

13 47
UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

NO. 1304

STATISTICĂ

ASUPRA PTERIGIONULUI PE ULTIMII ZECE
ANI (1927/1937) ÎN CLINICA OFTALMOLOGICĂ
DIN CLUJ ȘI OBSERVAȚIUNI CLINICE ASUPRA
PTERIGIONULUI CU TRAHOMUL
ȘI CATARACTA



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 Iunie 1938

DE

KALKÓ ELENA

STATISTICĂ

ASUPRA PTERIGIONULUI PE ULTIMII ZECE
ANI (1927/1937) ÎN CLINICA OFTALMOLOGICĂ
DIN CLUJ ȘI OBSERVAȚIUNI CLINICE ASUPRA
PTERIGIONULUI CU TRAHOMUL
ȘI CATARACTA

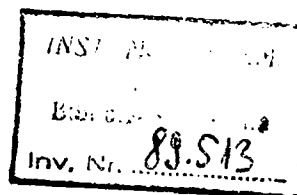


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 30 IUNIE 1938

DE

KALKÓ ELENA

24 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr M. Sturza

Profesori:

Clinica stomatologică	DI. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Microbiologia	” ” ” <i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană	” ” ” <i>Benetato Gr.</i>
Istoria medicinei	” ” ” <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” ” <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ” ” <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	” ” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologia medicală	” ” ” <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” ” <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	” ” ” <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	” ” ” <i>Kernbach M.</i>
Clinica Oftalmologică	” ” ” <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ” ” <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ” ” { <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ” ” { <i>Ag. Zolov M.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” ” <i>Negru D.</i>
Clinica chirurgicală	” ” ” <i>Pop A.</i>
Medicina operatorie	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica infantilă	” ” ” <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (Supl.)	” ” ” <i>Secăreanu Șt.</i>
Chimia	” ” ” <i>Sturza M.</i>
Balneologia	” ” ” <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	” ” ” <i>Teposu E.</i>
Clinica urologică	” ” ” <i>Manta I.</i>
Chimia biologică	” ” ” <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	” ” ” <i>Vasiliu T.</i>
Anatomia patologică	DI. Conf. Dr. <i>Bărbulescu N.</i>
Fizica medicală	

Juriul de promoție:

Președintele tezei: DI. Prof. Dr. *D. Michail.*

Membrii: { DI. Prof. Dr. *Gr. Benetato.*
DI. Prof. Dr. *V. Bologa.*
DI. Prof. Dr. *V. Baroni.*
DI. Prof. Dr. *A. Pop.*

Supleant: DI. Docent Dr. *Vancea.*

CONSIDERAȚIUNI GENERALE ASUPRA PTERIGIONULUI

Pterigionul este o afecțiune cunoscută de medicii tuturor timpurilor începând din antichitate fiind citat în Papirusul Ebers din Theba. Are o formă triunghiulară, câte odată de suprafață strălucitoare, tendinoasă altă dată roșie cărnosă, având sediul de predilecție în partea nasală a conjunctivei bulbare sau în partea temporală, foarte rare fiind cazurile citate în literatură cu altă localizare. Deci în imensa majoritate a cazurilor pterigionul respectă linia fantei palpebrale fiind îndreptată cu baza triunghiului cel reprezentă către unghiul palpebral iar cu vârful triunghiului către limb sau chiar pe corneie putând-o invadea până la centru.

Evoluția unui pterigion este cunoscută bine în clinică, natura sa însă este învăluită de mister. Morax în ediția 1932 a Precis-ului său afirmă în ce privește natura pterigionului, că este complet necunoscută. Pentru elucidarea acestei probleme s'au emis foarte multe ipoteze: Scarpa atribue pterigionul unei conjunctivite, de asemenea Ortin, altă grupă de autori între cari Stellwag și Arlt dau mare importanță unei pierderi de substanță la nivelul corneei, herpes, eroziuni ulcerțiuni superficiale și pterigionul n'ar fi altceva decât un proces de cicatrizare. Această teorie are mulți aderenți între cari Hornér, Wecker, Goldziher, însă este combătută de altă grupă de autori, în primul rând de Fuchs care admite originea pterigionului în pinguiculă. S'au văzut însă pterigioane în unghiurile palpebrale unde nici când nu vom putea observa pinguicula. Infine sunt încă o serie de teorii unele caută să facă legătură între pterigion și părțile pleoapelor, alții acuză tromboza unei artere conjunctivale sau chiar infecție cu niște vibrioni, sporirii și acțiunii acestor bacterii ar trebui să datorăm progresiunea pterigionului.

Nu numai în ce privește natura pterigionului există divergențe de păreri, dar chiar și în ce privește istologia. Unii autori văd inflamație, alți proliferații polipoide, țesut neoformativ, Fuchs am văzut că găsește vestigiile pinguiculare, alții găsesc o transformare locală a epitelului sau o simplă proliferare de epiteliu. Stella a descris degenerescență mucoasă sau coloidală acompaniată de burgeonarea epitelului. Cei mai mulți însă găsesc formațiuni glandulare asociate cu o plisare a conjunctivei. Din toate cele amintite rezultă în modul cel mai demonstrativ că nu prea știm mare lucru despre natura pterigionului.

Examenul microscopic este diferit după cum este vorba de capul pterigionului sau de corpul său. Capul este de multe ori ascuțit mai rar bombat sau chiar concav, dințat, și prezintă un cearcân ce este foarte vizibil la lupă și după care vom putea spune dacă pterigionul este evolutiv sau staționar. Stroma capului pterigionului este constituită din elemente fibrogene tinere compuse din celule și fibrile.

Această porțiune de pterigion nu prezintă vase. Epiteliul capului pterigionului nu este nici odată străbătut de fibrele stromei, constituind pentru ele o barieră perfectă așa că pterigionul nu avansează prin infiltrarea fibrelor ci prin epiteliu său de acoperire.

Capul pterigionului este acoperit de un epiteliu constituit din trei straturi de celule demonstrate prin cercetările lui Fuchs și anume: un strat profund de celule rotunde, un strat mijlociu de celule stelate și în fine stratul superficial compus din celule cilindrice. Epiteliul din loc trimite în stroma diverticuli glandulari. Stroma corpului pterigionului este compusă din țesut conjunctiv uneori foarte vascularizat de aici formele zise cămoase de pterigion. Există apoi o formă de pterigion staționar unde stroma suferă un proces de scleroză. Un pterigion în evoluție, dacă se oprește devenind staționar denotă apariția țesutului conjunctiv adult în interiorul său.

Între factorii adjuvanți în producerea unui pterigion trebuie să admitem în primul rând profesia întru cât s'au observat numeroase cazuri la indivizi cari trăiesc în praf, vânt, căldură radiantă (bucătari) cei expuși în general variațiunilor condițiunilor atmosferice. Această observațiune va trebui

interpretată în sensul că în aceste circumstanțe se produc acțiuni iritative repetate asupra conjunctivei și mai ales conjunctivei bulbare expuse prin faptul că nu este acoperită de pleoapă când ochiul este deschis. Putem cita cazul prezentat de Lantshere sub titlul de pterigion profesional, un cazanilor cu pterigion AO și în producerea căruii am putea lua drept adjuvant căldura radiată la care era expus. Raynold din Texas găsește un mare număr de pterigioane în țara sa care este călduroasă seacă și prăfoasă.

Din punct de vedere al evoluției clinice pterigionul se va comporta diferit în cele două forme ale sale anatomo-patologice văzute mai sus. Forma cu țesut conjunctiv sclerotic adult va rămâne staționar de îndată ce s'a stabilizat în această formă. Pterigionul forma cărnosă, roșie și cu un cap înconjurat de acei cearcâni gelatinoși va, fi evolutiv, va invadea cornea aducând după sine turburări fie directe prin evadarea câmpului pupilar corneean: fie indirecte prin modificările ce le produc în ce privește curbura corneei dând astigmatisme regulate mai rar, aproape totdeauna astigmatisme neregulate deci încorijabile prin lentile cilindrice. Intre varietățile anormale de pterigion Menacho (Barcelona) descrie pterigionul malign prin recidivele frecvente, pterigionul chistic și pterigionul perforant comunicând cu camera anterioară. În fine ar mai fi de amintit degenerarea epitelionatoasă.

Tratamentul pterigionului se face după foarte multe procedee, în general însă două sunt procedeele dela care se pleacă în diferitele variante. În primul rând operația cea mai simplă adică rezecția și refacerea conjunctivei prin sutură, este o metodă bună însă dă recidive uneori. A doua metodă este deviația pterigionului în fundul de sac inferior sau superior, este o metodă care nu dă recidive.

După această dare de seamă pe scurt asupra subiectului statisticii noastre vom trece în revistă datele culese. Ancheta noastră se limiează la cazurile de pterigion operate în Clinica Oftalmologică din Cluj în ultimii 11 ani adică din 1927—1937 inclusiv. Numărul total al bolnavilor de pterigion în acest interval a fost de 155 și anume 76 au beneficiat de tratament fiind internați în Clinică iar 79 au fost operați ambulatori. Bolnavii cu pterigion internați în Clinică constituiesc 66 ca-

zuri față de totalul bolnavilor internați, 6751 adică 1.1%. M. Fuchs în articolul asupra „pterigionului” între altele găsește la 50 de cazuri 36 la bărbați și 14 la femei deci o predominanță a acestei afecțiuni la bărbați.

In ancheta noastră am găsit următoarele :

	Internați	Neinternați	Total
Femei	28	24	52
Bărbați	48	55	103
Total	76	79	155

In concluzie predominanța pterigionului la sexul masculin reiese și din ancheta noastră atât asupra cazurilor internați în serviciu cât și cele tratate în ambulatoriu.

O problemă care ni-s'a părut a fi interesantă este chestiunea localizării pterigionului:

Am găsit între cele 155 cazuri de pterigion aproape toate posibilitățile de localizare și combinare a localizării unui ochiu față de celălalt astfel am găsit:

- pterigion intern AO
- pterigion intern OD (unic)
- pterigion intern OS „
- pterigion intern și extern acelaș ochiu
- pterigion dublu AO (intern și extern)
- și în sfârșit Pterigion intern OD și dublu OS.

Iată tabloul cu cifrele corespunzătoare:

Localizare	Număr de cazuri	Procent față de total
Pterigion int. AO	41	26.40%
Pterigion int. OD	55	36.8%
Pterigion int. OS	53	33.2%
Pt. dublu monolat.	2	1.2%
Pt. dublu bilat.	2	1.2%
Pt. dublu de o parte și simplu de altă	2	1.2%
Total	155	100.0%

Din tabloul alăturat rezultă că în majoritatea cazurilor întâlnim pterigionul intern fie bilateral fie monolateral și într-o mică procentualitate pterigioanei duble la acelaș ochiu sau bilateral sau în sfârșit combinația întâlnită de noi în două cazuri din 155 ce la o parte să fie un pterigion simplu iar la

părtea opusă unul dublu. Procentul cel mai mare este constituit de pterigionul intern OD, apoi pterigionul intern OS și la urmă pterigion intern bilateral celelalte cazuri le întâlnim rar.

Fuchs în articolul său asupra „pterigionului“ constată apariția acestei afecțiuni cu frecvența cea mai mare în raport cu vârsta la media vârsta de 48 ani iar vârsta cea mai mică de 21 ani.

Noi am grupat cazurile observate pe decade vârsta și am constatat următoarele cifre de frecvență:

Vârsta bolnavilor	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—85
Numărul de cazuri	4	14	18	17	17	4	2

Am avut în vedere numai bolnavi cari au fost internați în Clinică. Din tablou reese că am avut cele mai frecvente cazuri de pterigion în limita de vârstă 30—40 ani. În general însă se constată și aici fapt constat și de Fuchs că pterigionul apare la indivizii maturi 20—60 de ani cu frecvența cea mai mare.

Tot în legătură cu ancheta asupra pterigionului în Clinica Oftamologică din Cluj ne propunem a stabili în ce măsură se poate întâlni pterigionul asociat de trahom de cataractă sau prezentând în același timp aceste cazuri sub titlul de observațiuni Clinice. În cadrul celor 155 bolnavi de pterigion am întâlnit asociat trahomul în 7 cazuri iar cataracta în 6 cazuri. Deci asociația pterigion-trahom 4.51% iar pterigion cataracta în 3.87%.

Vom expune pe scurt aceste 13 cazuri Clinice interesante urmând să se facă apoi câteva considerațiuni generale:

Asociație între pterigion — trahom și pterigion — cataractă

Observațiuni Clinice

OBS. I. — Văd. S. Ana de 52 ani, casnică în antecedentele eredo colaterale nu prezintă nimic important. În antecedentele personale neagă boli infecto contagioase și venerice.

Boala actuală datează de un an cu lăcrămare abundentă secreție conjunctivală ce face să se lipească pleoapele în fiecare dimineață. În ultima lună începe să scadă vederea pro-

gresiv AO. Fenomenele inflamatorii conjunctivale se accentuează, încât bolnava se decide a se consulta de medic. La examenul obiectiv se constată fotofobie lăcrimare secretie conjunctivală pleoapele sunt îngroșate cu margini iperemice, cilia fiind aglutinații de secreție. Pleoapele inferioare cu tendința la entropion, conjunctivele sunt congestionate la nivelul tarsului și fundurilor de sac iar la întoarcerea pleoapelor cu întorcătorul foliului multilobii preserați pe întreaga suprafață, plensase dând mici emoragii. Fundurile de sac conjunctivale inferioare scurtate. Conjunctivele bulbare congestionate prezentând AO în partea internă formațiune triunghiulară cu baza la nivelul cutei semilunare și cu vârful pe teritoriul cornean invadând parțial câmpul pupilar. Cornea AO prezintă pierderea luciului și transparenței normale, este vascularizat prin vase anastomozate mai întens OS decât OD. Cu oarecare dificultate se poate observa că pupilele sunt regulat rotunde și camera anterioară este de profunzime normală.

Din punct de vedere funcțional acuitatea vizuală este OD 5/50 OS 1/70 alte examinări nu se pot face.

Tratamentul s'a inaugurat prin antiseptice oculare puternice nitrát 1% precipitat asociate cu atropine cu scopul de a obține o aseptizare pe cât posibilă conjunctivală. După 12 zile conjunctivele au devenit palide rămânând doar cele două triunghiuri reprezentate prin pterigion. S'a practicat apoi tarzectomie simplă Kuhnit la ambele pleoape superioare, continuând cu antisepticele oculare asupra foliuliilor trahomatoși cantonați la nivelul pterigionului s'a făcut galvano cauterizare tot așa și pentru foliulii de pe conjunctivă tarzală și a fundurilor de sac. După ce tot țesutul necrotic s'a diminuat s'a procedat la intervenția asupra pterigionului OD apoi OS și anume deviere în fundul de sac inferior. După 5 zile sau scos firele de sutură conjunctivală se aplică argirol. După 2 luni bolnava părăsește serviciul prin prescripție de picături glicerinatate de sulfat de cupru 1%.

OBS. II. — L. Vasile 28 ani factor postal, în antecedente eredo colaterale nu găsim fapte importante. Personal a suferit înainte cu 2 ani de trahom AO fiind tratat în Clinică. De câteva luni prezintă din nou secreție, lăcrimare, scăderea vederii OS. El consultă un medic care-l îndrumă din nou în Cli-

nică. Din punct de vedere obiectiv constatăm OD o îngroșare a pleoapei superioare conjunctivale tarsale și fundurilor de sac sunt cicatriciale, în rest aspect normal. OS prezintă pleoapele cu marginile libere îngroșate și congestive, congestie și secreție conjunctivală, conjunctivă tarzală și a fundurilor de sac prezintă foliculi gelatinoși în număr mult mai mult la colțuri, în rest aspect cicatricial. Conjunctiva bulbară prezintă o formațiune triunghiulară în partea nazală corespunzând unui pterigion intern! Corneea este de transparentă redusă în urma vascularizației pe care o prezintă, de asemenea și luciul este dispărut.

Tratamentul s'a inaugurat prin antisepticele obișnuite prin nitrat, precipitat asociate cu antropina. După ce congestia conjunctivală s'a redus și secreția a dispărut s'a practicat masaj cu acid-boric OS, urmând apoi tratament cu astringente cât timp persistau false membrane. După ce terenul s'a liniștit s'a făcut devierea pterigionului în fundul de sac inferior. Bolnavul prezenta la intrare acuitate vizuală OD 5/5 OS 5/10.

OBS. III. — K. Anica, 40 ani casnică, în a cărei antecedente eredo colaterale nu remarcăm nimic important, iar antecedente personale neagă boli infecto-contagioase și venerice. A avut 3 nașteri la termen.

Boala oculară sa prezentat de un an când a remarcat jenă ușoară apoi înepături cu secreție AO. De câteva luni a scăzut vederea remarcabilă. Din punct de vedere obiectiv prezintă AO lăcrămare secreție abundentă ce aglutinează cilii. Pleoavele superioare sunt îngroșate având marginile libere congestionate, conjunctivele palpebrale și ale fundurilor de sac sunt presărate de granulațiuni de aspect gelatinos de mărimi diferite ce plănesc la întoarcerea pleoapelor. Conjunctivele bulbare sunt congestionate iar la OD, prezintă pterigion intern ce invadează parțial corneea. În partea superioară a ambelor corneei se prezintă un început de panus corneean.

Tratament. Nitrat de argint, precipitat galben Hg timp de 5 zile apoi raclajul conjunctivelor cu cūreța. În zilele următoare ștergerea falselor membrane, astringente. Bolnava pătrășește serviciul la cereșă, proprie așa că nu i-se mai face intervenția pentru devierea pterigionului.

OBS. IV. — V. Pavel; 52 ani, plugar n'a suferit de boli infecto-contagioase sau venerice.

Boala oculară datează de 14 ani însă după afirmațiuni a

mai suferit cu ochii înainte cu 18 ani când a fost operat de conjunctivită granuloasă. Boala actuală a evoluat foarte lent fără acuze mari până în ultimele luni de când vederea a scăzut progresiv așa că la intrarea în serviciu acuitatea vizuală era OD 2/40 OS numără degetele dela 50 cm. distanța. Bolnavul observă motivul acestei scăderi de vedere și anume remarcă o perdea ce se întinde dela unghiul intern ocular AO peste corneea mergând din lăuntru înafară. Examinând bolnavul observăm că evorba de pterigion intern AO ce pleacă dela o bază internă foarte largă și invadează corneea până în câmpul pupilar formând în ambele părți prin latura inferioară câte un frâu maternic conjunctival.

Ca tratament se practică devierea pterigionului ambele părți.

OBS. V. — Văd. B. Ana, 47 ani, casnică, în familie a survenit un caz de tuberculoză și unul de febra tifoidă. Iar în antecedentele personale neagă boli infecțioase sau venerice.

Boala oculară a survenit acum un an și jumătate când a observat întâiu la OS apoi și la OD jenă înlepături secreție lăcrămare dimineața se trezea cu pleoapele totdeauna lipite iar în ultimul timp scade vederea OS. A consultat medicii a urmat diferite tratamente aproape fără rezultat. Examenul obiectiv arată pleoapele superioare îngroșate în falsă ploză conjunctivele palpebrale și a fundurilor de sac presărate cu foliculi gelatinoși de diferite mărimi. La OS constatăm în plus în partea nazală triunghiul tipic format de un pterigion care a invadat pe distanță cam de 2 mm cornea. În rest aspect normal.

În timp cât a fost internat în Clinică i-s'a făcut tratament obișnuit al trahonului și nu s'a intervenit asupra pterigionului.

OBS. VI. — M. Florea, 51 ani, casnică a avut 9 copii dintre cari au murit 8 în prima copilărie. Personal neagă orice suferință până în prezent.

Boala oculară datează de 3—4 luni de când are senzație de corp străin conjunctival secreție AO și diminuarea vederii mai ales la OD. Obiectiv constatăm pleoapele superioare îngroșate cu marginele libere congestive, secreția aglutinează cilii. Conjunctivele palpebrale și a fundurilor de sac sunt presărate de foliculi cari plesnesc la întoarcerea pleoapelor.

Conjunctivele bulbare congestionate AO prezintă pterigion intern ce invadează cam 2—3 mm. suprafață corneeană. În plus OD prezintă în partea superioară a corneei un început de panus corneean.

Tratamentul aplicat în acest caz s'a adresat deasemenca în primul rând trahomului prin cele trei faze sale, adică asepticizarea sacului conjunctival prin nitrat și precipitat, apoi raclearea foliiculelor, trahomatozi și însfârșit după dispariția falselor membrane creonaj cu sulfat de cupru. În ultima etapă s'a intervenit asupra pterigionului întâi la ochiul OS apoi la OD prin deviere în fundul de sac inferior.

OBS. VII. — F. Rozalia, 18 ani, casnică, cu antecedente erodocolaterale și personale fără importanță.

Boala oculară datează de șase luni de când are secreție conjunctivală, lăcrămare, îngroșarea pleoapelor, iar la OD partea internă se observă o roșeață persistentă ce se mărește acoperind corneea din ce în ce mai mult. Examenul obiectiv arată că întreaga suprafață a conjunctivelor palpebrale și a fundurilor de sac conjunctivale sunt acoperite de granulațiuni floride ce aduc o îngroșare remarcabilă a conjunctivei. În ce privește OD observăm în general o congestie mai accentuată a conjunctivei bulbare ca de partea opusă iar în partea nazală pterigion intern cu bază foarte largă și vârful triunghiular invadând corneea până aproape pe proiecția marginii pupilare.

Tratamentul a fost similar cu cel aplicat cazurilor anterioare, adresându-se trahomului apoi s'a făcut devierea pterigionului.

OBS. VIII. — S. Dănilă 68 ani, plugar.

Bolnavul observă de vre-o 5 ani că pe ambii ochi apar niște formațiuni cărnoase în parte nazală ce în extenziunea lor invadează corneea aducându-i diminuare foarte accentuată a vederii. La intrarea în Clinică vederea AO era de 3/70 obiectiv se constată conjunctivele congestionate și ușor secretante, conjunctiva bulbară bilateral prezintă în partea nazală pterigion nazal tipic triunghiular cu baza înspre nas și vârful invadând zona pupilară a corneei. OS prezintă în plus câmpul pupilar de culoare ceunșie din cauza cristalinului cataractat. Aceasta opacifiere a corneei se observă numai la examinarea oblică pe sub capul pterigionului.

Tratamentul s'a făcut numai în ce privește pterigionul

făcându-se deviere în fundul de sac inferior întâi la OD apoi la OS.

OBS. IX. — S. Genița, 55 ani, casnică a cărei mamă a murit în urma unei apoplexii iar tatăl a murit de o afecțiune cardiacă. A avut 17 copii dintre care 12 au murit în prima și a doua copilărie. Personal neagă boli infecto contagioase este în menopauză de 7 ani.

Boala oculară datează de 2—3 ani când bolnava observă fără alte cauze subiective scăderea vederii întâi la OD în fața căruia vede muște volante apoi OS. Diferitele figuri ce dansau înaintea OD luau diferite colorații. A fost internată la serviciul Clinicii unde din punct de vedere funcțional se constată senzația de lumină a ochiului drept și OS 5/10 obiectiv OD se constată pterigion intern a cărui cap ajunge până aproape de centrul corneei, câmpul pupilar opalescent întocmai ca și la OS din cauza unei cataracte incipiente.

Ca tratament se face intervenția asupra pterigionului OD.

OBS. X. — T. Cristina, 51 ani, casnică în a cărei familie a survenit tuberculoza și anume bărbatul a murit de Tbc., pulmonar un copil mort de meningita iar altul de o afecțiune pulmonară ce ar corespunde cu o tuberculoză. Personal a suferit de febra tifoidă în copilărie este o veche suferindă cu ochii; a fost încă internată în Clinică și a avut multe tratamente oculare pentru conjunctivita exematoasă ce o prezenta.

Boală pentru care a fost internată ultima oară se datorește unui traumatism înainte cu 3 săptămâni asupra OD după afirmațiunile bolnavei. La examenul obiectiv se constată o fotofobie foarte accentuată, secreția conjunctivală abundentă. Conjunctiva foarte congestionată inclusiv conjunctiva bulbară mai ales pericheratic AO prezintă pterigion intern cu capul ajungând până în centrul corneei. Se face tratamentul pentru conjunctivita exematoasă pe care o prezintă prin toate mijloacele terapeutice, secreția fotofobia lăcrimarea diminuează și bolnava părăsește serviciul pentru a continua tratamentul acasă. După un an se reîntoarce și de data aceasta se poate observa că pe lângă pterigion AO prezintă o cataractă capsulară anterioară OS.

OBS. XI — Ileana, 27 ani, casnică, nu prezintă în antecedentele eredo colaterale și persoanele foarte importante de

cât în ceea ce privește boala oculară care a început la vârsta de 3 ani survenind în etape cu dureri oculare AO fotofobie cefalee fenomene cari după tratament s'au amendat în repetate rânduri însă în fiecare dată aduceau după sine diminuarea vederii. La vârsta de 8 ani a avut din nou un atac acut cu dureri mari oculare și dureri de cap în urma cărora ochii și-au pierdut foarte mult din acuitatea vizuală.

Înainte cu 2 ani în urma unui asemenea puseu de boală a pierdut complet vederea OS iar OD a rămas cu senzația luminei. În ultimele 2 săptămâni are dureri foarte mari de cap și de ochi. La examenul obiectiv se constată: OD leucom central pterigion intern care a ajuns să cuprindă corneea aproape până în centru cataractă subcapsulară OS. Leucome multiple pterigion intern secluzie pupilară cu cataracta patologică și ipotonie oculară. Tenziunea oculară OD 20 mm. OS 6 mm. Hg.

Ca tratament i-s'a făcut instilații de atropină în urma cărora însă pupilele nu se dilată s'a făcut iridectomie optică temporală OD în urma căreia bolnava a câștigat în acuitate până a putea urmări degetele dela 50 cm. distanță, se face apoi devierea pterigionului în fundul de sac inferior OD.

OBS. XII. — C. Simion, 66 ani, pensionar, în antecedentele cărora găsim doar că a fost operat înainte cu 2 ani de hipertrofie de prostată.

Boala oculară datează aproximativ de 10 ani de când îi scade progresiv vederea AO încât la internarea în Clinică avea vederea complet dispărută OD iar OS putea număra degetele dela 1 metru. La examenul obiectiv observăm AO pterigion intern ce depășește ușor marginea corneei pe de altă parte câmpul pupilar AO au culoare albă cenușie din cauza cristalinului cataractal. La biomicroscop se pune diagnosticul de cataractă nucleară și pterigion incipient ce prezintă un cap concav pe limbi.

Ca tratament s'a făcut rezecția capului pterigionului, și devierea rădăcinii sale.

OBS. XIII. — T. Gavrilă, 63 ani, plugar, la cărui soție a murit în urma Tbc., pulmonar iar în antecedentele personale neagă orice suferință.

Boala sa oculară datează de un an de când a început să-i scadă treptat vederea la OS, iar de jumătate an, același lucru

s'a observat și la OD. De o jumătate an OS nu vede decât lumina.

Examenul obiectiv arată pterigion intern AO încă puțin pătruns și pe teritoriul corneean, iar în câmpul pupilar colorație cenușie în urma cristalinului opacifiat, este o cataractă senilă.

Tratamentul s'a făcut întâi asupra pterigionului prin operația lui Campos (rezeția submucoasă a capului pterigionului cu rezeția corpului său). Apoi iridectomie pregetitoare și înfine extracția cataractei în capsulă OS. Cu corecția necesară acuitatea OS este de 5/15.

Dintre aceste treisprezece cazuri Clinice 7 cuprind asociațiunea pterigionului cu trahom iar 6 cu pterigion cataracte.

În toate cazurile de asociație pterigion-ataractă tratamentul nostru va viza pterigionul întâi și numai în al 2-lea rând cataracta.

Dintre pterigion-trahom 5 cazuri se găsesc la femei 2 la bărbați. Iar pterigion-ataracta 3 la femei și 3 la bărbați.

Din punct de vedere al tratamentului remarcăm că în toate cazurile de asociație trahom-pterigion, tratăm mai întâi trahomul și apoi pterigionul.

CONCLUZII

1. În clinica oftamologică din Cluj în decursul anilor 1927—1937 pterigionul a prezentat 1,1% din totalitatea bolnavilor internați.

2. Pterigionul a apărut de două ori mai frecvent la bărbați (103 cazuri) față de femei (52 cazuri).

3. Ca localizare pterigionul l-am întâlnit mai des ca pterigion intern unilateral O. D., 36,8%; O. S., 33,2½ apoi bilateral intern 26,40% celelalte localizări mai rare 3,6½ fiind și pterigionul intern și extern la un singur ochiu sau la ambii ochi sau de o parte pterigion intern iar de partea opusă pterigion dublu atât nasal cât și temporal.

4. În ce privește vârsta bolnavilor, pterigionul l-am întâlnit mai frecvent între 30—40 de ani, rar sub 20 de ani și peste 60 de ani.

5. Asociația pterigionului cu trahom s'a înregistrat în 4,51½ iar cu cataractă în 3,87% față de numărul total al bolnavilor.

6. În cazul asociației pterigion — trahom, facem prima dată tratamentul trahomului, apoi vom interveni chirurgical asupra pterigionului, iar în cazul pterigion cataractă vom trata întâiu pterigionul, apoi cataracta.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj la 24 Iunie 1938.

Decanul facultății:

Prof. Dr. M. STURZA

Președintele tezei:

Prof. Dr. D. MICHAİL

BIBLIOGRAFIE

1. Prof. **D. Michail**: Tratat de oftamologie.
 2. **M. Fuchs**: Le Ptérygion. (Annales d'Oculistique 1892).
 3. **Mérigot de Treigny Coire**: Le Ptérygion ;Reppert). (Annales d'Oculistique 1934).
 4. **M. de Lantsheere**: Le ptérygion maladie professionnelle. (Annales d'Oculistique 1901).
 5. **M. Reynolds**: La nature et le traitement du ptérygion. (Annales d'Oculistique 1902).
 6. **M. Artin**: Sur l'étiologie du ptérygion. (Annales d'Oculistique 1909).
 7. **M. Menacho**: Variétés anormales de ptérygion. (Annales d'Oculistique 1909).
 8. **Lagrango Valude**: Encyclopédie Française d'Ophatalmologie T. V.
 9. **E. Redslob**: Constitution a l'étude de la nature du ptérygion. (Annales d'Oculistique 1933).
 10. **Iuliu Munteanu**: Ptérgionul (leză).
 - Desmarest**: Traité des maladies des yeux 1885.
 12. **Scarpa**: Traité des maladies des yeux.
 13. **Bistis**: La pathogénie et le traitement du ptérygion. (Annales d'Oculistique 1933).
 14. **Panas**: Archive d'Ophthalmologie 1902.
 15. **Grosz — Hook**: A Szemészet.
-