a acuității și câmpului vizual la $\frac{3}{4}$ $\frac{1}{2}$ din întreg. Aici s'a obținut o vindecare sută la sută în ce privesc simptomele clinice subiective și în parte obiective, dar revenirea la o acuitate și un câmp vizual mai întins nu s'a putut

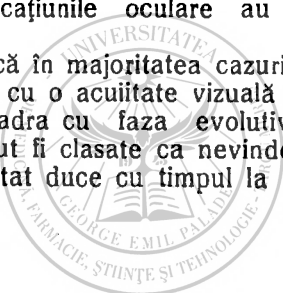
obține. Acestea cazuri totalizează un procent de 48,74%, ceea ce ne dovedește că acești bolnavi au cam întârziat de a se prezenta din timp la tratament și deci după tratament deși vindecați complet, totuși nu au obținut o sporire a acuității și a câmpului vizual.

În al treilea caz când bolnavilor, post-terapeutic li-s'au dat diagnoza de nevîndecat, trebuiesc considerate ca vindeca tot sută la sută, dar cu o acuitate și câmp vizual redusă la 1/4 sau complet (amauroză) încât bolnavii văd foarte puțin sau nu văd de loc, dar principalul fiind că au scăpat cu totul de fenomenele clinice supărătoare; ca tensiune, durere, etc. Acești bolnavi clasati în tabelul Nr. III. ca nevîndecați, prezintă un procent de 10,59%.

Din ultimele cazuri enunțate ca nevîndecate și din celea ca revenite (vezi tabelul Nr. III.), pot fi socotite cu adevărat ca nevîndecate și prezentând un procentaj ce variază cu anii între 1—5% din cazuri. Și în urma cărora hipertensiunea a revenit din nou, iar complicațiunile oculare au dus la enucleația ochiului.

De aici rezultă că în majoritatea cazurilor de 95—99% s'au vindecat sută la sută cu o acuitate vizuală și câmp vizual redus sau normal, ce cadra cu faza evolutivă a glaucomului și numai 1—5% au putut fi clasate ca nevîndecate.

Glaucomul netratat duce cu timpul la amauroză!



TABLOUL No. II

GLAUCOMUL PRIMITIV ȘI SECUNDAR INTRE 1918 ȘI 1938 ÎNCUSIV

DUPĂ ETATE

<u>11 luni</u>	<u>1 an</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
<u>1 0</u>	<u>0 0</u>	<u>0 0</u>	<u>0 0</u>	<u>1 0</u>	<u>2 0</u>	<u>1 0</u>	<u>1 0</u>
<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>	<u>15</u>
<u>1 0</u>	<u>1 1</u>	<u>2 1</u>	<u>0 0</u>	<u>3 0</u>	<u>2 1</u>	<u>3 0</u>	<u>2 0</u>
<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	<u>20</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>
<u>3 0</u>	<u>4 0</u>	<u>5 2</u>	<u>4 0</u>	<u>5 0</u>	<u>3 0</u>	<u>2 2</u>	<u>5 0</u>
<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>	<u>29</u>	<u>30</u>	<u>31</u>
<u>7 0</u>	<u>5 1</u>	<u>7 2</u>	<u>1 0</u>	<u>13 2</u>	<u>3 3</u>	<u>2 1</u>	<u>3 1</u>
<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>32</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>	<u>39</u>
<u>5 1</u>	<u>4 0</u>	<u>7 2</u>	<u>1 3</u>	<u>5 2</u>	<u>3 2</u>	<u>6 0</u>	<u>0 0</u>
<u>40</u>	<u>41</u>	<u>42</u>	<u>43</u>	<u>44</u>	<u>45</u>	<u>46</u>	<u>47</u>
<u>4 8</u>	<u>5 2</u>	<u>6 6</u>	<u>7 7</u>	<u>8 4</u>	<u>7 6</u>	<u>6 13</u>	<u>4 13</u>
<u>48</u>	<u>49</u>	<u>50</u>	<u>51</u>	<u>52</u>	<u>53</u>	<u>54</u>	<u>55</u>
<u>9 16</u>	<u>2 4</u>	<u>9 29</u>	<u>1 6</u>	<u>2 13</u>	<u>4 8</u>	<u>4 11</u>	<u>14 22</u>
<u>56</u>	<u>57</u>	<u>58</u>	<u>59</u>	<u>60</u>	<u>61</u>	<u>62</u>	<u>63</u>
<u>11 18</u>	<u>1 14</u>	<u>6 18</u>	<u>0 11</u>	<u>9 29</u>	<u>4 17</u>	<u>5 17</u>	<u>2 14</u>
<u>64</u>	<u>65</u>	<u>66</u>	<u>67</u>	<u>68</u>	<u>69</u>	<u>70</u>	<u>71</u>
<u>4 11</u>	<u>9 14</u>	<u>4 10</u>	<u>3 8</u>	<u>3 20</u>	<u>3 3</u>	<u>4 15</u>	<u>1 4</u>
<u>72</u>	<u>73</u>	<u>74</u>	<u>75</u>	<u>76</u>	<u>77</u>	<u>78</u>	<u>79</u>
<u>7 4</u>	<u>3 7</u>	<u>6 0</u>	<u>1 5</u>	<u>1 1</u>	<u>0 1</u>	<u>2 1</u>	<u>1 1</u>
<u>80</u>	<u>81</u>	<u>82</u>	<u>83</u>	<u>84</u>	<u>85</u>	Explicație :	
<u>0 5</u>	<u>0 1</u>	<u>1 1</u>	<u>0 0</u>	<u>0 0</u>	<u>0 0</u>	Etatea bolnavului	

No. bolnavilor glaucom secundar	No. bolnavilor cu glaucom primitiv
---------------------------------	------------------------------------

TABLOUL No. III.

GLAUCOMUL

IN LEGĂTURĂ CU OCHIUL INTERESAT ȘI REZULTATUL TERAPEUTIC

INTRE ANII 1918 ȘI 1939 INCLUSIV

Anul	Glaucom		Ochiul interesat				Rezultat terapeutic			
	Primitiv	Secundar	A. O.	O. D.	O. S.	Combinat din A. O.	Vindecat	Ameliorat	Nevindecat	Revenit
1918	32	4	10	14	12	6	6	26	5	2
1919	31	11	14	15	13	8	6	43	2	3
1920	25	9	19	8	7	10	7	25	2	—
1921	20	9	7	9	13	4	14	13	2	1
1922	28	8	21	7	8	4	22	13	1	1
1923	21	15	13	13	10	3	17	12	7	4
1924	16	25	8	21	12	4	18	21	2	1
1925	24	23	8	17	22	1	26	18	3	3
1926	22	23	10	18	17	3	17	20	8	3
1927	19	12	8	14	9	4	13	17	1	2
1928	26	16	15	12	14	9	18	19	4	1
1929	19	17	13	6	17	6	13	19	4	2
1930	19	11	10	9	11	3	10	15	5	3
1931	18	15	12	11	10	5	21	7	5	3
1932	7	13	3	9	8	—	13	7	—	—
1933	4	3	2	3	2	1	2	4	1	—
1934	7	16	3	11	9	1	8	14	1	2
1935	26	18	12	14	18	3	15	27	2	—
1936	15	25	9	11	20	7	10	27	3	2
1937	33	16	18	17	14	1	34	8	7	5
1938	33	20	15	23	19	2	17	23	15	2
1918--1938	447	308	230	260	265	85	307	368	80	40
%	59,20	40,79	30,46	34,45	35,09	11,25	40,69	48,74	10,59	5,29

TABLOUL No. IV.

GLAUCOMUL

DUPĂ FORMA DIAGNOSTICULUI CLINIC

Anul	Glaucom (fără altă specificare)													
	Glaucom acut	Glaucom subacut	Glaucom cronic	Glaucom inflamator	Glaucom acut inflam.	Glaucom subacut infl.	Glaucom cronic inflam.	Glaucom absolut	Glaucom cronic abs.	Glaucom cronic simpl.	Glaucom simplu	Glaucom emoragic.	Glaucom infantil	Glaucom secundar
1918	6	—	—	1	1	1	—	6	16	1	—	4	—	46
1919	4	—	—	4	1	2	—	7	15	1	4	3	—	11
1820	—	2	—	—	2	4	2	—	7	—	15	—	1	9
1921	1	—	—	7	—	—	1	1	5	—	7	—	1	9
1922	4	—	—	—	1	—	—	1	5	—	19	—	—	8
1923	1	—	—	2	4	1	—	4	10	—	3	—	—	15
1924	2	—	—	2	5	1	—	—	7	—	2	—	—	25
1925	8	—	1	4	5	—	—	—	4	—	3	1	—	23
1926	6	—	—	1	3	—	—	—	2	—	10	—	—	23
1927	3	—	1	3	1	—	—	—	6	—	7	—	—	12
1928	1	1	1	1	4	—	—	—	11	—	17	—	—	16
1929	2	2	2	—	—	3	—	1	8	—	8	—	—	17
1930	—	—	3	1	—	—	1	—	6	—	9	—	—	11
1931	4	—	—	4	—	3	—	—	6	—	6	—	—	15
1932	1	—	1	—	—	1	—	1	2	—	1	—	—	13
1933	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	2
1934	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	3	—	1	16
1935	4	—	4	2	3	—	—	1	5	—	9	—	—	18
1936	5	—	1	8	—	—	—	—	3	—	4	—	—	25
1937	6	—	—	13	—	—	1	—	1	—	10	1	—	16
1938	—	1	4	4	—	—	3	—	6	—	—	—	2	01
1918-1938	58	6	20	58	32	16	8	22	129	2	156	9	2	308
%	10,39	1,75	3,58	10,39	5,78	2,86	1,43	3,94	23,11	0,35	27,95	1,61	0,35	40,79

TABLOUL No. V.

GLAUCOMUL SECUNDAR SURVENIT ÎN LEGĂTURA CU O (UN)

Anul	Afachie	Cataractă	Cheratita	Irido-Cicl.	Irita	Leucom	Luxația crist.	Plaga perforantă	Prolaps irian	Secuzie pupilară	Stafilom	Trachom	Traumatism	Tumoră	Ulcer cornean	Alte cauze
1918	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
1919	—	—	—	—	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	6
1920	—	—	—	—	1	3	1	1	—	—	5	—	—	—	1	—
1921	1	—	—	1	—	3	1	—	—	—	2	—	—	—	—	1
1922	—	1	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2
1923	—	—	—	3	—	5	—	1	—	1	2	1	—	—	2	—
1924	—	4	—	4	3	2	—	—	2	1	1	—	—	—	5	—
1925	—	5	—	6	4	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2
1926	1	—	1	6	2	7	2	—	—	—	1	1	—	—	—	1
1927	—	2	—	2	1	4	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
1928	—	—	1	4	3	2	—	—	—	1	2	—	—	—	6	—
1929	—	3	—	5	3	1	—	—	1	2	2	—	—	—	—	—
1930	—	1	—	2	—	4	—	—	—	2	2	—	1	—	—	—
1931	1	1	—	3	1	3	—	1	—	—	1	—	—	1	2	1
1932	—	1	—	1	—	3	—	1	—	—	1	—	—	—	4	1
1933	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
1934	—	2	—	9	1	2	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
1935	—	2	—	8	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—
1936	1	1	1	9	—	3	—	1	—	1	2	—	1	—	—	4
1937	—	1	—	7	—	2	—	1	—	1	2	—	2	—	—	—
1938	1	1	1	8	4	1	1	—	—	—	—	—	1	—	11	1
1918—1938	4	27	47	81	27	53	6	70	3	10	23	4	7	1	24	27
%	1,29	8,76	1,29	23,05	8,76	17,20	1,94	2,77	0,67	3,24	7,47	1,29	2,27	0,32	7,79	8,76

TABLOUL Nu. VI.

GLAUCOMUL PRIMITIV ȘI SECUNDAR

ANOTIMPUL IN CARE A SURVENIT

Anul	No. total a cazurilor de glaucom	Anotimpul in care a survenit											
		Ianuarie	Februarie	Martie	Aprilie	Maiu	Iunie	Iulie	August	Septembrie	Octombrie	Noembrie	Decembrie
1918	36	2	1	3	4	3	8	2	3	5	2	—	3
1919	42	5	2	5	1	8	3	1	4	2	2	4	5
1920	34	6	—	5	7	2	5	4	—	—	4	1	—
1921	29	2	1	3	4	4	5	5	—	—	2	1	2
1922	36	2	7	2	1	7	5	4	1	3	1	—	3
1923	36	1	5	5	4	4	2	2	3	—	2	6	2
1924	41	2	2	9	4	1	3	2	4	1	3	6	4
1925	47	5	5	1	5	2	3	—	5	2	8	7	4
1926	45	6	1	3	3	9	4	1	4	1	2	3	8
1927	31	3	3	4	1	5	1	2	2	3	2	2	1
1928	41	4	8	1	4	8	2	2	3	1	2	4	4
1929	36	4	4	2	3	1	6	2	2	4	3	1	2
1930	30	3	3	2	1	6	2	1	2	—	3	4	3
1931	33	3	5	2	4	4	4	3	4	—	—	—	3
1932	20	—	—	6	2	—	1	1	5	2	1	—	2
1933	7	1	—	1	2	—	—	—	1	—	1	—	1
1934	23	1	1	3	1	4	3	3	2	1	—	2	2
1935	44	3	1	6	6	7	7	1	3	—	2	4	3
1936	40	5	4	2	—	4	3	6	—	7	5	2	3
1937	49	7	6	4	4	5	3	4	2	2	4	5	3
1938	55	8	8	14	3	8	1	3	1	2	—	5	2
1918--1938	755	73	69	83	64	92	71	49	52	36	49	57	60
%		9,66	9,13	10,99	8,47	12,18	9,40	6,41	6,81	4,76	6,41	7,54	7,92



CONCLUZII.

1. Din numărul total de 14.700 bolnavi ce au fost internați și tratați în Clinică, glaucomul prezintă o frecvență de 5,13% cu un număr total de 755 de glaucomatoși dintre cari 447 cazuri cu glaucom primitiv, adică 59,29%, iar 308 cazuri cu glaucom secundar adică 40,70%.

2. Deși glaucomul este o afecțiune gravă ce duce cu timpul și netratat la amauroză totuși instituit tratamentul la timp, se obține în 95—99% din cazuri o vindecare completă. Numai 1% ce variază între 1—5% nu este influențat de tratament. Acuitatea și câmpul vizual va fi păstrat corespunzător fazei de evoluție în care se găsește glaucomul în momentul intervenției.

3. După etate se constată că numărul cel mai mare de glaucomatoși survine începând dela vârsta de 46 de ani până la 70 de ani.

În ce privește starea socială și ubicațiunea de unde se recrotează cazurile de glaucom, procentul cel mai mare îl prezintă țărani dela sate, cu 69,92%, față de orașeni ce prezintă numai 30,06%.

5. După sex la femei glaucomul survine mai frecvent, cu un procent de 52,19% față de cea a bărbaților cu un procent de 47,81%.

6. În ce privește frecvența glaucomului primitiv și a celui secundar; primitivul survine la o vârstă mai înaintată începând dela 45 de ani mai frecvent, iar cel secundar cu aceeași frecvență, dar predominând la vârsta tânără când viața e mai expusă accidentelor, deci sub 45 de ani.

7. Frecvența glaucomului primitiv întrece cu puțin pe cea a glaucomului secundar, cu un raport de 59,20% la 40,79%.

8. Cauzele cele mai frecvente în legătură cu care survine glaucomul secundar sunt în ordinea înșirării; iridociclitele 23,05%, leucomele 17,20%, iritele 8,76%, ulcerele coornéene 7,79%, stafilome 7,47%, secluize pupilară 3,24% traumatisme 2,27%, cu un total de 69,78%, iar restul de 30,22%, este reprezentată de; afachie, cataractă, cheratită, luxația cristalinului, prolaps irian, trahom, tumori, etc.

9. Frecvența după anotimp, a glaucomului, e mai mare în prima jumătate a anilor, cu un procent de 60,15% față de cea a celei de a doua jumătăți ce prezintă un procent de 39,85%.



Bibliografie.

Condicile anuale de intrare ale Cliniceii Oftalmologice între anii 1918—1938 inclusiv.

Foile de observație ale cliniceii oftalmologice din Cluj.

Abadie : Des etats glaucomateux

Lagrange : Glaucom et Hipotonie.

Makenzie : Maladie de l'oeil

Michail D. : Tratamentul glauc. prin ciclodializa lui Haine.

Michail D. : Evoluția glaucomului operat.

Morax : Traite de' oftalmologie.

Panas : Maladies des yeux.

Schnabel : Uber secundäre glaukōm.

Schiele F. und *Bruckner A.* : Kurzes Handbuhch des ophtalmogie.

