

# Cercetări statistice asupra evoluției sezoniere a Cherato- conjunctivitei flictenulare

TEZĂ  
PENTRU  
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 5 MARTIE 1936.

DE  
KERESZTESSY TIBERIU  
MEDIC DE SPITAL

TIPOGRAFIA „GLORIA”  
STR. I G. DUCA 8.



10/11



\* 4 4 0 0 0 3 3 3 0 \*

No. 960

# Cercetări statistice asupra evoluției sezoniere a Cherato- conjunctivitei flictenulare

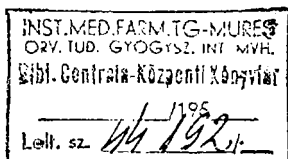


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 5 MARTIE 1936.

DE

**KERESZTESSY TIBERIU**  
MEDIC DE SPITAL

23 MAY 2005



TIPOGRAFIA „GLORIA”  
STR. I. G. DUCA 8.

UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I“ DIN CLUJ.  
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. D. MICHAÏL

Profesori:

Clinica stomatologică (agr.)	Prof. Dr. Aleman I.
Istoria medicinei (agr)	„ „ Boloș V.
Bacteriologie	„ „ Baront V.
Patologia generală și experimentală	„ „ Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică (agr)	„ „ Buzolanu
Istologia și embriologia umană	„ „ Drăgoș I.
Fiziologia umană (supl.)	„ „ Drăgoșu I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ Grigoriu C.
Semiologia medicală	„ „ Gota I.
Clinica medicală	„ „ Hașteganu I.
Medicina legală	„ „ Kernbach M.
Clinica oftalmologică	„ „ Michail D.
Clinica neurologică	„ „ Minea I.
Igiena și Igiena socială	„ „ Moldoveanu I.
Radiologia medicală	„ „ Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ Papișan V.
Clinica chirurgicală	} Pop A.
Medicina operatorie	
Clinica infantilă	} „ Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognosia (supl.)	
Balneologia (agr)	„ „ Sturza M.
Clinica dermato-venereă	„ „ Tătaru C.
Clinica urologică	„ „ Teșosu E.
Chimia biologică	„ „ Thomas P.
Clinica psihiatrică	„ „ Urechia C.
Anatomia patologică	„ „ Vasiliu T. u

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: D-l Profesor Dr. D. Michail

Membri: { „ „ „ Buzolanu Gh.  
 „ „ „ Botez A. M.  
 „ „ „ Baront V.  
 „ „ „ Popoviciu Gh.

Supleant: Dl. Doc. Dr. I. P. Vancea

Inchîn această lucrare memoriei  
regretatei mele mame ca semn de  
recunoștiința și dragoste





## **Introducere**

Cherato-conjunctivita flictenulară este una din afecțiunile oculare des întâlnite, atât în practica particulară, cât. și în cea de spital. Astfel, dintre bolnavii consultați la Clinica Oftalmologică din Cluj 5% prezentau cherato-conjunctivită-flictenulară. În această cifră nu intră afecțiunile eczematoase blefaritice și conjunctivale, neînsoțite de flictene corneene în evoluția lor. Această categorisire își are mai ales rostul în ceea ce privește conduita terapeutică, căci, pe când cazurile în care cornea nu este interesată sunt susceptibile de un tratament ambulatoriu, cazurile în care cornea este prinsă, reclamă aproape în 80% a cazurilor, internarea într'un serviciu de specialitate, atât din cauza simptoamelor grave subiective cât și pentru a scuti bolnavul, print'un tratament în de aproape condus și încontinuu adecvat stadiilor de evoluție ale afecțiunii, de primejdia gravelor complicațiuni ce pot rezulta.

Fiind o afecțiune așa de frecventă, și comportând în unele cazuri, nu prea rare, un prognostic puțin favorabil, e natural să fi provocat numeroase cercetări clinice și experimentale, pentru elucidarea etiologiei și patogeniei sale, date de prima importanță în stabilirea unei terapeutici eficiente. Dacă patogenia sa a fost în bună parte clarificată, mai ales datorită studiului biomicroscopic al leziunilor, etiologia sa nu a fost pe deplin lămurită, și multiplicitatea părerilor diferiților cercetători, ne-o dovedește aceasta în deajuns. În ultimul timp,

insă, este tot mai mare numărul acelorora, care incriminează drept factor etiologic al afecțiunii, o infecție tuberculoasă cu o virulență mai redusă.

Această teorie admisă, preocupările clinicienilor s'au îndreptat din nou asupra cauzelor favorizante și determinante în producerea acestei afecțiuni. Cunoșcându-se din patologia internă rolul factorilor fizici în producerea tuberculozei, s'a căutat să se vadă, dacă există o asemenea legătură și în cazul acestor manifestări oculare de origine tuberculoasă. Astfel autorii germani au căutat să stabilească o legătură între această afecțiune oculară și variațiunile calendarice exprimate prin noțiunea de timp și anotimp

Domnul Profesor Dr. D. Michail, dorind să stabilească dacă bolnavii clinicei Oftalmologice din Cluj, proveniți dela o altă latitudine geografică și trăind în condițiuni climaterice deosebite de acelea în care se aflau cei observați de cercetători străini, dau în curba înbolnăvirilor variațiuni similare, a aflat că, ținând seamă de corectivul geografic, se observă o identitate aproape perfectă.

În prima parte a acestei lucrări, voi căuta să redau, într'o scurtă privire de ansamblu, rezultatul ultimelor cercetări făcute de autorii străini în această direcție, iar în a doua, voi schița o parte din concluziunile anchetei statistice a Domnului Profesor Dr. D. Michail, căruia țin să-i mulțumesc și pe această cale pentru încrederea acordată, și pentru sprijinul nelimitat cu care m'a învrednicit atât în timpul școlarității, cât și în timpul cât, în Clinica Domniei-Sale, am lucrat la această teză.

---



## ***Influența timpului și anotimpului asupra apariției bolilor oculare.***

Încă de mult a fost observată legătura ce există între timp, anotimp și anumite boli. Acest fapt a rămas doar o simplă constatare, pe care o făceau toți clinicienii după un timp de practică, fără să constituie punctul de plecare al unor cercetări, care să lămurească acest fenomen. În ultimul timp, ajungându-se la concluziunea că rolul vitaminelor în producerea multor boli nu este chiar așa de capital dupăcum se credea înainte cu un deceniu și neaflându-se nici alte cauze materiale eficiente, s'a pus din nou în discuție influența patogenică a unor factori extrinseci, printre cari anotimpul, clima etc. Hans Hinrichs a studiat influența timpului și anotimpului asupra producerii bolilor oculare, având ca îndreptor datele înscrise în tratatele lui de R u d d e r. Rezultatul cercetărilor sale l-a publicat de curând (Iulie 1935.) în Zeitschrift für Augenheilkunde de unde voi reproduce în cele ce urmează punctele mai importante.

După de R u d d e r bolile cari intră în considerare se împart în următoarele două grupe mari. Prima cuprinde bolile cari se observă într'un anotimp anumit, însă în alte anotimpuri sunt mai rare sau lipsesc de tot. În consecință, stau în legătură cu schimbările ritmice ale climatului, cari corespund schimbărilor anotimpurilor. Sunt numite boli de sezon (Saisonkrankheiten.) Bolile din grupa a doua se observă mai ales în puține

zile, depărtate prin distanțe neregulate. Drept cauze ale acestor îmbolnăviri trebuiesc luate în considerare schimbările de timp, căci excelează prin durată scurtă, ele putându-se ivi în orice timp al anului. Aceste boli se numesc Boli meteorotrope sau de timp (Wetterkrankheiten.)

Dependența acestor boli de timp, este în mod natural, foarte impresionantă. De aceea n'au lipsit încercări pentru cercetarea felului acestor dependențe. Înșă toate aceste cercetări au condus în cele din urmă la rezultatul că, bolile nu sunt determinate de factori singulari, ca presiunea atmosferică, temperatura și umezeala, ci de un fenomen pe care-l cuprindem în noțiunea de timp.

În latitudinile noastre timpul este caracterizat într-un anumit loc prin prezența așa numitor corpusculi aeriani, cari se schimbă între ei în timpul zilei. De un interes mai mare pentru izbucnirea bolilor sunt după de R u d d e r nu chiar corpusculi aeriani, ci păturile de nestabilitate atmosferică. Acestea sunt în general păturile limitrofe în cari se lovesc 2 corpusculi aeriani.

Constatarea că boala este cauzată prin factorii timpului se bazează pe apariția în grupe a cazurilor în timpul trecerii păturilor de nestabilitate atmosferică și pe repetarea acestui fenomen în timpuri asemănătoare. În mod caracteristic se arată în același timp după de R u d d e r boli absolut diferite din punctul de vedere etiologic ca: crupul, eclampsia gravidelor, accesul acut de glaucom. Este necesar ca să existe anumite predispoziții pentru aceste boli. Organismul trebuie să fie deja schimbat în mod morbid, chiar și latent ca să se îmbolnăvească sub influența timpului în mod acut. Schimbul corpurilor aeriani reprezintă prin urmare numai factorul de manifestare al boalei, dar nuși cauza ei.

Dintre bolile oculare s'au dovedit ca boli de timp numai creșterea presiunii intraoculare în special acce-

sul acut de glaucom, precum și irita reumatică. S'a observat acuma în Clinica Greifswald că o altă boală oculară lasă să se recunoască formarea de grupe tipice. Este vorba de herpesul cornean în diferitele sale forme de manifestare, ca cheratita dendritică, superficială punctiformă și cheratita disciformă. E caracteristic că pacienții puteau să indice în mod exact perioada sau timpul în care a început îmbolnăvirea. E semnificativ că pacienți reduceau de cele mai multe ori cauza îmbolnăvirii lor, la rănirea prin corpuri străine. În cazurile acestea nu s'a putut însă observa nici un traumatism sau vreun corp străin. Pe de altă parte însă numărul cazurilor de herpes cornean era prea restrâns, că să se fi putut construi cazuri de grupe. Între grupe erau întotdeauna intervale mai mari sau mai mici, fără cazuri de boală. Autorul își dovedește concepția sa prin diagrame.

E de mult știut, că accesele eclamptice sunt condiționate și dependente de timp. S'a urmărit în consecință chestiunea aceasta dacă nu cumva și la herpesul cornean, îmbolnăvirile în grup ar fi dependente de schimbul vremii. Baza acestor cercetări o formau însemnările meteorologice ale stațiunii Greifswald, care au fost puse la dispoziție din partea institutului Fizic al Universității. A rezultat că, la toate cazurile de herpes cornean, cu formațiune de grupe, s'a putut deduce din însemnările meteorologice, trecerea unei păтури de nestabilitate atmosferică.

Sub influența păturilor de nestabilitate atmosferică, trebuie să ne închipuim după de R u d d e r efectul unor factori atmosferici până acuma necunoscuți, pe sistemul nervos vegetativ. Printre acești factori joacă verosimil, un rol foarte mare conținutul ionic schimbător al aerului. Prin urmare nervii influențați atmosferic, sunt cauzele nespecifice de manifestare ale bolilor de timp. Pe lângă aceștea trebuie să existe de bună seamă și o dispoziție specifică pentru apariția anumitor boli de timp.

În exemplul de herpes cornean trebuie să fie existent virusul de herpes. Prin schimbarea sistemului nervos vegetativ condiționată de timp, începe erupția acută de herpes pe corneea. Este curios începutul relativ des al bolilor, într'o perioadă în care noul front aerian nu a putut ajunge la locul înbolnăvirii.

Pe baza cercetărilor s'a ajuns la concluzia că la un mare număr de cazuri observate de herpes cornean n'au influențat cauze externe — ca rănirea corneei, erupția herpesului — ci o schimbare care atacă organismul întreg și în care are rol important influența timpului care este determinantă pentru izbucnirea herpesului. În coincidență cu cele expuse până acuma este constatare lui Marchesanis că îngrămădirea de cazuri de herpes are loc în lunile Februarie și Martie. Însă Marchesanis nu face răspunzător timpul pentru izbucnirea herpesului cornean ci el se gândește la o legătură între herpesul cornean și bolile de răceală condiționate de timp. Și Schmidt ajunge la rezultatul bazat pe cercetări statistice, că numai 1,7% din cazurile de înbolnăviri herpetice ale corneei sunt cauzate în mod neîndoios de o rănire a corneei. Concepția de atât de mare valoare în ce privește influența timpului asupra apariției herpesului cornean necesită o restrângere căci după experiențele clinice și alți factori, cari influențează sistemul nervos vegetativ, pot să cauzeze un herpes cornean. E de amintit faptul cunoscut că herpesul este un fenomen ce însoțește des anumite boli infecțioase cât și menstruația și vaso-neuroza.

Sunt diferențiate de bolile de timp cele de sezon. Chestiunea cauzei bolii sau așa numitul factor de sezon, nu se poate clarifica într'un mod unilateral, ca la bolile de timp. E de presupus, că pentru diferitele boli, cari intră în această categorie, nu poate să fie făcut responsabil unul și acelaș factor de sezon. Aceasta reiese foarte clar din faptul că sunt boli cu frecvență și

intensitate maximă vara și altele cu acelaș maxim iarna, sau primăvara.

Catarul primăvăratec este după cum arată și numele său o astfel de boală de sezon. Deoarece la Greifswald s'a observat numai foarte rar cazuri de catar primăvăratec autorul nu poate să ia poziție față de aceasta chestiune din cauza lipsei sale de experiență în această privință.

Între bolile cu maxim de anotimp sunt și acele, cari sunt provocate prin anumite obiceiuri de traiu ale populației în anotimpul respectiv. Astfel serbările cari se repetă la anumite perioade ale anului produc aglomerații de oameni și prin urmare se dă ocazie unei întinderi mai largi a bolilor infecțioase. Anumite obiceiuri în nutriția omenească, ca timpul postului, poate să conducă la inbolnăviri de masă produse prin avitaminoze. În cazurile acestea este vorba de boli de sezon aparente. Bolile de sezon veritabile trebuiesc să fie produse în totdeauna prin factori cari sunt de natură pur climaterică. O boală de sezon aparentă este de ex. ulcerul serpiginos al corneei cu îngrămădirea lui în lunile de recoltă. Astfel, dacă se formează statistica cazurilor observate în ultimii zece ani, se observă că maximum lor este în luna Iulie și August deși în diferiți ani parcursul curbei cazurilor nu este la fel.

Trebue să existe cauze pentru producerea ulcerului serpiginos cari se produc mai des în lunile Iulie și August, însă cari se întâlnesc ocazional și în celelalte luni. Știm că o rănire superficială a corneei este condiția pentru producere ulcerului serpiginos cornean. Numai 20% dintre pacienți nu putea să indice un astfel de traumatism. Dintre ceilalți 80%, majoritatea de 53% și au contractat rănirea în cursul lucrului lor agricol. 15% au suferit o rănire ocazională și restul de 11% au fost răniți printr'un efect de explozie sau schije, ca la căile ferate, carierele de piatră etc. Contingentul

principal în bolnavi de ulcer îl reprezintă deci populația rurală. Ocaziunile pe care le prezintă perioada de recoltă pentru rămirile superficiale ale corneei trebuie să conducă necondiționat la o aglomerație de inbolnăviri de ulcer serpiginos cornean în lunile Iulie și August.

Constatarea că o anumită boală, trebuie să fie considerată ca boală de sezon nu poate să reieșe dintr'o statistică ce se întinde asupra mai multor ani, cum e cazul ulcerului serpiginos al corneei ci maximum trebuie să cadă în fiecare an în aceeași lună.

Deoarece aceasta nu este cazul la ulcerul serpiginos nici nu poate să fie vorba de boală de sezon veritabilă, deci, ulcerul serpiginos este o boală de sezon aperlentă.

O altă boală oculară cu maximum de frecvență și de intensitate vara este conjunctivita cu diplobacili. Deja Axenfeld indică aglomerația acestor conjunctivite diplobacilare în anotimpurile calde și prăfoase. Gonin este de părerea că uscăciunea, praful și vântul favorizează infecția diplobacilară însă nu putea stabili o dependență clară de acest anotimp.

Usher și Fraser n'au aflat nici o influența a anotimpului în legătură cu această infecție. Ei stabilesc maxime în lunile Martie, August și Noemvrie. Din contra din revizuirea cazurilor tratate la Clinica Greifswald între 1923—1932 rezultă că în fiecare an se repetă aglomerația acestei boli, în lunile de vară.

Spre deosebire de curba de frecvență a ulcerului serpiginos cornean, curba conjunctivitei diplobacilare arată un parcurs regulat, dacă se face abstracție de mici oscilații, cari pot fi condiționate de întâmplare. O statistică a tuturor cazurilor observate arată o clară formațiune de grupă în lunile Iunie și Iulie.

Felul parcursului curbei face ca conjunctivita diplobacilară să apară ca o veritabilă boală de sezon cu maximum de intensitate și frecvență, vara. Un factor

cauzal în afară de condițiile anotimp-climaterice, cum e cazul la ulcerul serpiginos, nu s'a putut dovedi până acum la conjunctivita diplobacilară.

Printre bolile de sezon cunoscute până acum cu maxim de vară, preponderează bolile infecțioase ca tifusul și paralizia infantilă. Și conjunctivita diplobacilară este o boală ușor transmisibilă. Din contra, printre înbolnăvirile cu maxim de primăvară se află o serie întreaga de boli ca rachitismul, spasmofilia, pilorospasmul, eczema, boala lui Basedow. Din aceste fapte s'ar putea trage eventual concluzia că la bolile infecțioase de vară, ca conjunctivita diplobacilară, cauzele de boală sunt influențate din partea factorilor de sezon. În prima linie trebuie considerate condițiile prielnice pentru înmulțirea bacilului și modalitatea sa de transmisiune. În contrast cu acestea, la bolile de primăvară e de așteptat o influență a anotimpului asupra predispoziției endogene a omului față de boală.

În mod cu totul neegal și cu mult mai numeroase sunt bolile cu maximum de iarnă sau primăvară decât cele cu maximum de vară. Aceasta din cauza mai multor motive: Pe deoparte trebuie să indicăm după de R u d d e r, că frecvența de schimb de corpusculi aeriani în acest anotimp este mai mare decât vara. Trebuie să admitem în urma celor spuse până aici că, bolile de timp sunt de multe ori silite de a se transforma în boli de sezon cu maxim de primăvară.

Aceasta se referă de ex. la acele boli cari s'au ivit în urmă unei răcirii. La ochi trebuie luată în considerare din acest punct de vedere conjunctivita pneumococică, Deja acum 40 ani ni s'a atras atenția din partea lui A x e n f e l d, că conjunctivita pneumococică este mai frecventă toamna și iarna decât în celelalte anotimpuri. El a presupus încă atunci că clima sau alți factori, formează predispoziția pentru înbolnăvirea pneumococică a conjunctivei.

Numărul cazurilor observate era însă atât de mic, încât nu s'a putut stabili o curbă de frecvență pentru fiecare an în parte.

Pentru cea mai mare parte a bolilor de sezon cu maximum de frecvență și intensitate primavară, factorul de sezon se cunoaște tot atât de puțin ca și în cazul bolilor cu maximum de vară.

După de Rudder perioada finală a iernei și primăverii calendarice aduce o schimbare a metabolismului celular în corpul omenesc, care se poate considera ca fiind condus de secreția endocrină și de sistemul nervos vegetativ. Efectul acestor schimbări constă în faptul că organismul răspunde mai ușor factorilor morbizi, decât în circumstanțe normale și ușurează astfel formarea de maxim. Cât privește modificările organismului și anume creșterea eosinofililor în sânge de Rudder a adus dovada că sunt produse prin influența razelor ultraviolete

Printre bolile care trebuiesc considerate în grupa aceasta se află și scrofuloza. Din partea mai multor cercetători s'a stabilit că boalele scrofuloase de ochi sunt mai frecvente primavara, decât în celelalte anotimpuri (Wessely, Giallombardo Peyrer și Werner). Asupra cauzelor maximumului de primavară a scrofulozei, încă nu există o părere unanimă. De obicei se referă la asemănarea traiectului curbei de tuberculoză și la creșterea de frecvență a scrofulozei prin creșterea impresionabilității la tuberculina, primăvara. Pe de altă parte se presupun relațiuni între radiațiunile solare și apariția bolilor de ochi scrofuloase în care lumina solară crescândă primăvara ar exercita o iritație provocatoare de boală. (Peyrer și Kassner)

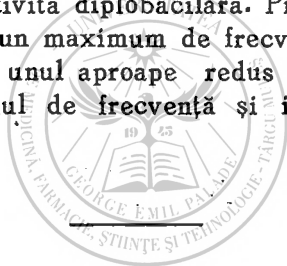
Curba bolilor oculare scrofuloase în intervalul dela 1923 la 1932 arată un traiect relativ regulat cu un maxim clar de primavară și unul mai mic de toamnă care reapar în fiecare an. După parcursul curbei putem



trage concluzia că avem de a face cu o boală de sezon adevărată.

În rezumat cercetările lui H i n r i c h s tind a dovedi influența timpului și anotimpului și în ceea ce privește patologia oculară. Anume arată că printre bolile oculare condiționate de timp s'au stabilit până acum creșterea presiunii intra oculare, mai ales accesul acut de glaucom și apoi irita reumatică. Și la herpesul cornean au rol provocător schimbările de vreme și mai ales trecerea păturilor de nestabilitate atmosferică în sensul ideilor lui de R u d d e r

Bolile oculare cu variațiuni ritmate de anotimp așa numitele boli de sezon sunt; dupăcum s'a stabilit din materialul cercetărilor anterioare la Clinica Greifswald: scrofuloza oculară, conjunctivita pneumococică și conjunctivita diplobacilară. Primele două boli arată foarte clar un maximum de frecvență și intensitate primavara și unul aproape redus toamna, pe când ultima are maximum de frecvență și intensitate vara.



## ***Despre maximul de frecvență și de intesitate primăvăratecă a bolilor oculare scrofuloase.***

Cercetările mai sus citate alui Hans Hinrichs au dovedit, că scrofuloza oculară este o boală de sezon cu maxim de iarnă și primăvară. Această variație în curba boalei trebuie considerată ca fiind condusă de anumite legi, ceea ce se poate deduce și din faptul că ea a fost observată la locuri cu latitudini geografice diferite.

Profesorul W. Rohr Schneider dela Greifswald s'a ocupat în mod special de afecțiunile scrofuloase oculare, studiind raportul dintre maximul lor de frecvență și anotimp. În cele ce urmează voi reda o parte din interesantele sale cercetări publicate concomitent cu cele mai sus citate alui Hinrichs în Zeitschrift für Augenheilkunde.

Și cercetătorii de mai înainte și-au format o părere despre cauzele schimbării de frecvență a boalelor după anotimp. După Wessely, Peyrer și Kassner cauza care ar determina creșterea de frecvență al scrofulozai ar fi efectul aproape instantaneu al luminei solare de primăvară, pe când Werner caută cauza în perioadă lipsită de radiațiuni solare și deci mai săracă în lumină. Lombardo consideră temperatura, scăzută ca motivul maximului scrofulotic în timpul iernei. Părerii că iritația de lumină ar fi cauza bolii i-se împotrivesc

ipoteza, că lipsa de lumină ar avea aceeaș proprietate.

Prin urmare, ar trebui cercetat mai înainte, dacă de fapt există o dependență a curbei scrofulozei față de mersul anual al soarelui. Cercetările sunt ușurate prin faptul că posedăm indicațiuni asupra împărțirilor lunare ale cazurilor de scrofuloză oculară din locuri cu latitudini geografice diferite. Așa Werner din Helsingfors, Hinrichs din Greifswald, Peyrer din Graz și Giolombardo din Palermo.

Din curbele stabilite s'au putut recunoaște că poziția maximului de curbă în cele patru locuri indicate corespunde aproximativ zilelor în care înălțimea solară are  $45^{\circ}$ . Din acestea deducem că permutația maximului de primăvară din februarie la Palermo până în Maiu în Helsingfors corespunde cam permutațiunilor începutului primăverii climaterice în diferite latitudini geografice. Așa încât cele mai multe îmbolnăvi de scrofuloză oculară în orice loc și independent de poziția geografică se observa atunci când soarele are în acel loc o înălțime maximă de  $45^{\circ}$ .

Ar trebui să considerăm acuma, ce fel de relație există între înălțimea solară și între scrofuloza oculară. Se poate că relațiile să fie în așa fel încât radiațiunile solare ar reprezenta o iritație provocatoare de boale, sau că lipsa de radiație solară ar mări predispoziția pentru boală. Tot așa ar fi posibil că radiațiunile solare în sine n'ar avea un efect propriu ci ar provoca fenomene climaterice cari la rândul lor ar fi cauza începutului scrofulozei oculare.

Părerea că ar exista un efect de iritație al radiațiunilor solare, se bazează pe teorie lu Moros despre primavara biologică, care ar începe cu mult mai înainte primăverii calendarice, deja pe vremea creșterii ascendenții solare. Dacă de fapt ar fi adevărat, că sporirea radiațiunilor școlare ar provoca o predispoziție mai accentuată pentru boală, atunci ar trebui să începă ascen-

dența curbei deja în Ianuarie sau în Februarie, spre a atinge culmea primăvara.

Rezultă că, curba pentru cazurile de boală își începe creșterea mai repede decât curba pentru radiațiunile solare ultraviolete. Prin acestea nu vreau să spun, că radiațiunile ultraviolete ar fi factorul principal al radiațiunilor solare. Este vorba numai de mărimi de comparație care nu lasă să se recunoască mersul unei anumite părți de radiațiune solară în timpul observației. O comparație între curba scrofulotică și durata luminei solară la Helsingfors duc la acelaș rezultat. Aci se poate stabili în Decembrie ascendența curbei de scrofuloză în timpul deșcreșterii duratei de lumină de solară.

Din cercetările lui Tiss Dall și Brown reiese că pe șes radiațiile ultraviolete ale soarelui devin la o ascendență solară de numai 35° atât de intensive, încât să vindece rachiștul la animale. La Greifswald se întâmplă acest lucru în 19 Martie adică într'un timp, în care curba de frecvență morbidă este deja aproape de culmea ei. Acest fapt permite concluzia, că lipsa de radiațiuni eu efect biologic ar mări predispoziția pentru o boală și nu creșterea intensității radiațiunilor ar fi cauza provocării boalei.

Din realitățile înșirate până acuma se poate concluda că un efect de iritație a radiațiunilor solare n'are influențe la formarea maximului de primăvară al scrofulozei oculare.

Din contra, trebuie să luăm în considerare părerea lui Werner, care spune că lipsa de lumină din timpul iernei favorizează formarea scrofulozei. Parcursul curbei ne-ar putea explica de ce la începutul iernii se observă o influență nefavorabilă din cauza unei radiațiuni solare insuficientă și care manifestă printr'o urcare înceată a numărului de îmbolnăviri. Influențele nefavorabile ajung maximul prin lipsă de lumină la acumulație la finele primăverii, până la creșterea as-

cendenței solare, când radiațiunile câștigă efectul lor vindecător, ceea ce are ca urmare o scădere a curbei. Această scădere a curbei se întâmplă în mod natural mai repede la Palermo (Martie) și mai târziu la Helsingfors (Iunie). Perioadele cele mai sărace în îmbolnăviri scrofulotice sunt lunile dela finele verii și începutul toamnei. În acest timp radiațiunile solare intense din lunile verii au un efect, care micșorează predispoziția pentru boală.

Nu trebuie accentuat că prin aceste considerațiuni s'a tratat numai una dintre circumstanțele scrofulozei oculare După R i e h m ar colabora cinci factori diferiți la producerea bolilor oculare scrofuloase și anume: tuberculoza generală, un grad anumit de imunitate, diateze exudative limfactice, leziuni locale din tegument și leziuni intercurrente generale. La cele din urmă socotește R i e h m și influențele anotimporanee.

S'a putut dovedi că influențele anotimporanee conduc la variația în mod determinat a frecvenței de boală și în locuri diferite, ca poziție climaterică și climatologică. Efectul acestor influențe anotimporanee ni-l putem închipui cu cunoștințele noastre de până acuma ca producând o schimbare a sistemului nervos vegetativ, care la rândul ei influențează impresionabilitatea la tuberculină. H a m b u r g e r și O s s o i n i g au stabilit o variațiune după anotimpuri a impresionabilității la tuberculina, și au aflat o creștere în timpul primăverii. Intrucât ar putea să fie vorbă de o influență directă a radiațiunilor solare pentru mărirea predispoziției de boală, e cu mult mai verosimil ca s'ar putea să se facă răspunsabilă lipsa razelor cu efect biologic, decât un efect iritativ al radiațiunilor la ascendența solară crescândă.

---

## ***Studiul statistic al cazurilor de cherato-conjunctivita flictenu- lară observa'ă la Clinica Oftal- mologică în anii 1925-1934.***

In cele ce urmează voi reda datele privind bolnavii suferind de cherato-conjunctivită flictenulară consultați și tratați la Clinica Oftalmologică din Cluj dela 1925-1934. Din această statistică au fost excluși bolnavii cari nu prezentau leziuni flictenulare corneene, dar au fost inglobați cei care pe lângă leziunile cherato conjunctivale prezentau și o blefarită de aceeaș natură.

In tabloul următor am notat numărul cazurilor re-partizate pe ani și luni.

## TABLOUL I.

	Luna	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	Total
Anul	1925	14	15	11	20	35	33	22	18	15	17	9	5	214
"	1926	14	16	26	16	9	31	21	29	16	14	21	6	119
"	1927	7	7	15	29	36	24	21	17	21	17	20	9	223
"	1927	14	8	26	18	20	24	14	14	11	7	22	15	193
"	1929	9	15	17	22	28	24	21	5	13	10	15	8	187
"	1930	14	17	31	18	31	24	13	13	8	—	8	5	182
"	1931	22	4	7	6	10	9	13	9	2	15	10	?	107
"	1932	15	7	16	15	17	11	15	6	12	6	4	5	128
"	1933	9	2	10	3	9	5	9	5	2	4	4	6	69
"	1934	10	12	12	12	9	7	13	9	13	7	9	14	127
1924—934		127	103	171	159	204	192	162	125	111	97	123	75	1649

Analiza acestui tablou ne arată un număr mai mare de bolnavi suferind de cherato-conjunctivită flictanulară în anii 1925—1930 și mai redus în anii 1931—1934.

Acest fapt nu ne indică însă o scădere reală a îmbolnăviților, de această afecțiune, deoarece, raportând aceste cifre la numărul consultațiilor anuale găsim în ambele cazuri acelaș procent de aproximativ 5%.

Se observă însă, că numărul îmbolnăvirilor este mai mare în lunile Martie—Iulie.

Totalizând aceste cifre pe zece ani și raportând la cifra îmbolnăviților pe zece ani (888 la 1649 cazuri) obținem un procent de 53,8%, în loc de 41,66%, cifra care ar reprezenta procentul în cazul când ar fi vorba de o repartitie egală pe luni.

Aceste date sunt în totul concordante cu cele expuse în lucrările lui Hans Hinrichs și W. Rohrschneider.

Totodată tabloul ne evidențiază și acel de al doilea maxim al autorilor germani plasat aici în decursul lunii Noiembrie. Repartizate pe sexe, aceste 1649 de cazuri observate în timp de zece ani se repartizează astfel:

barbați	759	46%
femei	890	54%

Total: 1649 100%

Prin urmare procentul femeilor suferind de această afecțiune este mai mare, decât al barbaților.

Impărțind cazurile după vârste și făcând 2 cate-



gorii, în prima însriind bolnavi până la 15 ani, iar în a doua pe cei peste 15 ani, obținem

sub 15 ani	785 bolnavi	47,60%
peste 15 ani	864	» 52,40%
<hr/>		
Total:	1649	100%

Reiese deci, că indivizi până la 15 ani ne dau aproape 50% din inbolnăvirile totale de această afecțiune.

Această constatare cadrează cu datele cunoscute de medicina generală referitoare la infecția tuberculoasă.





## **Concluțiuni**

1. Bolile oculare de sezon sunt: scrofuloza oculară (și cherato — conjunctivita flictenulară,) conjunctivita pneumococică și conjunctivita diplobacilară.

2. Curba inbolnăvirilor de scrofuloza oculară (și cherato-conjunctivita flictenulară) prezintă o urcare între Martie—Iulie și o altă mai mică în Noembrie. Maximul dela începutul iernii e dat din cauza radiațiilor solare insuficiente. Influențele nefavorabile ajung maximul prin lipsă de lumină la acumulație la finele primăverii dând urcarea curbei, până la creșterea ascendenței solare, când radiațiunile solare câștigă efectul lor vindecător, ceea ce are ca urmare oscădere a curbei.

3. Rezultatele cercetărilor făcute de Clinica Oftalmologică din Cluj ne arată o identitate perfectă cu rezultatele descrise de cercetători din Helsingfors, Greifswald, Graz.

4. 54% din inbolnăviri se observă la femei, iar la bărbați numai 46%.

5. 47,6% din inbolnăviri le dau indivizi până la 15 ani, iar 52,4% le dau indivizi peste 15 ani.

Văzută și bună de imprimat

Cluj, la

1936.

Decanul Facultății :

(ss.) Dr. D. MICHAİL.

Președintele tezei :

(ss.) Dr. D. MICHAİL.



## *Bibliografie.*

1. de R u d d e r, Wetter und Jahreszeit als Krankheits-  
factoren. (Berlin 1931)
  2. H. H i n r i c h s Einfluss von Wetter und Jahreszeit  
auf die Entstehung von Augenkrankheiten. (Zeit-  
schrift für Augenheilkunde) 1935 B. 86 p. 270.
  3. G i o l l o m b a r d o. Boll. D'oculist (1924)
  4. M i c h a i l D. Tratat de Oftalmologie.
  5. R o h r s c h n e i d e r Über den Frühjahrgipfel der  
scrofulösen Augenkrankheiten.
  6. Foile de observație Clinicei Oftalmologice din Cluj  
ntre anii 1925—1930—1934. (in timp de zece ani)
  7. G o n i n Revue medic. de la Suisse romande 1899 p. 89
-