

CV 1323

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 415.

MANIFESTAȚIUNILE OCULARE ALE GRIPEI



Dr. BŪZĂȘ MARTIN



„MINERVA” INSTITUT DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE S. A. CLUJ
1928



★440003152★

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

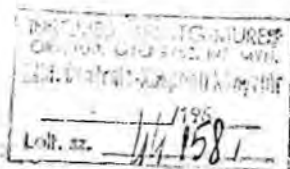
No. 415.

MANIFESTAȚIUNILE OCULARE ALE GRIPEI



DE
Dr. BŪZĂȘ MARTIN

24 MAY 2005



„MINERVA” INSTITUT DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE S. A. CLUJ
1928.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori :

Patologia generală și experimentală	D-l Dr. Botez A. M.
Bacteriologie (agr.)	" " Baroni Vițold
Istologia și embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" " Gane T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " Grigoriu C.
Istoria medicinei	" " Guiart I.
Clinica medicală	" " Hațiegan I.
Clinica chirurgicală	" " Iacobovici I.
Farmacologia și farmacognozia	" " Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	" " Michail D.
Clinica neurologică	" " Minea I.
Medicina legală	" " Minovici N.
Igienă și igiena socială	" " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " Negru D.
Fiziologia umană	" " Nițescu I.
Farmacia chimică și galenică	" " Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică }	" " Predescu-Rion I.
Clinica stomatologică (supl.) }	
Clinica dermato-venerică	" " Tătaru C.
Clinica urologică (agr.)	" " Teposu Emil
Chimia biologică	" " Thomas P.
Clinica psihiatrică	" " Urechia C.
Anatomia patologică	" " Vasiliu Titu

JURIUL DE PROMOTIUNE :

Președinte :	D-l Prof. Dr. Michail Dumitru
Membrii :	" " Hațiegan Iuliu
	" " Vasiliu Titu
	" " Botez Mihail
	" " Moldovan Iuliu
Supleant :	" Doc. " Goia Ioan

INTRODUCERE.

Cazurile clinice care fac obiectul acestei lucrări inaugurale au fost observate în cursul acestui an la consultațiile clinice oftalmologice din Cluj și prin evoluția lor aparte ca și prin raritatea lor — sunt singurile observate în serviciul clinice în ultimi 8 ani, — am crezut că merită să fie semnalate cu atât mai mult, cu cât aduc o contribuție destul de frumoasă la problema manifestațiilor oculare de origine gripală.

Gripa prin frecvența ei extraordinară de mare, prin evoluția ei foarte curioasă, putând copia absolut toate boalele imaginabile, interesează într-o egală măsură pe absolut toți specialiștii și cu deosebire pe medicul practician. A arată cari sunt complicațiile ce se pot ivi la nivelul ochiului în cursul gripei și cari sunt părerile specialiștilor asupra acestor complicații cred că nu este lucru lipsit de interes. Dacă am privi problema numai sub acest aspect, ea poate constitui foarte bine un subiect de teză; cazurile pe care le consemnez aici, sunt însă foarte interesante și din acest punct de vedere lucrarea capătă o valoare ceva mai deosebită. De aceea nu am cuvânte să mulțumesc Dlui *Prof. Michail* pentru cinstea ce mi-a făcut-o încredințându-mi acest subiect, îl rog să creadă însă că-i port o vie recunoștință și îl asigur de toată stima mea.

Dlui *Dr. Vancea* asistent al cliniceii îi mulțumesc pentru îndrumările date la alcătuirea acestei lucrări.

• Juriului meu de promoție omagiu respectuos.

Etiologia gripei.

Cu toate că gripa este o boală de observațiune curentă, extrem de banală, cu o simptomatologie bine cunoscută, agentul sau cauzal este încă rău cunoscut. Multă vreme s'a crezut că coco bacilul lui Pfeiffer, descoperit de Pfeiffer în 1892 în produsele de expectorație ale gripașilor este agentul patogen al gripei, însă cercetările bacteriologice din ultimul timp au arătat inconstanța acestui microb în stare de puritate — observându-se mai ales în asociație cu alți microbi — ceace a făcut să fie considerat în ultima analiză ca un germen de infecție secundară. Prezența acestui microb care se prezintă sub forma unui bastonaș foarte fin, însă câte odată foarte lung, imobil. Gram-negativ, dezvoltându-se numai pe mediile cu hemoglobină — a fost semnalat în Franța de către *Netter și Mozer, Legroux, Meuner, Antony și Orticoni, Lesieur, Pellagot și Jacquet* iar în Anglia de către *Whal, White și Lyall*, în Germania de numeroși autori precum și o serie de alți cercetători în alte țări. El se găsește la începutul boalei în expectorația gripașilor. *Orticoni, Bacher și Leclerc* l'au evidențiat în sânge, iar *Dujarric de la Rivière* în urinalele bolnavilor. Alături de coco-bacilul lui Pfeiffer s'au descris o serie întreagă de alți agenți patogeni. *Rapin și Soubrane* au izolat din expectorație un diplococ foarte asemănător aceluia izolat altă dată de către *Teissier, Roux și Pithion*. În Italia *Segale* a atribuit unei varietăți de streptococ, *streptococcus pandemicus* un rol principal în producerea gripei reușând chiar să producă în mod experimental prin introducerea în mucoasă nazală — la animale — un sindrom hemoragic și bronchopneumonic foarte asemănător cu gripă.

Rosenow plecând de la constatarea că streptococul viridans se găsește în mod constatat la gripașii și că inoculările intratracheale practicate cu acest microb dau naștere la leziuni asemănătoare cu acelea întâlnite în gripă — face din această varietate de streptococ agentul patogen al gripei.

Cu toate aceste rezultate experimentale — concepția după care gripa ar fi datorită unui streptococ nu a prins — acest microb considerându-se mai mult un agent de infecție secundară. Faptul însă, că leziunile experimentale produse prin streptococi sunt foarte asemănătoare cu acele întâlnite în gripă, dovedește că streptococul este unul din principalii agenți de infecție secundară și prin urmare încercările de vaccinoterapie prin vaccinuri cu streptococ în gripă sunt complet îndreptățite.

Rolul pneumococului — în producerea gripei — a fost redus și el tot la acela a unui agent de infecție secundară întâlnindu-se destul de frecvent în complicațiile gripei.

Cu mult mai interesante sunt cercetările lui *Nicolle* și *Le Bailly*. După aceste cercetări gripa ar fi datorită unui virus filtrant. Recoltând produsul de expectorație a 2 gripași a treia zi de la începutul boalei și inoculând filtratul a reușit să producă boala la oameni și la maimuțe. Asemenea rezultate au obținut și prin inoculări de sânge provenit de la gripași.

La început aceste cercetări au dat naștere la numeroase discuțiuni și între altele s'a obiectat lui *Nicolle* și *Le Bailly* că au experimentat într'un mediu gripat. Cercetări făcute însă în alte condițiuni de experimentare au confirmat rezultatele lui *Nicolle*. Intre altele *Dujarric de la Riviere* după ce și-a inoculat sub piele 4 cm³ de filtrat de sânge defibrinat de la 4 bolnavi a prezentat a 4-a zi o gripă caracteristică. Badijonările în gât cu filtrat din produșii de expectorație de la gripași au rămas fără nici un rezultat a 11-a zi.

Gibson Bowmann și *I. L. Connor* în Anglia inoculind după tehnica lui *Nicolle* și *Le Bailly* 2 maimuțe, ambele s'au îmbolnăvit după 6-7 zile, și dintre ele una s'a vindecat iar cealaltă a sucombat, și la autopsie s'a constatat un exudat hemoragic afectând aparatul respirător și predominând la nivelul labiilor inferioari ai pulmonilor. Rezultate analoage obține în Germania *Selter*.

I. R. Bradford, *Bashford* și *Wilson* au izolat din sângele, lichidul pleural, lichidul cefalo-rachidian și produși de expectorație ai gripașilor, niște microorganisme rotunde asemănătoare cu cocii, filtrabile prin Berkefeld și anaerobe, care după 2 generații devin patogeni pentru cobai și maimuțe. Asemenea microorganisme au fost izolate și de către *Eric Leschke* și *Fejes*.

Autorii japonezi *Jamamuchi*, *Iwashima* și *Sakakami* injectând o emulsie din produsele de expectorație provenite de la 43 de gripași — la 12 indivizi sănătoși și filtratul

acestei emulsii — după trecerea prin filtru Berkefeld la alți 12 indivizi sănătoși — obțin 18 îmbolnăviri după 2—3 zile — bolnavii prezintă febră, cefalee, tuse, dureri lombare și angină.

Acelaș rezultat au obținut injectând în nas și gât la 6 oameni sănătoși sânge filtrat provenit de la gripași. Injecțiile subcutanate cu filtratele produselor de expectorație sau din sânge au dat rezultate pozitive în 3 cazuri din 4. Cazurile în care boala nu s'a putut produce suferiseră anterior de gripă.

Încercările lui *Jamauchi*, *Iwashima* și *Sakakami* de a produce boala prin injecții în nas și gât de culturi de bacili Pfeiffer, streptococi, stafilococi și alți microbii au rămas negative. Din cercetările lor ei trag concluziunea că agentul patogen al gripei este un virus filtrant. Acest virus se găsește în expectorați și sânge și infectează prin mucoase și inoculare. Se pare că indivizi care au suferit anterior de gripă sunt indemni la contaminarea experimentală. Și acestor cercetări li s'a adus aceeași obiecțiune, anume că au fost executate într'un mediu gripat.

Contribuțiunea cea mai interesantă la problema etiologiei gripei și anume a virusului sau filtrant se datorește însă autorilor americani *Olitzky* și *Gates*. Acești autori renunțând la maimuțe, ca animale de experiență — din cauza ușurinței cu care aceste animale capătă boalele pulmonare — au experimentat numai pe iepuri și cobai. Ei au inoculat fie prin cateterism intra-tracheal, fie prin trachelomie produsele patologice provenite de la gripași și au obținut efecte patologice asemănătoare și constante, dacă secrețiunile erau recoltate în primele 36 ore ale gripei. După 3 zile produșii erau lipsiți de orice acțiune patogenă. Această boală experimentală la cobai și iepuri ține 3 zile, se însoțește de leziuni cu edem hemoragic al pulmonilor — leziuni lipsite de bacterii — și se transmite prin treceri.

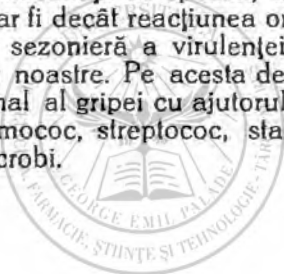
Concluzia acestor cercetări este că în nasofaringele gripașilor există un virus filtrabil, — că acest virus nu este fatal, prin el însuși dar el prepară pulmonul invaziunii și înmulțirii rapide a microbilor de infecție secundară în special streptococul și bacilul lui Pfeiffer.

Olitzky și *Gates* au izolat și cultivat acest virus care se prezintă sub forma unui bacil de 2 ori lung decât lat; colorându-se foarte bine prin albastru alcalin al lui Löffler, ei au dat acestui bacil numele de *bacterium pneumosintes*. Proprietățile biologice ale acestui bacil sunt negative. El nu fermentează nici un zahăr și culturile sale

nu degajă nici un miros. Condițiunile sale de virulență și reacțiunile serologice pe care la provoacă sunt însă destul de semnificative. Serul animalelor inoculate cu gripă conține aglutinine, precipitine, opsonine etc. și animalul este imunizat pentru un timp care ține aproape 14 luni.

Olitzky și Gates au încercat să vaccineze atât animalele cât și omul prin injecție de culturi pure cu bacilul pneumosintes încălzite 30 minute la 56—60 grade cu rezultate bune. Cercetările lor au fost confirmate în parte de către *Loewe și Zeman, Merogu, Gordon, Lister și alții*. Sunt și autori, care au obținut rezultate negative, așa încât această concepție deși foarte convingătoare și impresionantă trebuie primită ca oare care rezervă lăsând timpului sarcina să arăte în mod definitiv care este adevărata valoare a cercetărilor lui *Olitzky și Gates*.

Amințesc ca o complectare a acestui capitol, că sunt o serie de autori care cred că gripa nu este datorită decât microbilor obișnuți ai cavităților noastre. După această concepție susținuță în special, de *Tanon și Cambesédés* gripa nu ar fi decât reacțiunea organismului nostru la recrudescența sezonieră a virulenței microbilor obișnuți ai cavităților noastre. Pe acesta de altfel, se bazează tratamentul vaccinal al gripei cu ajutorul stok vaccinurilor cuprinzând pneumococ, streptococ, stafilococ, bacilul lui *Pfeiffer* și alți microbi.



Manifestațiunile oculare ale gripei.

Gripa este o afecțiune care se prezintă sub cele mai variate forme clinice. Se cunosc în adevăr formele complicate cu pneumonie și pleurezie, formele septice și formele de gripă pură care după localizările sale cele mai importante se poate prezenta sub o formă calarală, cerebrală sau gastro-intestinală. Cu mult mai rare sunt determinațiile gripale pure la nivelul organului vizual deși în cursul epidemiilor de gripă apar foarte numeroase afecțiuni oculare care însă nu au nimic aface cu gripa decât, poate, aparițiunea lor simultană.

Îmbolnăvirile aparatului vizual în timpul gripei se fac după diferite modalități: O primă modalitate de îmbolnăvire ar fi invazia organului vizual prin bacteriile specifice gripei, invazie care s'ar produce prin căile obișnuite de infecție ale organului vizual.

A 2-a modalitate de îmbolnăvire ar fi prin microorganismele de infecție secundară — sau prin toxinele de origine gripală care ar acționa asupra organului vizual determinând leziunile cele mai variate, cele mai caleidoscopice. În sfârșit organul vizual se poate îmbolnăvi în perioada de convalescență afectarea sa apărând ca o consecință a slăbirii organismului, ca o scădere a puterii de rezistență a corpului. În genere se crede astăzi, că leziunile de aparițiune precoce sunt datorite microbilor, iar cele de aparițiune mai tardivă sunt datorite toxinelor de origine gripală.

Foarte deseori în cursul gripei odată cu urcarea temperaturii se produce o *conjunctivită* acută destul de pronunțată însoțită de secreție purulentă în care microscopic s'au putut evidenția bacilii influenței.

De aci s'a pus chestiunea dacă conjunctiva nu ar constitui poarta de intrare a gripei știindu-se că numeroase boale infecțioase se produc pe cale conjunctivală.

Unii autori susțin că conjunctivitele care evoluează în timpul gripei, nu constituiesc efectul primar ale gripei ci ele sunt plecate dela mucoasa nazală mai ales că

concomitent cu ele se produc și leziuni ale căilor lacrimale și în special *dacriocistite*. Caracterile clinice pe care le îmbracă conjunctivitele gripale sunt foarte variabile. Dela simpla iperemie conjunctivală și până la formele purulente sau pseudo-membranoase întâlnim toată gama afecțiunilor conjunctivale — cunoscută în clinică. Gravitatea lor este în funcțiune de agentul provocator, cele mai grave fiind acelea datorite streptococului.

Herpesul cornean însoțește adese ori gripa. Localizat de predilecție la pleoape — ce se poate localiza însă și pe cornee și chiar în mod frecvent. În prima săptămână a boalei evoluția keratitei herpetice este foarte benignă, ulterior însă se poate desvolta tabloul keratitei dendritice cu fisurile ei caracteristice, cu durerile aproape insuportabile, cu vindecarea problematică care în cele mai fericite cazuri lasă cicatrice indelebile pe cornee, ce vor influența ulterior asupra vederii.

Ambele aceste afecțiuni corneene nu sunt însă specifice gripei, pentru că ele pot apare în mod cu totul independent. Cercetările recente au arătat că este vorba de o iritație toxică în regiunea nervilor ciliari.

Straturile profunde ale corneei sunt foarte rar prinse în gripă. Keratita interstițială gripală apare de obicei în cazurile de determinări iridociliare și au o mare tendință la cicatrizare fără restituija transparenței corneene.

Uvea este frecvent atinsă în epidemiile de gripă. Iritele seroase ar fi după *Schmid-Rimpler* de 4 ori mai frecvente în cursul epidemiilor de gripă. Unii din obicei însă bilaterale, iritele seroase gripale se însoțesc de depozite fibrinoase pe partea posterioară a corneei și adese ori și de leziuni iridociclitice.

Cea mai gravă boală oculară de origine gripală este însă *oftalmia metastatică*. Această oftalmie este datorită pătrunderi agenților patogeni în ochi pe cale sanghină (este deci o infecție endogenă sau hemosporică) și localizarea lor la nivelul corioidei. Cea ce caracterizează din punct de vedere clinic această boală este în primul rând diminuarea excesiv de rapidă a vederii, care în câteva ore poate dispăre complet. În acelaș timp survin dureri oculare de intensitate variabilă, care însă pot atinge o acuitate excesivă.

Obiectiv se observă un edem al pleoapelor, o congestie intensă a conjunctivelor cu secrețiune fibrinoasă și o turburare a corneei, a pupilei, a corpului vitros — făcând imposibil examenul fundului de ochi. Globul ocular este aproape totdeauna hipertonic și extrem de dureros la pre-

siune. — Corneea cu limbul se perforază și globul în totalitatea sa se atrofiază. În puroiul din interiorul globului s'au evidențiat microbii gripei.

Tenonita e inflamația spațiului lui Tenon, evoluează în gripă cu deosebire sub forma seroasă. Aproape totdeauna bilaterală clinic subiectiv, tenonita se caracterizează prin dureri orbitare sau periorbitare spontane, ce se exasperează prin mișcările globului.

Obiectiv se notează o ușoară exoftalmie, și un edem al conjunctivei bulbare, de aspect inflamatic seros.

Flegmonul orbital: produs prin metastaze pe cale sanghină sau plecat de la o afecțiune din vecinătate, osteo-periostită, empiem al sinusurilor vecine etc. — poate să se complice cu o panoftalmie sau o tromboflebită a venelor orbitare.

Dacrio adenită cu mult mai rară, apare târziu după gripă și de obicei se vindecă fără să lase vre'o urmă.

Tot în cursul gripei s'au descris diferite paralizii musculare și neuralgii ca cea supraorbitală care fac pe bolnav să se prezinte pentru prima oară la oculist.

Cele mai importante și interesante determinări gripale la nivelul ochiului sunt însă determinările la nivelul nervului optic. S'au descris neurite optice cu papilite și neurite optice retrobulbare.

Uthoff într'o dare de seamă a sa asupra a 253 cazuri de neurită optică după boale infecțioase stabilește că influența a fost cauza neuritei în 72 cazuri (28%), sifilisul în 61 cazuri (24%), reumatismul în 36 cazuri (14%), malaria în 17 cazuri (6,7%) și în 50 cazuri alte 12 boli infecțioase. În 11 cazuri de neurită optică comunicate de *Wetz* gripa ocupă primul plan (4 cazuri).

Dutoit a atras atențiunea asupra faptului că o mulțime de cazuri de neurită optică în boalele infecțioase rămân neobservate. Unele din cazuri rămân necunoscute în special la copii și apoi nu toți bolnavi gripați se tratează cu medic și cei tratați nu toți sunt examinați cu oftalmoscopul. În afară de acestea neurita optică gripală, se vindică repede și sigur regresând complet — așa încât poate trece frecvent neobservată.

Cazuri clinice.

Observație I. În această observație este vorba de un cunoscut artist de la opera din Cluj care se prezintă la sfârșitul lunii Ianuarie la consultațiunile clinice oftalmologice din Cluj, pentru o turburare a vederii la ochiul stâng. Subiectiv se plânge de prezența unui punct negru în câmpul vizual stâng și dureri la mișcările globului. Examinat ocular nu se constată nimic patologic la polul anterior al ochiului. Deasemenea nimic la polul posterior.

Examenul perimetric a arătat existența unui scotom central și para-central cu fenomene de discromatopsie. (Fig. 1.)

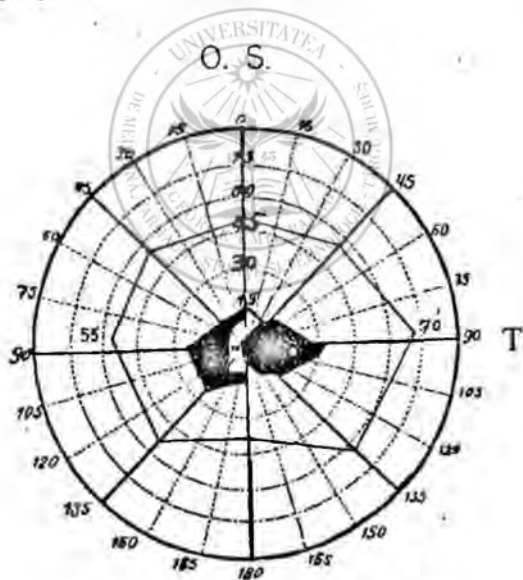


Fig. 1. Câmpul vizual la 26. I. 1928.
(la primul examen ocular.)

Vederea periferic neatinsă. R. W. în sânge negativ. Examenul sinusiilor nu a pus în evidența nici o leziune. Bolnavul prezintă o coriză acută și cu câteva zile mai înainte suferise de gripă.

I s'a recomandat să urmeze un tratament cu badijonari de adrenalină în nas și să rămână în casă până-i va trece fenomenele acule de coriză. Examinat după 4 zile scotomul se reduce foarte mult (fig. 2.), iar după 2

O. S.

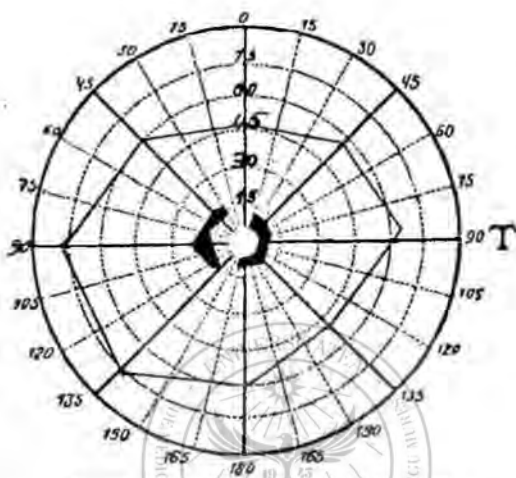


Fig. 2. Câmpul vizual la 18. II. 1928.
Scalemul dispărut complet

săptămâni dispăruse complet rămânând numai un scotom central absolut pentru albastru.

Vederea = $\frac{5}{5}$

În aceasta stare bolnavul nostru părăsește Clujul pentru a merge în Italia unde avea un angajament.

În acest caz este deci vorba de un bolnav care face la câteva zile după gripă o neurită optică de tip retrobulbar care în lipsa ori cărui tratament se vindecă într'un interval de 2 săptămâni. De notat este faptul că afecțiunea a fost tot timpul unilaterală și de la început era însoțită numai de o scădere relativ mică a acuității vizuale

Este foarte probabil că asemenea neurite optice sunt cu mult mai dese decât se crede în general — însă nu totdeauna sunt diagnosticate pentru motivul că producând turburări vizuale minime trec neobservate de bolnav și se vindecă spontan.

* * *

Observație II. În al doilea caz este vorba de o studentă originară din Bistrița care intră în serviciul clinicei

de ochi din Cluj la începutul lunii Februarie a. c. pentru scăderea vederi la ochiul stâng. Această scădere a început cu 12 zile mai înainte și de atunci până la intrarea în serviciu nu a progresat de loc.

Antecedente personale și hereditare fără importanță. La examenul ocular nu găsim nimic patologic la polul anterior al ochiului.

$$A. V. \begin{cases} O. D. = \frac{5}{5} \\ O. S. = \frac{5}{60} \end{cases}$$

La examen perimetric în scotom paracentral cu fenomene de diocromatopsie. (Fig. 3.)

O. S.

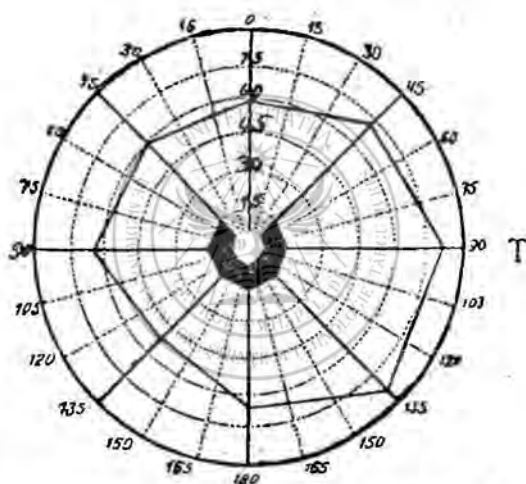


Fig. 3. Câmpul vizual la intrarea în clinica I-a oara.

La fundul ocular nici nu fel de leziune.

La examenul general bolnava prezintă o coriză acută fără fenomene generale. I-se administrează aspirină și adrenalină în nas completate cu băi electrice la cap. După 8 zile de tratament scotomul dispare complet și acuitatea revine $\frac{5}{7}$.

Bolnava fiind funcționară și ne vroid se lipsească de la serviciu părăsește clinica deși A. V. nu revenise încă complet la normal iar viziunea culorilor era încă ușor tulburată.

După 10 zile însă bolnava se prezintă din nou cu

acelaș scotom paracentral — și cu vederea scăzută până $\frac{1}{60}$. (Fig. 4)

O. S.

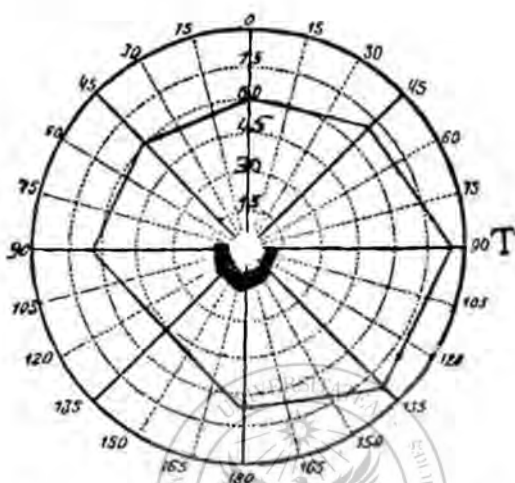


Fig. 4. Câmpul vizual la intrarea în clinica a II-a oare recidivă.

Se face acelaș tratament și după două săptămâni părăsește serviciul complet, restabilită. A fost revăzută de câteva ori de atunci și A. V. se menține absolut normală — fenomenele discromatopsie dispărute complet și starea generală bună.

Și în acest caz a fost deci vorba de o neurită optică tip retrobulbară care însă spre deosebire de primul a recidivat după în interval de zece zile dela dispariția fenomenelor de neurită optică în urma tratamentului urmat în clinică.

Spre deosebire de primul caz în cel de al doilea A. V. a fost cu mult mai scăzut ($\frac{1}{60}$) însă și aci ca și la celălalt, vederea a revenit foarte rapid și fenomenele inflamatorii localizate la nivelul nervului optic au dispărut complet printr'un tratament antigripal.

Cea ce este interesant în ambele aceste cazuri este faptul că deși afecțiunea s'a prezentat de la început cu un caracter dramatic impresionant, totuși prognosticul lor a fost bun, ambele vindecându-se complet fără să lase vre'o urmă.

Tratamentul în ambele cazuri a fost un tratament anodin — un tratament antigripal, ocular ne făcându-se nici un tratament. Când infecțiunea gripală s'a vindecat și neurita optică a dispărut încât și în acest fel dovada etiologiei gripale a fost, încă odală demonstrată.

Concluziuni.

1. *Manifestațiunile oculare ale gripei nu sunt prea cunoscute.*

2. *Afecțiunile oculare întâlnite în timpul epidemiilor de gripă nu totdeauna sunt de origina gripală.*

3. *Cele mai multe dintre ele sunt datorite unei infecții prin agenți patogeni de infecție secundară (Streptococ, Bacilul lui Pfeiffer, pneumococ, stafilococ, etc.).*

4. *Gravitatea complicațiilor oculare este în raport cu agentul patogen și cu sediul localizării leziunii.*

5. *Neuritele optice retrobulbare de origină gripală se pare că sunt destul de frecvente.*

6. *Ele nu prezintă însă nici o gravitate vindecându-se complet prin dispariția gripei.*

Bun pentru imprimat.

Văzul și aprobat :

Prof. Mihail s. s.

Prof. Botez
decan.

Cluj, 20 Iunie 1928.

BIBLIOGRAFIE.

- Augstein* : Kl. Mon. f. Aug. 1919. II. 3. 541.
Bezancon : Patologie Medicale. Tom. 2. Paris 1926.
Blake and Cecil : Journ. exp. Med. 32. 1920.
Bôiz : Annales de l' institut Pasteur Octobre 1928.
Dujarnic de la Riviere : Le virus gripal, Paris 1920.
Frenkel : D. Med. Woch. 1920. Nr. 25, u. 43, Junius zt. f. Aug. 1920. S. 44.
Lereboulett : La grippe Les actualités médicales, Paris 1926.
Meyerhof : Kl. Mon. f. Aug. 1919. II. S. 600.
Netter : L' epidemie de grippe, Paris Medical.
Vicolle et le Bailly : Annales de l' Institutul Pasteur No. 6. 1919.
Patein : Academie de Medicine.
Selter : Deut. Mediz. Woch. 1918.
Vancea : Societ. Rom. de oftal. București 1928.
Wahl, White and Lagl : Journ. Inf. Dis. 25. 1919.
Zimmermann : Kl. Mon. f. Aug. 1919. II. S. 213.
-

