

Statistica
Keratitei parenchimotoase
în ultimii 10 ani



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1939

DE
GAVRILEANU MARIA

Statistica

Keratitei parenchimotoase

în ultimii 10 ani

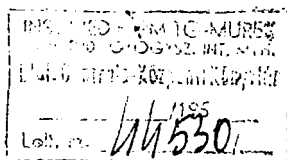


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1939

DE

GAVRILEANU MARIA

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I« DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Prof. Dr. DRĂGOIU I.

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	„ „ BARONI V.
Fiziologia umană	„ „ BENETATO GR.
Istoria medicinei	„ „ BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	„ „ BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	„ „ DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	„ „ GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ GRIGORIU C.
Clinica medicală	„ „ HAȚIEGANU I.
Medicina legală	„ „ KERNBACH M.
Chimia biologică	„ „ MANTA I.
Clinica oftalmologică	„ „ MICHAIL D.
Clinica neurologică	„ „ MINEA I.
Igiena și igiena socială	„ „ MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	„ „ NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală }	„ „ POP A.
Medicina operatorie }	
Clinica infantilă	„ „ POPOVICIU GH..
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	„ „ POPOVICIU GH.
Chimia medicală	„ „ SECĂREANU ȘT.
Balneologia	„ „ STURZA M.
Clinica dermato-venerică	„ „ TĂTARU C.
Clinica urologică	„ „ ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	„ „ URECHIA C.
Anatomia patologică	„ „ VASILIU T.
Igiena generală	Agr. ZOLOG M.
Fizica medicală	Conf. BĂRBULESCU N.

JURIUL DE SUSȚINERE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. D. MICHAIL

MEMBRII :	}	„ „ „ M. KERNBACH
		„ „ „ V. PAPILIAN
		„ „ „ T. VASILIU
		„ „ „ V. BOLOGA

SUPLEANT „ Conf. „ TR. POPOVICIU

INTRODUCERE

Studiul statistic arată în modul cel mai real adevărata față a lucrurilor.

În cazul de față, cunoașterea sifilizării poporului nostru prin statistica keratitei parenchimotoase nu poate constitui decât un imbold la lupta contra acestei plăgi sociale și la străduința de înălțare biologică a neamului nostru.





CONSIDERAȚIUNI GENERALE

Keratita parenchimatoasă sau interstițială este o afecțiune inflamatorie difuză a corneei, cu mers eminemente cronic, apărând în substanța proprie a acestei membrane, mai mult în stratele profunde și atingând aproape întotdeauna ambii ochi, unul după altul, rare ori simultan.

În evoluția ei se constată trei perioade, mai mult sau mai puțin distincte și anume:

a) *Infiltrația corneei.* Simptome obiective. Se vede la început o ușoară injecție perikeratică, împrejurul limbului, care se accentuează într'un punct și tinde a trece pe cornee. În acelaș timp, apare la periferie, o infiltrație, o opacitate difuză chiar în grosimea parenchimului cornean și care tinde către centrul corneei. Concomitent cu această infiltrație, pătrund pe cornee și vasele. Deosebit de aceasta se mai observă pe restul membranei puncte cenușii sau chiar o infiltrație difuză între lamele corneene. Membrana are aspectul unui geam mat, din cauza epitelului care își pierde transparența și nivelul regulat, fără însă a se descuama. Încetul cu încetul apar și alte puncte infiltrate, până ce corneea se opaciază într'atât încât nu se mai poate vedea ce se petrece dincolo de această membrană.

b) *Vascularizația corneei.* Cam la 10 zile după infiltrația incipientă, apar vase pe cornee. Alteori ele apar dela început și progresează odată cu infiltrația. Vasele acestea își au originea în rețeaua peri-corneeană și în

special în vasele sclerale, ramificându-se în stratele profunde ale corneei în formă de fire de mătase sau mai rar în fire divergente. Merg din ce în ce mai adânc spre centrul corneei și ajung la sfârșit să ocupe toată suprafața ei. Corneea ia o colorație roșie ca cireașa.

c) *Rezorbția infiltrațiilor*. După stadiul de vascularizație, care durează cel puțin 2 luni, începe perioada de rezorbție a infiltrației sau de regresivitate a boalei. Opacifierea corneei se ameliorează repede, vasele dispar, corneea își recapătă parțial transparența, rare ori complet, de cele mai multe ori persistând pete mici în diferite puncte, mai pronunțate în spre centrul membranei, acolo unde circulația este mai slabă. Rezorbția aceasta durează cel puțin o lună și jumătate până la două luni, așa încât durată relativă a boalei ar fi de minimum 4—5 luni.



FORME CLINICE

Keratita interstițială în sifilisul câștigat prezintă trei aspecte: a) forma descrisă mai sus, dar cu evoluție rapidă; b) forma atenuată sau parțială în care infiltrația și vascularizația ce apar aproape simultan, se limitează la un segment cornean periferic; c) keratita punctată se prezintă sub formă de infiltrație localizată la stratele profunde ale corneei, în apropiere de membrana lui Descemet.

Keratita interstițială bacilară. Corneea se opaciază, luând un aspect alburii, străbătut de vase. Dacă se zărește irisul, se constată la rădăcina lui tuberculi. Aspectul infiltrației este în multe cazuri caracteristic, astfel, în loc de infiltrație omogenă pe toată corneea, se observă în anumite puncte infiltrate mai groase, mai limitate, formând adevărați noduli bacilari; de multe ori această keratită este însoțită de sclerită și de iridociclită.

COMPLICAȚIUNI

Complicațiunile keratitei parenchimotoase aparțin, sclerotice, tractului uveal, cristalinului și chiar corneei.

Turburările sclerale sunt consecutive mai ales creșterii presiunii intraoculare, care se ivește uneori în cursul keratitei.

Se știe că irita, în special, însoțește mai întotdeauna keratita parenchimotoasă.

Când durerile sunt mai intense, fotofobia și lăcrimarea mai pronunțate, e multă probabilitate că și corpul ciliar este atins de inflamație. În urma ei persistă aderențe sau sinechii posterioare, cari pot duce la atrofia globului ocular prin astuparea pupilei și degenerescenta proceselor ciliare. Leziunile choroidiene sunt, sau premergătoare keratitei, mai ales la eredo sifilitici, sau ulterioare sub formă de choroidite exudative sau gomoase cu distrugerea bulbului.

Leziunile cristaliniene provin mai cu seamă în urma complicațiilor din partea uveei. Irita și ciclita pot duce la o opacifiere a cristalinului. La copii se poate forma o opacifiere în urma atingerii cristaloidii anterioare de cornee, cataractă polară anterioară.

În sfârșit, chiar corneea poate rămâne cu ectazie în urma hipertoniilor globale și ramoliției lamelor corneene, putând da naștere unui keratoglob. De asemenea corneea poate rămâne complet opacifiată, sclerozată sau numai cu leucome parțiale. Când hipertonia se stabilește definitiv, dă loc glaucomelor secundare.

ETIOLOGIA

Boală destul de frecventă, keratita parenchimotoasă, se ivește mai des la copii și adolescenți între 7—25 ani, fără însă a feri și alte vârste. Fetele sunt mai ales atinse de această maladie.

În marea majoritate a cazurilor face parte din triada lui Hutchinson — leziunile ochilor, urechilor și dinților.

Leziunile dinților confirmă etiologia heredo-specifică a cheratitei parenchimotoase patognomonică sifilisului ereditar sau congenital în special. Astăzi, se știe că și sifilisul câștigat o provoacă, iar într'o treime din cazuri are drept origine: tuberculoza, artrismul, paludismul, guta și alte afecțiuni generale.

Traumatismul joacă un rol important în provocarea acestor inflamațiuni pe terenuri predispuse.

PATOGENIA

Deși mai înainte era considerată ca o afecțiune para-sifilitică, totuși originea ei adevărată a fost între-văzută de Jeanselme și Morax, confirmând-o apoi și Igerscheimer prin prezența spirochetei în interstițiile lamelilor corneene, după cum keratita tuberculoasă și cea leproasă sunt datorite prezenței bacililor Koch și Hanser în trama corneeană.

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Alterățiunile principale constau în îngrămădirea de leucocite printre lamele corneene în stratele profunde, fie ca o infiltrație difuză, fie sub formă de grămezi sau noduli bine delimitați.

După cum leziunea se limitează la cornee sau se întinde și la sclerotică ori la tractul uveal, aceste părți ale globului se infiltrează cu leucocite cari încetul cu încetul intră și ele în faza de rezorbție, odată cu perioada de regresie a boalei.

STATISTICA

După acest prea sumar expozeau al acestei maladii, să vedem cazurile Clinicei Oftalmologice, din Cluj, în perioada de timp, cuprinsă între 1920 și 1938.

Dacă ținem seama de faptul, că în acești 19 ani, au fost internați și tratați în Clinica Oftalmologică, din Cluj, cu diferite afecțiuni oculare 13.207 de bolnavi, atunci putem spune că, keratita parenchimotoasă se întâlnește într'un număr relativ frecvent, formând un procent 2,83% din afecțiunile oculare.

În statisticile publicate de alți autori, frecvența keratitei parenchimotoase este arătată ca fiind cu mult mai mare 5—6%, din totalul afecțiunilor oculare. Ceace ar pleda pentru o mai mică sifilizare a concepțiilor noastre.

În tabloul de mai jos, arătăm repartiția cazurilor pe ani.

Anul	Nr. total al bolnav	Nr. caz. de kerat. p.
1920	803	16 2%
1921	730	15 2,05 „
1922	747	19 2,5 „
1923	853	16 1,7 „
1924	782	29 3,6 „
1925	735	18 2,3 „
1926	732	21 3 „
1927	610	18 3 „
1928	698	29 4,1 „
1929	657	22 3,3 „
1930	657	20 3 „
1931	533	24 4,5 „
1932	566	8 1,4 „
1933	277	8 3 „
1934	533	23 4,3 „
1935	652	22 3,4 „
1936	830	22 2,6 „
1937	905	14 1,5 „
1938	907	31 3,4 „

Total = 13.207 bolnavi, cu un număr de 374 de caz. de k. p., ceace revine la un procent de 2,83%.

În ceace privește vârsta, datele ne arată că, keratita parenchimotoasă se poate întâlni la toate vârstele

mai frecvent se observă, însă, între 5 și 25 de ani.

Studiind grafica cazurilor repartizate pe vârstă vom constata o urcare aproape bruscă până la 15 ani, după care urmează o scădere foarte lentă, odată cu înaintarea în etate.

De remarcat în statistica noastră, este faptul că, keratita parenchimotoasă poate surveni și în primele luni ale vieții, după cum poate apărea și după 60 de ani.

Unii autori, ca Davidson, au pretins că keratita parenchimotoasă ar fi o boală care se dezvoltă cu predilecție la indivizi ce aparțin claselor sociale puțin avute. Din studiul cazurilor Clinicii Oftalmologice, din Cluj, am constatat deasemenea acest fapt, căci în statistica noastră, această afecțiune este mai frecventă la locuitorii dela țară (plugari), decât la cei dela oraș, lucru ce concordă cu observația lui Davidson, având în vedere că agricultorii noștri au un standard de viață cu o alimentație mult inferioară celor dela oraș.

Nu am găsit variațiuni, din care să putem trage concluzii, în cece privește repartiția afecțiunii după lunile anului, așa cum pretinde Lonkaetis, care ar fi observat că afecțiunea se dezvoltă cu deosebire în momentul schimbărilor de sezon.

Reacțiunea Bordet—Wassermann, în cazurile din Clinica Oftalmologică, a fost pozitivă la 309 bolnavi. Dintre bolnavii cu reacțiunea pozitivă, 109 bolnavi au prezentat și semne de eredo-sifilis, aparținând triadei Hutchinson.

În 65 de cazuri keratita parenchimotoasă nu a fost însoțită nici de stigmatе eredo-sifilitice și nici de reacțiunea Bordet—Wassermann pozitivă.

În sfârșit, din studiul acestei statistici, mai reese că, keratita parenchimotoasă este mai des întâlnită la femei decât la bărbați. În adevăr, din cele 374 de cazuri, numai 161 au fost la bărbați, în timp ce la femei am găsit 213.

Studiind statistica noastră în raport cu ocupațiunea pacienților, constatăm că aproape jumătate dintre ei sunt plugari :

Plugari	am	găsit	156;
muncitori	"	"	17;
casnici	"	"	35;
copii	"	"	59;
elevi	"	"	42;
studenți	"	"	1;
funcționari	"	"	16;
pensionari	"	"	2;
pantofari	"	"	1;
mecanici	"	"	1;
ucenici	"	"	14;
comercianți	"	"	6;
fierari	"	"	1;
servitori	"	"	12;
birjari	"	"	1;
zugravi	"	"	3;
șoferi	"	"	4;
brutari	"	"	1;
croitori	"	"	1;
mineri	"	"	1;
guvernante	"	"	1.





CONCLUZIUNI

1. Keratita parenchimotoasă este o afecțiune destul de frecventă, procentul ei variind între 1,4%—4,5%.

În Clinica Oftalmologică din Cluj, începând de la 1929 până în anul 1938, inclusiv, au fost tratate 374 de cazuri.

2. Keratita parenchimotoasă este o afecțiune, în marea majoritate a cazurilor, eredo-sifilitică 91,86%.

3. Reacțiunea Bordet—Wassermann, în keratita parenchimotoasă, este pozitivă într'o proporție de 98,61%.

4. Bolnavii cu keratită parenchimotoasă prezintă stigmat de eredo-sifilis într'o proporția de 82,11%.

5. Keratita parenchimotoasă este mai frecventă la femei decât la bărbați.

6. Cele mai numeroase cazuri de keratită parenchimotoasă apar între 5 și 20 ani. Frecvența scade cu vârsta, întâlnindu-se totuși și sub un an, după cum se găsește și peste 50 de ani.

7. Keratita parenchimotoasă este mai frecventă în clasele sociale mai puțin avute: plugari, copii de muncitori etc.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Fac. de Medicină

s. s. prof. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezei:

s. s. prof. Dr. D. MICHAIL



BIBLIOGRAFIE

Velpeau : Traité de maladie des Yeux.

Calligo : Annales d'oculistique, t. LXIII. p. 183.

Desmares : Thèse de doctorat, Paris.

Prof. Dr. D. Mihaíl : Tratat elementar de oftalmologie.

Morax : Précis d'oftalmologie, 1921.

Wecher et Landolt : Précis d'oftalmologie.

