

8574

**UNIVERSITATEA DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINA ȘI FARMACIE**

---

No. 522

**CONSIDERAȚIUNI ASUPRA  
TENSIUNII ARTERIALE  
RETINIENE**

**EXAMENULUI OFTALMOSCOPIC  
IN  
AFECȚIUNILE RENALE**



**TEZĂ**

**PENTRU**

**DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**

**PREZENTATA ȘI SUSTINUTA IN ZIUA DE 27 MARTIE 1930**

**DE**

**IOAN STOIA**

—

**CLUJ, 1930**



CONSIDERAȚIUNI ASUPRA  
TENSIUNII ARTERIALE  
RETINIENE

ȘI A  
EXAMENULUI OFTALMOSCOPIC  
IN  
AFECȚIUNILE RENALE



TEZĂ

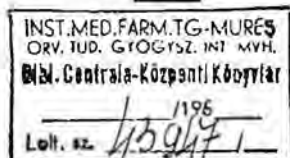
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATA ȘI SUSTINUTA IN ZIUA DE \_\_\_\_\_ 1930

DE

IOAN STOIA



CLUJ, 1930

**UNIVERSITATEA DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**Decan : D-nul Prof. ION DRĂGOIU.**

*Profesori :*

Bacteriologie (agr.) . . . . .	D-I Dr.	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	<i>Botez M. A.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica Infantilă . . . . .	" "	<i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	" "	<i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei . . . . .	" "	<i>Guiart I.</i>
Clinica medicală . . . . .	" "	<i>Hațiegan I.</i>
Clinica chirurgicală	}	" "
Medicina operatoare		
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	" "	<i>Minea I.</i>
Medicina legală . . . . .	" "	<i>Minovici N.</i>
Igiena și igiena socială . . . . .	" "	<i>Moldovau I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	" "	<i>Negru D.</i>
Fiziologia umană . . . . .	" "	<i>Nițescu I.</i>
Farmacia clinică și galenică . . . . .	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" "	<i>Papilian V.</i>
Clinica-oto-rino-laringologică	}	" "
Clinica stomatologică supl.		
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica căilor urinare (agr.) . . . . .	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică . . . . .	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	" "	<i>Vasiliiu T.</i>

**JURIUL DE PROMOȚIUNE :**

**Președinte : D-I Profesor Dr. Michail D.**

<i>Membri :</i>	}	" "	<i>Botez M. A.</i>
		" "	<i>Iacoboviciu I.</i>
		" "	<i>Negru D.</i>
		" "	<i>Țeposu E.</i>

*Supleant : D-I Docent Dr. Vancea P.*

*Părinților mei  
adâncă iubire și recunoștință pentru sacrificiile făcute pentru mine.*



*Fratelui meu multă iubire.*



## INTRODUCERE.

Valoarea semiologică a tensiunii arteriale retiniene a început să preocupe tot mai mult Clinica Oftamologică din Cluj. Importanța acestei chestiuni și peste tot marele său interes practic, observat în timpul din urmă, justifică pe deplin această preocupare.

Cunoașterea tensiunii retiniene n'are valoare numai pentru specialitate pură, ci este un metod de investigație, care vine foarte de multe ori în ajutorul celorlalte specialități, și deci este natural ca importanța ei clinică să crească tot mai mult. Este suficient să amintesc, că în cazuri de azotemie incipientă, sau în anumite afecțiuni craniene, în unele stări anormale ale lichidului cefalorachidian, în afecțiuni ale aparatului cardio-vascular și renal, măsurarea tensiunii arteriale retiniene ne poate da indicațiuni foarte prețioase.

Tocmai aceste fapte au determinat pe Dl. Prof. Dr. *Michail* și pe valorosul D-sale colaborator, Dl. *Docent Dr. Vancea*, să studieze această problemă și să arate modul său de comportare în diferite stări fizio-patologice. În lucrarea de față ne ocupăm de starea tensiunii arteriale retiniene în afecțiunile renale.

Cazurile pe cari le-am observat, lucrând această teză, sunt bolnavi din Clinica D-lui Prof. Dr. *Hațieganu*, unde au fost examinați cu autorizația D-sale, pentru care îi aduc mulțumirile cele mai recunoscătoare.

Examinarea bolnavilor a fost făcută de către Dl. *Docent Dr. Vancea*, care întotdeauna când am avut cazuri mi-a răspuns binevoitor și amabil. Cu aceeaș bunăvoință Dl. *Dr. Munteanu* mi-a examinat o parte din bolnavi.

Înainte de a intra în dezvoltarea subiectului tezei mele, țin să aduc și pe această ca lemulțumirile cele mai sincere D-lui. Prof. *Dr. Michail* pentru amabilitatea cu care m'a primit să-mi lucrez teza în Clinica D-sale, asigurându-l de respectul meu.

D-lui *Docent Dr. Vancea*, pentru bunăvoința ce mi-a arătat-o oridecâteori i-am cerut concursul, îi aduc cele mai călduroase mulțumiri.

Pe Dl. *Prof. Dr. Papilian* îl rog să primească din parte-mi asigurarea celui mai sincer devotament pentru cuvintele de încurajare, auzite dela D-sa în primii ani de Universitate.

Domnilor Profesori ai Facultății de Medicină, recunoștință pentru tot ceace am învățat dela Domniile lor. Juriului de promoție respect și omagiu.

Mulțumesc deasemenea D-lui *Dr. Munteanu* pentru ajutorul dat, la pregătirea acestei teze.

Domnilor asistenți și preparatori ai Clinicei Medicale pentru concursul dat la examinarea bolnavilor, îi asigur de toată considerațiunea.

D-lui *Dr. Cornea* dela spitalul din Făgăraș multă recunoștință. Prietenilor *Ramba și Costina* asigurări de amiciție sinceră.





## CONSIDERAȚIUNI ASUPRA SINDROMULUI RENAL

Dela lucrările lui *Bright* și până în zilele noastre, clasificarea nefritelor a trecut prin atâtea modificări, fără ca astăzi să dispunem de un sistem de clasificare bine precizat și bine determinat. Clinica franceză face o clasificare pe baza simptomatică și funcțională, cea germană, bazându-se pe criterii ana'omo-patologice, stabilește o clasificare histo-patologică.

Așa *Widal*, toată simptomatologia nefritelor o rezumă în patru mari sindrome: *sindromul urinar* caracterizat prin albuminurie, fără retenții clorurate, azotate sau hipertensiune; *sindromul cloruremic*, unde din cauza retențiilor de cloruri avem edeme, fără să se declare semne de hipertensiune și retenție de azot; *sindromul azotemic* sub care înțelegem totalitatea simptomelor datorite retențiunii ureei și a corpiilor azotați similari, și în fine *sindromul cardio-vascular*, care se trădează prin hipertensiune arterială și hipertrofia cordului, fără ca celelalte funcțiuni renale să fie deranjate în mod simțitor.

*Vollhard* și *Fahr*, după cum este lezat sistemul tubular, ori glomerular, deosebesc nefroze, nefrite, glomerulo-nefrite și scleroze.

În *nefroze* procesul degenerativ, necrozant se localizează în sistemul biologic tubular. Această alterație se manifestă primitiv ori secundar asociindu-se cu leziuni glomerulare. Glomerulii fiind centrul nutritiv al epiteliului tubular, lezarea lor produce o degenerescență epitelială, provocând astfel nefroze secundare, cari sunt de o natură mai serioasă cu cele primitive.

Mai dese sunt *glomerulo-nefritele*, caracterizate prin procese inflamatorii, localizate în glomeruli. Dacă la leziunea glomerulară se adaugă degenerescența epiteliului renal, tabloul clinic se completează cu semnele nefrozei, dând astfel nefritele mixte. A treia grupă a nefritelor este *scleroza renală*, la care anatomo-patologic avem procese scleroase, ateromatoase și degenerescență hialină în aparatul vascular renal.

Nici una, nici alta din aceste două clasificări, nu dă o nomenclatură, din care să rezulte atât alterațiile anatomo-patologice, cât și tabloul clinic al boalei.

Pentru a satisface atât cerințele științifice, cât și practice, D-l Prof. Dr. Hațieganu, face o clasificare combinată, drept rezultantă a cercetărilor clinice franceze și germane, cari ne dă informații atât asupra modificărilor anatomo-patologice cât și asupra manifestărilor clinice.

*Nefroza* este caracterizată în general prin albuminurie mare și granulații de lipoizi, oligurie, cilindurie, retenție de cloruri, lipsa fenomenelor de hipertensiune arterială și de hipertrofia cordului, eliminarea normală a coloranților și ureei, lipsa hematuriei. Aceste *nefroze* din punct de vedere clinic, se pot prezenta cu un edem generalizat tip renal ori fără acest edem. Astfel se poate vorbi de *nefroză* hidropigenă și anhidropigenă.

*Glomerulo-nefritele difuze* sunt caracterizate prin hematurie și hipertensiune arterială. Din punct de vedere clinic le grupăm după simptomul dominant, care în multe cazuri va fi în relație intimă cu gradul de alterațiune a vaselor glomerulare. Dacă alterația glomerulului va permite circulația sanghină, aparatul vascular și epetelial tubular renal va funcționa și nota cea mai pronunțată a boalei va fi hipertensiunea arterială, când vom vorbi despre *glomerulo nefrită hipertensivă*. Când leziunea nu interesează toți glomerulii, lipsește hipertensiunea. Aceste *glomerulo-nefrite* parțiale din punct de vedere anatomo-clinic se pot defini cu numirea de *glomerulo nefrite anhipertensive*. Dacă leziunea anatomo-patologică a vaselor glomerulare este mai profundă, se desvoltă o degenerescență a epitelului tubular și astfel, avem pe lângă fenomene de hipertensiune arterială și fenomene uremice, cari vor da nota dominantă a tabloului clinic și vor permite diferențierea de *glomerulo-nefrită albuminoasă, hidropigenă și uremigenă*, când putem vorbi și de *glomerulo-nefroză*.

A treia grupă principală o formează *sclerozele*, caracterizate prin poliurie și fenomene cardioarteriale. Aceste scleroze se diferențiază din punct de vedere clinic, după cum predomină semnele de hipertensiune arterială ori de retenție de azot, în *scleroză hipertensivă* cu o evoluție lentă și cu simptome mai mult cardiovasculare și *scleroză uremigenă* cu o evoluție mai rapidă și cu simptome mai mult renale. Scleroza poate fi primitivă ori secundară, cu tabloul clinic aproape identic.

Cu mult mai grea este clasificarea în cazurile când aceste trei

forme se combină dându-ne *nefritele mixte*, cari evoluiază cu o simptomatologie foarte variată. Cunoscând însă caracterele principale ale *nefrozei*, *glomerulo-nefritei* și *sclerozei*, vom putea ușor să bănuim o *nefrită mixtă* cari din punct de vedere clinic se caracterizează mai ales prin fenomenele asistoliei renale, hidropiziei, uremiei și dau cele mai grave aspecte clinice prin faptul, că lezează cele două sisteme biologice renale, aparatul glomerulo-vascular și tubular.

## TENSIUNEA ARTERIALĂ ȘI MODIFICĂRILE EI

Având în vedere strânsa corelație ce există între circulația arterială generală și circulația retiniană, precum și modificările de tensiune e pecare le suferă această circulație generală în afecțiunile renale, cred necesar a insista asupra concepțiunii actuale și asupra modificărilor acestei circulațiuni.

Este suficient să examinăm jetul sanghin ritmic, care se observă în urma secțiunii unei artere, ca să ne dăm seama, că sângele în sistemul arterial este supus unei tensiuni. Această tensiune e datorită contracțiunii sistolice a inimii și aruncării de noi cantități de sânge în sistemul arterial, distensiunea pereților arteriali și presiunii cari o exercită aceștia asupra masei sanghine în revenirea lor. Arterele fiind elastice sunt distinse prin unda sanghină, apoi ele revin, rămânând totuși în tensiune constantă, pentrucă sistolele se succed rapid, nelăsând nici când arterelor timpul de a se relaxa complet.

Această tensiune, după *Galavardin*, este o forță prin contracțiunile ventriculare, întreținută prin reacția la extensie a pereților vasculari, regulată prin rezistența vaselor periferice la scurgerea masei sanghine.

Tensiunea arterială generală este rezultanta a trei factori: masa sanghină, forța de contractibilitate a ventricolului și rezistența vasculară periferică. Numeroase lucrări au arătat, că pe lângă elementele amintite mai ia parte la producerea tensiunii arteriale și sistemul regulator al presiunii sanghine sub care se înțelege: 1. Organele de comandă, cari aparțin sistemului nervos; 2. Organele de transmisiune, ca glanda suprarenală, care însăși poate fi organ comandator; 3. Organele de execuție reprezentate prin cord și sistemul vascular periferic. Deci pentru ca tensiunea arterială să-și mențină echilibrul, are nevoie de ansamblu acestor factori, cari acționează perpetuu fie asociindu-se fie apunându-se.

Tensiunea mai ridicată corespunde sistolei ventriculare și cea mai coborâtă corespunde diastolei ventriculare. Tensiunea sistolică a fost numită maximă, iar tensiunea diastolică: tensiunea minimă.

Tensiunea minimă reprezintă presiunea globală diminuată de influența sistolei și se consideră normală când se găsește între 7—9 diviziuni Waquez Laubry; tensiunea maximă este rezultanta adăugării energiei ventriculare la presiune minimă și normal se găsește între 12—14 diviziuni Waquez-Laubry.

Orice variațiune a presiunii sanghine în plusul cifrei arătate mai sus, se numește hipertensiune, iar în minus, hipotensiune.

Hipertensiunea fiind un sindrom fundamental în afecțiunile renale, este natural ca printre ipotezele patogenetice ale hipertensiunii să fie și ipoteza renală. Ori, relațiunile care există între hipertensiunea arterială și leziunile renale sunt încă foarte mult discutate.

Hipertensiunea este frecventă dar nu constantă în cursul nefritelor. Se întâlnesc rar în nefritele acute, iar în nefritele cronice se întâlnește mai frecvent în glomerulo nefrite, rar în nefroze. Mecanismul hipertensiunii în nefrite este foarte deosebit explicat de autori. La început toți autorii în frunte cu *Traube* au considerat hipertensiunea ca o entitate morbidă, datorită alterațiunii parenchimului renal și tulburării circulației acestuia prin așa zisul „baraj renal“

Teoria suprarenală a hipertensiunii bazată pe existența adenomelor suprarenale, a fost semnalată de *Waquez*. Glanda suprarenală poate da hipertensiune, în afară de leziunile renale, prin hiperfuncția ei adrenalinică.

Teoria vasculară a fost imaginată de către *Gull* și *Sutton* cari au căutat să explice hipertensiunea prin intermediul „arteriolo-capilaro-fibrozei“ așa zisul baraj periferic.

Apoi există o hipertensiune arterială independentă de toate leziunile organice sau mai ales de leziunile renale și vasculare. Această hipertensiune solitară se comportă ca o afecțiune autonomă și primitivă. Aceste hipertensiuni apar mai ales la indivizi cu tulburări ale sistemului nervos vegetativ și tulburărilor de metabolism umoral, o augmentare a rezervelor alcaline și a calciului sanghin. Aceste hipertensiuni solitare sunt rare. În majoritatea cazurilor hipertensiunea și coexistența leziunilor renale este regulă, iar neexistența este excepție după cum spune *Lian*.

În acelaș mod se explică și sindromul hipotensiunii.

## TENSIUNEA ARTERIALA RETINIANĂ.

După ce am văzut ce este tensiunea arterială generală precum și hipertensiunea și factorii, cari contribuie la producerea acestora, voi încerca să arăt mecanismul circulației retiniene și mai ales particularitățile ei, cari îi dau un caracter special.

Circulația arterială retiniană urmează aceleași legi ca și circulația arterială generală, având doar câteva caractere aparte: atunci când funcțiunea retinei se oprește, circulația retiniană încetează imediat; făcându-se într'un organ închis unde tensiunea variază foarte puțin, putem întrucâtva să măsurăm viteza sângelui arterial<sup>1</sup> și în fine cu ajutorul aflatmoscopului se văd toate reacțiile vaso-motorii.

Tensiunea arterială retiniană variază u momentul revoluției cardiace. Tensiunea arterială retiniană minimă sau tensiunea constantă, există în vase în diastolă și pe ea se supra adaugă presiunea dată de sistola ventriculară, dându-ne tensiunea maximă.

Ridicându-se tensiunea, artera se distinde și în momentul sistolei ventriculare, artera dilatându-se la maxim se observă o pulsație. Aceste pulsații sincrone cu sistola ventriculară, se vor opri numai când vom exercita o presiune superioară presiunii sistolice, când orice reacție arterială încetează. Aceste vibrațiuni produc pulsul arterial retinian.

Acest puls apare spontan numai în stări patologice, ca insuficiență aortică, sincopă, glaucom. Pulsul arterial retinian mai apare când asupra globulului ocular se exercită o oarecare presiune și se observă cu ajutorul aflatmoscopului în special la nivelul papilei, unde arterele formează cotituri, apariția pulsului arterial este ușor de explicat. El se produce atunci, când presiunea asupra pereților externi ai arterelor egalează presiunea diastolică din arteră. Mărind presiunea din afară, vom ajunge la un moment când pulsul încetează, iar artera se confundă cu țesutul anemiat al nervului optic. Pulsul arterial retinian este un act fiziologic, pe care se bazează metoda de măsurare a tensiunii arteriale retiniene imaginată de *P. Baillart*.

### **Determinarea tensiuni arteriale retiniene.**

*Baillart* a observat deja de mult, că în stările hipertensiunii pentru a face să dispară pulsațiile retiniene provocate, trebuie exercitată o presiune mai mare asupra globului ocular. Numai că presiunea se exercita cu degetul, neputându-se deci măsura.

Oftamologii convingându-se despre rolul clinic ce-l are apariția sub presiune mai mică sau mai mare a pulsației retiniene, i-au dat o atențiune din ce în ce mai mare, căutând să construiască aparate speciale și precise pentru determinarea tensiunii arteriale retiniene.

În 1917. *Baillart*, a arătat o tehnică simplă pentru măsurarea acestei tensiuni. Această metodă fiind ușor de aplicat și dând date mai constante a intrat în practica curentă.

Cazurile observate de mine, au fost examinate după această metodă. Pentru măsurarea tensiunii necesare să apară și să dispară pulsul arterial *Baillart* a construit un aparat numit oftalmodinamometru.

Acest aparat se compune: dintr'un piston metallic, la care putem distinge două părți *a*) o parte gradată de la 15 la 250 gr. ce se mișcă liber în interiorul unui manșon metallic, care este ținut în mână în timpul examinării, *b*) o parte liberă ce se termină la extremitatea ei printr'un buton mic, foarte ușor convex. Apăsând



Oftalmodinamometrul Baillart.

asupra globului ocular cu acest buton, prin mișcarea părții gradate a oftalmodinamometrului *Baillart* în interiorul manșonului, ne va pune în evidență la cealaltă extremitate a aparatului, diviziunea ce ne va indica greutatea în grame a presiunii ce am exercitat asupra globului. Pentru a observa apariția și dispariția pulsației retiniene ne servim și de un oftalmoscop.

#### Modul de examinare.

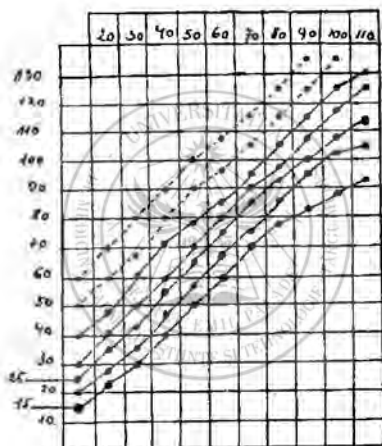
Înainte de a examina, bolnavul se prepară prin instilare de cocaină 2-4%, făcând astfel anestezia, vom evita senzațiile dureroase ale bolnavului. Instilând și o picătură de homatropină pentru a dilata cât mai mult pupila ne ușurează examenul fundului de ochiu.

După ce am făcut această manoperă ne așezăm în fața bolnavului pentru a face examenul oftalmoscopic, iar butonul aparatului lui *Baillart* îl fixăm pe partea externă a globului ocular. În câmpul oftalmoscopic se prinde papila și se apasă nu prea brusc până în momentul când apare pulsul arterial și cetim pe dinamometru cifra, care în grame este tensiunea arterială minimă sau diastolică. După aflarea tensiunii minime, apăsăm mai departe până când



presiunea sistolică fiind învinsă dispăre pulsul arterial împreună cu artera, care se confundă cu țesutul anemiat al papilei. În acest moment facem descompresiunea lentă și când reapar pulsațiile arteriale citim pe dinamometru tensiunea retiniană maximă exprimate în grame.

Pentru a cunoaște în mm. Hg. valoarea acestei tensiuni, *Magitot* și *Baillart* au făcut un tablou, cu ajutorul căruia se poate calcula în mm. Hg. tensiunea arterială retiniană. Așa, cunoscând tensiunea intraoculară primitivă, vom urmări linia acestei tensiuni, până unde se întretaie cu linia ce arată valoarea tensiunii retiniene exprimată în mm. Hg.



Schema lui Baillart și Magitot.

Metodei lui *Baillart*, i-s'au adus critici, că ar varia dela un individ la altul și deci n'ar da date precise și reale.

Aceste variațiuni de tensiuni dela individ la individ s'ar datorii, spune *Baillart*, interpoziției planurilor sclerale și choroidiene, cari variind în grosime dela individ la individ, face să varieze tensiunea, chiar în cazurile apăsărilor identice.

Cifrele cari arată tensiunea arterială retiniană variază după autori. *Baillart* dă ca cifre în cazuri normale, pentru minima : 30—35 mm. Hg., iar pentru maxima 65—70 mm. Hg. Deși aceste cifre n'au o valoare absolută, totuși importanța clinică a acestei măsurători este din ce în ce mai recunoscută.

### Relațiuni între tensiunea arterială generală și tensiunea arterială retiniană.

Ori de câte ori voim să dăm o interpretare a tensiunii arteriale retiniene, trebuie ca întotdeauna să o comparăm cu tensiunea generală, urmărindu-i în mod normal toate variațiile ei. Această strânsă corelație ce există între aceste tensiuni a făcut pe *Baillart* să spună, că se poate calcula tensiunea arterială retiniană, cunoscând tensiunea generală și viceversa.

Pentru aflarea tensiunii arteriale minime, el înmulțește tensiunea generală minimă cu coeficientul 0,45 și împărțește cifra tensiunii arteriale retiniene cu acelaș coeficient, pentru aflarea tensiunii arteriale generale. Pentru tensiunea maximă raportul este mai puțin păstrat și totuși s'ar putea calcula prin coeficientul 0,54 urmând aceeași regulă. Când raportul între tensiunile minime nu este păstrat, există un dezacord al echilibrului normal, a cărui cauză trebuie căutată.

Deasemenea este interesant raportul normal ce există între tensiunea retiniană și tensiunea umerală. Ambele, zice *Baillart*, măsurate prin procedee de o valoare relativă, pot să fie raportate una la alta și vom constata, că presiunea arterială retiniană diastolică este egală, sau aproape egală, cu jumătatea diastolică a umeralei.

Modificări în plus sau în minus a tensiunii arteriale retiniene ne va da stări de hipertensiune și stări de hipotensiune, ca și la circulația generală. Luând ca limite normale, pentru tensiunea retiniană minimă cifra de 30—35 mm. Hg. iar pentru maximă 70—75 mm. Hg; o urcare a minimei peste 40 mm. sau a maximei peste 80 mm. constituie o hipertensiune față de scoborârea acestor cifre sub limita normală, când avem hipotensiune.

Pentru a pune în evidență urcarea tensiunii arteriale retiniene trebuie să facem măsurarea după procedeele anunțate mai sus. Ca semne subiective ale hipertensiunii avem: muște negre înaintea ochilor, cari apar și dispar, accese de cecitate și apariția la periferia câmpului vizual a unor puncte strălucitoare, alteori bolnavii au tulburări de vedere neprecise, părându-li-se că văd obiectele prin o ceață, fără însă să se poată constata vre'o leziune a membranelor oculare.

În cazuri de hipertensiune arterială retiniană să ne gândim mai întâiu la o hipertensiune arterială generală, una putând să fie consecința celeilalte. În aceste cazuri însă raportul ce există între ele în stare normală se modifică, cea retiniană crescând față de tensiunea arterială generală. Altă cauză a hipertensiunii sunt stările



de azotomie, cu retinitele albuminurice, unde hipertensiunea arterială retiniană poate fi primul semn obiectiv. Dersemenea avem hipertensiune retiniană în scleroze cardio-vasculare și în afecțiunile renale.

Sunt cazuri când hipertensiunea arterială retiniană este datorită unei cauze locale. Această hipertensiune localizată, este un semn de hipertensiune a lichidului cefalo-rachidian, care poate să existe fără să se manifeste prin nici un alt simptom ocular, decât hipertensiunea retiniană. În aceste cazuri *Baillart* crede, că trebuie să se pună mai mult pond pe tensiunea arterială retiniană diastolică, această fiind mult mai stabilă. Ridicarea solitară a tensiunii arteriale retiniene diastolice se întâlnește în toate cazurile de hipertensiune intra craniană și este semnul cel mai precoce. În toate aceste cazuri de hipertensiune localizată, tensiunea arterială generală este normală. Tot asemenea în cazuri de spasmuri vasculare afecțiuni inflamatorii ale retinei, a nervului optic, a papilei, avem hipertensiune.

Hipotensiunea retiniană este un simptom, care însoțește hipotensiunea arterială generală și o întâlnim în sincopă, insuficiență aortică, graviditate, ligatura arterei carotide, în anevrism și afecțiunile obliterante vasculare.

Vedem deci, că măsurarea tensiunii arteriale retiniene întrebuintate mai puțin altădată, începe să-și câștige o importanță din ce în ce mai mare, pentru că prin cunoașterea ei se pot pune în evidență manifestări, cari nu se exteriorizează prin nici un alt simptom; sau prin acest metod se pot surprinde afecțiuni în evoluție, știind astfel să ne comportăm într'un caz dat.

Tocmai aceste motive a determinat Clinica Oftalmologică din Cluj să se ocupe mai intens de această chestiune, încredințând subiectul de teză, care să trateze felul cum se comportă tensiunea arterială retiniană în diferite stări morbide și în graviditate.

Contribuțiuni interesante a adus la această problemă tezele, cari au fost făcute sub supravegherea Clinicii Oftalmologice de către Dr. Munteanu în afecțiunile cardiovasculare și de către colegul meu Ramba, în graviditate.

Mie mi s'a încredințat spre rezolvire problema tensiunii arteriale retiniene în afecțiunile renale.

### **Observațiuni personale.**

Am examinat 26 cazuri cu afecțiuni renale, cari au fost os-

pitalizate în serviciul clinicei medicale. Aceste observațiuni s'au făcut în următoarele afecțiuni renale.

scleroze renale	9 cazuri
nefroze	5 „
nefrite	5 „
glomerulo-nefroze	1 „
nefrite mixte	2 „
scleroze cardio-renale	4 „

După rezumarea datelor fiecărui caz în parte vom trage concluziile degajate din aceste observațiuni.

**Observația No. 1.** Z. M. 46 ani, casnică, Băcău 28-XI. 929.

Diagnostic medical : Scleroză renală, insuficiență circulatorie.

„ oftamologic : neuro-retinită.

Anteced. Hered. colat : fără importanță. Anteced. personale : în copilărie a suferit de scarlatină, pojar, meningită, febră tifoidă.

Istoric. boalei actuale : A debutat acum 13 ani, cu edeme intermitente la gambe, oligurie. De 10 ani are greață și cefalee.

Examenul fizic : Tegumente palide țesutul celulo-adipos infiltrat la gambe și pleoape. Aparat respirator : torace bine conformat, sonoritate și raluri uscate la vârf. Aparat circulator : Matitatea precordială mărită în ambele diametre și sufluri la toate focarele. Puls egal ritmic, 96 pe minut Abdomen de circumferință mărită, mat în părțile infer. Ficatul se palpează, splina nu. R. Wasserman—negativ, Azot rezidual=50 mgr. Urină : Dens. 1010. Albumină : ad fundum petens. Essbach  $12\frac{0}{100}$  În sediment : hemati, leucocite, săruri.

30/XI Tens art.  $23\frac{1}{2}$ —12 (VL)

Examen ocular : Tens. art. ret. Mn. 70 Mx. nu se poate măsura, fundul de ochiu : neuro-retinită.

9/XII Tens. art. 22—12 (W. L)

Examen ocular : Tens. art. ret. : Mn. 65 — Mx. nu se poate măsura  
Tensiunea Oculară : 20

**Observația Nr. 2.** T. D. 50 ani plugar. Intr. 4/I 930.

Diagn. medical : Scleroză renală — urenie, aortită.

Diagn. Oftalmol. : edem papilar, hemoragii reținiene.

Antec. personale : La 16 ani pneumonie, la 18 ani malarie.

Istoric. boal. act. a debutat acum  $1\frac{1}{2}$  an cu dispnee la efort și oboseală. De 2 săptămâni se tumefiază membrele inferioare.

Examen fizic : Tegumente ușor cianotice. Aparat respirator : hipersonoritate, raluri de bronșită. Inimă : Șoc apexian în V spațiu intercoștal stg. Matitatea mărită în ambele diametre. Al II-a aortic clanguros. Puls ritmic 94 pe minut. Ficat : se palpează. Reacția Wassermann : negativ. Azot rezidual : 58 mgr. alb : intens pozitiv în urină ; sediment : leucocite, cilindrii granuloși și rari hematii.

Tens. art. 19—11 $\frac{1}{2}$  (V L)

**Examen ocular** : Tens. art. ret. : 60—105. Tens. oculară : 20  
F. Ochiu : edem papilar, hemoragii retiniene.

**Observația Nr. 3.** R. V. 46 ani, lucrător. Intr. 7/I 930

Diagn. medic-I : Scleroză renală hipertensivă, uremie.

„ oftalmologic : edem papilar foarte accent. alterațiuni retiniene și vasculare.

Din August bolnavul simte palpațiuni foarte accentuate, dispnee la efort.

Examen fizic : Torace emfizematos. La percuție : hipersonoritate. La ascultație : respirație diminuată, cu carcmene la vârfuri. Aparat circulator : Matitatea precardiacă mărită în ambele diametre. Abdomen : balonat. Ficat mărit. Reacția Wasserman negativ. Azot rezidual : 36 mgr. Urinaa=lbumină intens pozitiv. Essbach : 2 $\frac{0}{0}$ . Sediment : leucocite, celule descumate, săruri amorfe.

Tens. art. 22—14 (V L)

**Examen ocular** : Tens. ret. Puls arterial nu apare nici la cea mai mare apăsare.

F. O=edem papilar foarte accentuat alterațiuni retiniene și vasculare.

Tens. oculară : 18.

**Observația Nr. 4.** T. C. 37 ani, funcționar. Intr. 14/XII 929.

Diagnostic medical : Scleroză renală hipertensivă.

„ oftalmologic : Stază papilară bilaterală.

Anteced. pers. La 14 ani a avut o boală eruptivă.

Istoricul boal. actuale : De 2 ani are dureri în gambe, de 6 luni i-se tumefiază membrele inferioare, cefalee și insomnie.

Examen fizic : Tegumente palide, edem al gambelor și ploapelor. Torace emfizematos, hipersonor cu raluri de bronșită. Cordul : normal. Abdomen ușor bombat. Ficatul se palpează. Reacția Wasserman : negativ, Azot rezidual 54 mgr. Urina : Dens. 1012, Albumină : ad fundum petens. Essbach : 2 $\frac{1}{2}$   $\frac{0}{100}$ .

Tens. art. 21 $\frac{1}{2}$ —14 (V L)

**Examenul ocular :** Tens. retiniană : Mn 100—Mx nu se poate măsura.

F. O. stază papilară bilaterală.

T. O. : 19

**Observația Nr. 5.** P. I. 44 ani, plugar. Intr. 30/XII 929.

Diagn. medical : Scleroză renală hipertensivă

„ oftalmologic : neuro-retinită.

Anteced. pers. Acum 10 ani a suferit de o afecțiune renală.

Istoricul boalei actuale : A debutat cu dureri în lombe și ambele hipocondre. De o săptămână are cefalee, tulburări de vedere și accentuarea durerilor lombare.

Examenul fizic : Pulmon. și cord. normal, abdomen de circumferință normală. R. Wasserman negativ, Azot rezidual : 70 mgr. Urina : Dens. 1008, alb intens. pozitiv. Essbach : 2 $\frac{1}{2}$ . Sediment : leucocite, celule epiteliale, cilindrii granuloși și 8—10 hematii pe câmp.

Tens. art. : 24 $\frac{1}{2}$ —14 $\frac{1}{2}$  (V. L.)

Examen ocular : Tens. ret. Mn 110—Mx nu se poate măsura.

F. O. = neuro-retinită.

T. O. = 18.

**Observația Nr. 6.** L. A. 43. funcționar, Timișoara.

Diagnosticul medical : Scleroză renală hipertensivă.

„ oftalmologic : edem papilar, heroragii retiniene.

Istoricul boalei actuale : Înainte cu 7 ani, în legătură cu un puseu de reumatism i-s'a constatat o nefrită. De o jumătate de an are edeme la gambe, față, cefalee, amețeli și greața. De 3 săptămâni aceste fenomene s'au agravat.

Examen fizic : Tegumente palide, țesutul celulo-grăsos infiltrat.

Inimă : suflu sistolic la focarul aortic, în rest normal. Abdomen distins, ficat mărit. Reacția Wasserman : negativ. Azot rezidual : 360 mgr.

Urină : Albumină : intens. pozitiv. Essbach 5 $\frac{0}{10}$ . Sediment : hematii leucocite și cilindrii granuloși.

Tens. art. 21—11 (V. L.)

Examen ocular : Ten. art. ret. : 55—120

F. O. = edem papilar. hemoragii retiniene.

T. O. = 20.

**Observația Nr. 7.** B. M. 35 ani casnică. Aiud Intr. 22/1

Diagnosticul medical : scleroză renală hipertensivă.

Diagnosticul Oftalmologic : retinită albuminică cu opalescența retinei în grad mare.

Vine în clinica pentru dispuse.

Anteced. hered. colat. Părinții morți. Are 7 frați sănătoși, 5 morți în prima copilărie. Anteced. pers. In copilărie a avut difterie, gripă. A avut 7 nașteri la termen — neagă avortul. Menstruată regulat.

Istoricul boalei actuale Datează un an, cu debut insidios, cu dispnee, care apare tot la 2—3 zile. De două săptămâni are dispnee în fiecare zi.

Examen fizic : Tegumente palide, țesutul celular subcutan mai redus. Pulmon : normal, Cord : al II-a artic mai accentuat. în rest normal. Abdomen : ușor retractat. Reacția Wasserman = negativ, Azot : rezidual. 48 mgr. Cholesterină :  $2^0/_{00}$  Urină : albumină intens. pozitiv. Essbach :  $2^{1/2}^0/_{00}$ .

Tens. art :  $24^{1/2}$ —12 (V. L.)

Examenul oculur : Tens. art. ref. : Mn 120—Mx nu se poate măsura.

F. O. = Papilele ambilor ochi prezintă fenomene de nevrită optică incipientă. La nivelul maculei drepte leziuni de retinită albuminică.

T. O : 20—

**Observația Nr. 8 M. Gh. 43 ani, plugar, Caruș. Intr. 25/1.**

Diagnostic medical : Scleroză renală hipertensivă.

Diagnostic oftalmologic : neuro-retinită.

Antecedente personale : La 38 ani a suferit de pneumonie. Alcoolic și fumător moderat.

Istoricul boalei actuale : Boala actuală datează de 3 săptămâni cu dureri în gât, la care se atașează tumefierea feții și a membrilor inferioare.

Examen fizic : Tegumente palide, membrele inferioare și fața tumefiate.

Aparat respirator : Torace normal, submatitate la baze, raluri difuze de bronșită cu murmur vesicular. Inima : normal. Abdomen ușor distins. Ficat mărit. Reacția Wasserman = negativ, Azot rezidual 60 mgr. Cholesterină :  $1.50^0/_{00}$ . Urina : Albumină intens pozitiv. Essbach :  $2^{1/2}^0/_{00}$ . Sediment : hematii, cilindrii granuloși, celule epiteliale și săruri amorf.

Tens. art.  $23^{1/2}$ —10 (V. L.)

**Examenul ocular.** Tens. art. ret: 65—120

F. O ; neuro-retinită.

T. O : 20

**Observația Nr. 9.** B. G. 31 ani, plugar, Voivodeni. Intr. 16-I. 930.

Diagnosticul medical : nefroză

„ oftalmologic : nevrită optică edematoasă.

Anteced. heredo-colat : fără importanță. Anteced. pers : În 1919 Pneumonie, alcoolic moderat.

Istoricul boalei actuale : De 3 săptămâni are cefalee, tusă și tumefierea pleoapelor și a feței, apoi tumefierea membrelor inferioare și dispnee la efort.

Examen fizic : Tegumente palide. Torace bine conformat, la baze submatitate, respirație ceva mai diminuată la baze, în rest murmur vezicular. Inimă : Șocul apexiau în V-a spațiu intercostal stg. înafara liniei mamelonare. Malitiatea precardiacă mărită în ambele diametre. Sgomote clare la toate focarele. Abdomen normal Ficat puțin palpabil. Reacția Wasserman = negativă, Azot rezidual : 48 mgr.

Cholesterină 3.45%. Urină : Albumină : ad fundum petens.

Essbach : 2%. Sediment : 4—5 hematii pe câmp, mulți cilindrii hialini și granuloși.

Tens. art. 17—9 (V. L)

20-1. Examen ocular. Tens. art. 60—120—

FO. nevrită optică edematoasă

28-I. Tens. art. 13½—7(V. L)

Tens. ret. 40—90

T. O 18.

**Observația Nr. 10.** M. M. 26 ani, casnică, Cluj, Intr. 27-XI-929.

Diagnosticul medical : Nefroză. gravidă în luna III.

„ Oftalmologic : ușoară hipertensiune retiniană.

Anteced. hered. colat. fără importanță. Anteced. personale : La 10 ani a avut edem generalizat. Are din când în când cefalee

Istoricul boalei actuale : De 3 zile are dureri în regiunea lombară.

Examenul fizic : Nimic deosebit. Azot rezidual 34 mgr.

Urină : albumină ad fundum petens. Essbach : 20%. Sediment : celule endoteliale, leucocite. săruri amorfe.

Tens. arterială : 13—6½.

Examenul ocular : Tens. retiniană 45—100  
F. O. normal, T. O : 18.

**Observația Nr. 11.** H. Gh. 17 ani barbier, Cluj, Intr. 4-XII  
929 —

Diagnostic medical : Nefroză, intoxicație cu sublimat  
„ Oftalmologic : atrofia nervului optic.

Antecedente heredo-colat. și personale : fără importanță.

Istoricul boalei actuale : Bolnavul ia cinci pastile de sublimat, după care simte arsuri mari pe esofag, în stomac și în stare gravă este adus la clinică.

Examenul fizic : Tegumente și mucoase palide. Tesutul celulo-adipos păstrat. Pulmon și inimă : normal. Abdomen de circunferință normală. Ficat și splină nu se palpează. Reacția Wasserman : negativ ; azot rezidual : 210 mgr. Urina : dens. 1010, albumină : intens pozitiv. Sediment : leucocite, cilindrii granuloși : Tens. art.  $13\frac{1}{2}$ —7 (VL)

9-XII Examenul ocular : F. O : atrofia incipientă a nervului optic.  
Tens. arterială retiniană : 40—80— Tensiunea oculară : 20—  
19-XII. Tens. art : 15—9 (VL).  
Tens. art.-ret : Mn 60— Mx nu se poate măsura. F. O : atrofia nervului optic.

**Observația Nr. 12.** F. A. 28 ani, casnică Intr. 30-XII  
929 —

Diagnostic medical : Reumatism poliart. acut. Nefroză.

„ oftalmologic : nevrită optică edematoasă.

Anteced. hered. colat ; fără importanță. Anteced. pers : neagă boli infecto-contagioase și venerice,

Istoricul boalei actuale : A debutat brusc cu dureri în articulațiile membrelor sup. apoi a celor infer.

Examenul fizic . Tegumente palide, ganglioni palpabili. Articulațiile dureroase. Pulmon : normal. Inimă : șocul în dreptul coastei V-a pe linia medio-claviculară. Sgomote : clare ; abdomen de circunferință normală. Ficat, splină : nu sunt mărite. Reacția Wasserman = negativ. Azot rezidual : 48 mgr. Urină : albumină ad fundum petens. Essbach :  $3\frac{1}{2}$ ‰ Sediment : leucocite, săruri amorfe. Tens. art. 14—10 (VL)

Examenul ocular : F. O. neuro-retinită

Tens. art. ret : .55—90 Tens. ocul : 20—



**Observația Nr. 13.** M. L. 38 ani casnică. Tocul de jos.

Diagnostic : medical : nefroză

„ Oftalmologic : neuro-retinită.

Antecedent. hered. colat. Părinții morți : mama de tbc-pulmonar, tatăl de anasarcă. Bărbatul și 3 copii sănătoși, 5 morți în prima și a doua copilărie, a avut un avort. Antecedent. personale : neagă boli infecto-contagioase și venerice.

Istoricul boalei actuale : De patru săptămâni are dureri în spate și lombe, care se prezintă mai mult noaptea.

Examenul general : Tegumente normal colorate, ganglionii nu se palpează.

Pulmon : La percuție sonoritate, la auscultație câteva raluri fine subcrepitante la baza stg. în rest murmur vezicular. Inima : matitate între limite normale, șgomote surde. Abdomen de circumferință normală, Ficat și splină normale. Tens. art.  $13\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ . Urină : albumină intens pozitiv. Sediment : leucocite, cilindrii granuloși.

Examenul ocular : Fundul de ochiu : neuro-retinită.

Tens. art. ret : 55—90. Tens. ocul. 18.

**Observația Nr. 14.** 26 ani stud. litere. Cluj Intr. 15/XI 929

Diagnostic : medical : Glomerulo-nefroză.

„ Oftalmologic : hipertensiune arterială retiniană.

Anteced. hered. colat : Fără importanță ; anteced. pers : acum 4 ani a avut blenoragie.

Istoricul boalei actuale : Boala actuală datează de patru luni cu edeme maleolare. De două săptămâni edemele se generalizează și are dureri lombare.

Examenul general : Edem alb generalizat, ganglionii măriți : Pulmon : la baza dreaptă tonalitate mai urcată la percuție și respirație mai diminuată. Inimă : Matitatea în limitele normale : Șgomote clare. Abdomen : distins cu semne de ascită liberă. Reacția Wasserman : negativ. Azot rezidual : 60 mgr. Urina : albumină ad fundum petens. Essbach  $12\frac{0}{100}$ . Sediment : multe leucocite, rar hematii, cilindrii hialini. Tens-arterială :  $15\frac{1}{2}$ —10 (V-L)

Examenul ocular : Fundul de ochiu : normal

Tens. art. ret : Mn. 70 maxima nu se poate măsura Tens. oculară : 18.

**Observația Nr. 15.** B. D. 38 ani muncitor. Cluj Intr. 16/I 1930

Diagnostic : medical : nefrită.

„ Oftalmologic : atrofia jumătății externe a papilei bilateral.



Bolnavul revine în clinică cu dureri în regiunea lombară și tumefierea extremităților și feței.

Examenul general: Tegumente palide, edeme generalizate. Pulmon: submatitate la baze, respirație mai aspră cu raluri de bronșită. Inimă: aria matității cardiace ușor mărită în ambele sensuri, șgomote surde la toate focarele. Abdomen: balonat cu semne de ascită. Reacția Wasserman: negativ, Azot rezidual: 48 mgr. Urina: Dens. 1018; albumină: ad fundum petens. Essbach 7<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Sediment: leucocite, 6—7 hematii, celule și săruri amorfe, cilindrii granuloși. Tens. art: 14<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—9 (VL)

Examenul ocular: Fundul de ochiu: Atrofia externă a papilei. Tens. art. ret. 50—105.

**Observația Nr. 16.** Z O 36 ani, păzitor de noapte. Jibot. Intr. 15/XI 929.

Diagnosticul medical: nefrită, constipație.

Oftalmologic: edem al jumătății nazale al papilei.

Anteced. hered. colat: fără importanță. Anteced. personale: a suferit de pojar, la 8 ani pneumonie, 1920 blenoragie.

Istoricul boalei actuale: Boala actuală datează de o lună debutând cu senzație de greață după alimentare, e inapetent, constipat, dureri în formă de centură.

Examenul general: Tegumente normal colorate, ganglionii nu se palpează. Pulmon: normal. Inimă: normal. Abdomen de circumferință normală. Ficat și splină nu se palpează. Reacția Wasserman: negativ, Azot rezidual 48 mgr. Urină: albumină pozitiv, Essbach: 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Sediment: hematii multe, rari leucocite și săruri de urați.

Tens. art. 12—7 (VL)

Examenul ocular: Fundul de ochiu: puls venos accentuat și edem al jumătății nasale a papilei. Tens. art. ret. 45—85. Tens. ocul. 18.

**Observația Nr. 17.** P. I. 22 ani Arghireș econom. Intr. 17/XII 929.

Diagnosticul medical: nefrită

” Oftalmologic: nevrită optică edematoasă.

Anteced. personale: La 14 ani a stat în spital pentru o madiie renală.

Istoricul boalei actuale: A debutat cu dureri în regiunea lombară.

Examenul general: Tegumente și mucoase palide, ganglionii nu se palpează. Pulmon și inimă nimic deosebit. Abdomen: sen-

sibil pe linia mediană, două degete sub ombilic. Urina : Alb=pozitiv, Puroiu : urme, Sediment : leucocite, cilindrii granuloși, celule vezicale.

Tens. arter. 15—7 (VL)

**Examenul ocular :** Tens. art. ret. 60—100

Fundul de ochiu : nevrită optică edematoasă. Tens. ocul. 18.

**Observația Nr. 18.** C. D. 26 ani plugar. Cluj. 16/XI 929.

Diagnosticul : medical : Nefrită

„ oftalmologic : neuro-retinită.

Anteced. hered. colat. Tătăl mort într'un accident, mama și o soră sătoase, șapte frați morți în prima copilărie. Anteced. personale : neagă boli infecto-contagioase.

Istoricul boalei actuale : Boala actuală datează de o săptămână când după răceală, a avut dureri în lombe și senzație de frig.

Examenul general : tegumente ușor palide, țesutul celulo-adipos păstrat. Pulmon : normal. Inimă : nimic patologic. Abdomen : de circunferință normală. Ficat și splină nu se palpează. Reacția Wasserman-negativ. Urină : albumina pozitiv, sediment : hematii, polinucleare, săruri.

Tens. arterială : 16—10 (VL)

**Examenul ocular :** Fundul de ochiu : neuro-retinită.

Tens. art. ret : 70—130. Tens. oculară : 20.

**Observația Nr. 19.** C. I. 29 ani. plugar, Nadea Intr. 5/XI 929.

Diagnosticul : medical : nefrită

„ oftalmologic : hipertensiune retiniană.

Anteced. hered. colat : fără importanță. Anteced. personale : neagă boli infecto-contagioase, alcoolice și tabagice moderat.

Istoricul boalei actuale : Datează de un an cu debut insidios, cu dureri în lombe și edeme ale membrelor inf. de o lună are dureri retro-sternale, cefalee și edemele se accentuează.

Examenul general : Aparatul respirator : normal, Inima : matitate între limite normale, șgomote clare, II-a aortic mai accentuat. Abdomen de circunferință normală. Ficatul, splina nu se palpează. Tens. art. 14<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—9 (VL) Urină : albumină pozitiv, Sediment : leucocite, săruri amorfe, rari celule epiteliale.

**Examenul ocular :** Fundul de ochiu normal.

Tens. art. ret : 45—100. Tens oculară : 18 mm. Hg.

**Observația Nr. 20.** M. B. 38 ani, lucrător. Cluj. Intr. 15/I.  
Diagnosticul medical: nefrită mixtă.

„ oftalmologic: neuro-retinită bilaterală incipientă.

Anteced. hered. colat. fără importanță. Anteced. personale: neagă boli infecto-contagioase.

Istoricul boalei actuale: A debutat lent cu dispnee la efort, cefalee, dureri în lombe mai ales la frig. De o săptămână i-a apărut edeme la nivelul feței și membrilor, are cefalee continuă mai accentuată în regiunea frontală.

Examenul general: Tegumente palide. Țesutul celulo-adipos infiltrat la gambe și față. Pulmon: normal. Inimă: matitatea precordială depășește puțin marginea dreaptă a sternului. Sgomote clare. Abdomen de circunferință normală. Ficatul și splina: nu se palpează. Reacția Wassermann negativă. Azot rezidual: 38 mgr. Cholesterolă 1.55<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Urina: albumină=pozitiv, Sediment: multe hematii, rar leucocite.

Tens. art: 18—10 (VL)

Examenul ocular: Fundul de ochiu: neuro-retinită incipientă bilateral.

Tens. art. ret. 50—90. Tens. ocul. 18. mm. Hg.

**Observația Nr. 21.** C. V. 18 ani plugar. Intr. 31/I 930.

Diagnostic medical: nefrită mixtă

„ oftalmologic: neuro-retinită,

Anteced. hered. col. și personale fără importanță.

Istoricul boalei actuale: A debutat acum trei ani, cu dureri în gât și cefalee. În câțva timp i-se tumefiază extremitățile. De un an cefalea e mai intensă, tulburări de vedere și palpitații mai pronunțate.

Examenul general: Tegumente normal colorate, ganglionii nu se palpează. Cord și pulmon: normal. Reacția Wassermann: negativ. Azot rezidual: 68 mgr. Urina: Dens. 1010. Albumin: intens pozitiv.

Tens. art. 27<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—19 (VL)

Examenul ocular: Fundul de ochiu: neuro-retinită.

Tens. art. ref. Mn 120—Mx. nu se poate măsura. Tens. ocul. 22 mm. Hg. A. V. 4/60., câmpul visual periferic puțin redus.

**Observația Nr. 22.** K. M. 55 ani, econom, Cluj. Intr. 23/XI 929.

Diagnosticul medical: Scleroză cardio-renală, aortită, hiposistolie.

„ oftalmologic: hipertensiune retiniană.

Bolnavul revine în clinică cu dureri precordiale, dispnee și dureri în hipocondrul drept. Tegumentele și mucoasele sunt cianotice. Aparat respirator: Torace asimetric, cel din partea stg. mai retractat. La percuție submatitate la vârfuri și la baza dreaptă. La auscultație respirație cu expir mai prelungit. Aparat circulator: Șocul apexian în al VI spațiu intercostal stg. în afara liniei mediane. Matitatea cardiacă diminuată. La auscultație suflu sistolic la vârf, al II-a aortic mai accentuat. Ficatul e mărit depășind falsele coaste cu patru degete. Splina nu e mărită. Reacția Wasserman: negativ. Azot rezidual: 40 mgr. Urină: albumină=pozitiv, sediment: cilindrii granuloși, leucocite săruri de oxalați. Tens. art. ret. 19—12 (VL)

**Examenul ocular:** Tens. art. ret. 70—145.

Fundul de ochiu: normal, Tens. acul. 20 mm. Hg.

**Observația Nr. 23.** G. I. 56 ani, muncitor, Satu-Mare.

Diagnosticul: Scleroză renală, oartită, sifilis.

„ Oftalmologie: neuro-retinită.

Istoricul boalei actuale: Datează de 6 luni, debutând cu dureri precordiale, dispnee și oboseală la cel mai mic efort, iar de două săptămâni are edeme generalizate.

Examenul general: Fața edemațiată, tegumente palide, Torace în formă de butoiu, la percuție hipersonoritate, la auscultație respirație mai prelungită, raluri sibilante la baze. Inimă: matitatea precordiacă micșorată. Sgomote cardiace surde.

Urina: alb=pozitiv. În sediment: 5—6 hematii, 7—8 lencoite pe câmp, cilindri granuloși, hialini, celule epiteliale. Tens. art. 17—9 (V. L.)

**Examen ocular:** Tens. art. ret: 50—90.

Fundul de ochiu: neuro-retinită, Tens. ocul. 18 mm. Hg.

**Observația Nr. 24.** D. I. 56 ani, zidar, Intr. 29 I/1930.

Diagnosticul medical: scleroză cardio-renală, aortită. —

„ Oftamologie: nevrită optică edematoasă.

Anteced. pers. La 17 ani blenoragie, la 21 ani sifilis pe care la tratat cu Hg.

Istoricul boalei actuale: A început acum 10 luni, cu dispnee la efort, și dureri în regiunea lombară și edeme.

Examenul general: Tegumente de culoare palidă și edemațiate. Torace bine conformat. La percuție matitate la nivelul hemi-

toracelui drept, către vârf și la baze. La ascultație respirație înasprită. Aparat. circulator: Matitatea precardiocră mărită transversal, sgomote surde, al II-a oartic clanguros. Ficac și splină mare. Azot. rezidual: 40 mgr. Urină: albumină—ad fundum petens. Sediment: leucocite, cilindri, celule epiteliale. Tens. art. 20  $\frac{1}{2}$ —10 (V. L.)

**Examenul ocular:** Tens. art. ret. Mn. 70—Mx. nu se poate măsura.

**Fundul de ochiu:** nevrită optică edema-toasă. Tens. oc. 20 mm. Hg.

**Observația Nr. 25.** C. I. 64 ani econom. Răzoare.

Diagnosticul medical: Scleroză cardio-renală.

„ oftalmoscopic: hipertensiune arterială retiniană.

Anteced. hered. colat. și personale: fără importanță.

Istoricul boalei actuale: A debutat cu dureri în lombe, dispnee și edeme la membrele inferioare.

Examenul general: Edem generalizat. Pulmon: ușoare submatități la bazele pulmonare. La ascultație multe raluri de bronșită și raluri de stază. Abdomen: balonat. Ficac abia depășește falsele coaste. Inima: matitatea precardiocră mai mică. Suflu sistolic la vârf, Azot rezidual 38 mgr. Urină: albumină intens pozitiv. Tens. art. 19—12 (V L).

**Examenul ocular:** F. O. normal. Tens. ocul. 18 mm Hg. Tens. art. ret. mm. 60—Mx. nu se poate măsura.

**Observația Nr. 26.** C. Gh. 62 ani, plugar, Floresti.

Diagnostic. medical: Scleroză cardio-renală.

„ oftalmologic: hipertensiune art. retiniană.

Anteced. hered. colat: fără importanță. Anteced. pers: neagă boli infecto-contagioase.

Istoricul boalei actuale: A debutat cu palpitații precardiace, dispnee la efort și edeme ale extremităților superioare și la față. Aparat circular: Socul apexian în al VI-lea spațiu intercostal stg., înafara liniei mamelonare. Matitatea precardiocră mărită în ambele diametre. La ascultație suflu sistolic la toate focarele. Aorta II-a accentuată. Reacția Wasserman: negativ. Azot rezidual: 40 mgr. Urină: albumină intens pozitiv, hematii și cilindrii granuloși. Tens. art. 17—9 (V L)

**Examenul ocular:** F. O. normal. Tens. ocul. 20. Tens. art. ret. 60—95.



## CONCLUZIUNI.

*Din studiul cazurilor noastre se degaje următoarele fapte :*

1. *Tens. arter. retiniană în boalele renale este în general subordonată tens. arter. generale.*

2 *In afecțiunile studiate de noi : (scleroze renale 9 cazuri, scleroze cardio-renale 4 cazuri, nefroze 5 cazuri, nefrite 5 cazuri, glomerulo-nefroze un caz, nefrite-mixte 2 cazuri) tensiunea arterială retiniană este urcată în toate cazurile.*

3. *Cifrele pe cari le atinge tensiunea arterială retiniană în aceste cazuri sunt enorme (până dincolo de 120 m. m. Hg.).*

4. *In mai toate leziunile renale studiate de noi existau leziuni de fund de ochiu (neuro-retinite, edem papilar, alterațiuni retiniene și vasculare, hemoragii retiniene, nevrită optică edematoasă, retinită albuminurică, atrofia nervului optic).*

5. *Tensiunea arter. retiniană era urcată chiar în cazurile în cari existau nevrite optice edematoase și staze papilare, deși în aceste cazuri în mod curent se spune că tensiunea art. retiniană este scăzută.*

*Văzut și bună de imprimat*

**Prof. Dr. Michail**

Președintele tezei.

**Prof. Drăgoiu**

Decan.





## BIBLIOGRAFIE

1. *P. Bailliant*: La circulation retinienne a l'état normal et pathologique 1929.
2. *H. Claud, H. Lamanche, I. Dubar* La circulation retinienne. Presse medical 22 Aug. 1928.
3. *Duverger-Barré*: Tension arterielle retinienne. Arch. d'ophthalm. Febr. 1920.
4. *N. Rășban*: Observatiun sur la tension arterielle retinienne. Bull. de premier Congres de la Soc. roumaine d'ophtalmologie pag. 205.
5. *H. Chaud, Lamache, I. Cuel et I. Dubar*: Action de solutions, hipertoniques et hipotoniques sur la tension normal et pathologique du Liquide cephalorachidiene. Presse medicale 10 mart. 1928.
6. *Vancea*: Tensiunea arterială retiniană. Conferință la Soc. Științelor medicale.
7. *Salvati*: Pression arterielle retinienne en position assise et couchée.
8. *Hațieganu*: O nouă încercare de clasificare a nefritelor cronice Clujul medical, Ianuarie 1921.
9. *Terrinn et Renard*: Remarques sur les retinites dites azotémiques Orch. d'ophalm. Octomvrie 1929.
10. *Roger-Widal*: Nouveau traité de médecine. Reins.
11. *Pellisier*: L'hypertensin arterielle solitaire. Teză de doctorat 1927.
12. *Gallavardin*: La tension arterielle en clinique.
13. *Gley*: Traité de physiologie.
14. *Munteanu*: Teză 1930.
15. *Mara*: Teză 1929.

