

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

---

No. 569.

# CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL RETINITEI GRAVIDICE



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 29 Iunie 1931

DE

**MIHAILAȘ ARTENE**

PREPARATOR AL CLINICEI GYNECOLOGICE ȘI OBSTETRICALE

22.432



20 DEC 1931

---

„MINERVA” INSTITUT DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE S. A. CLUJ  
1931

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

---

Decan : D-nul Prof. Dr. PAPILIAN V.

*Profesori :*

Bacteriologia (agr.) . . . . .	Prof. Dr. Baroni V.
Patologie generală și experimentală . . . . .	„ Botez M.
Istologia și embriologia umană . . . . .	„ Drăgoiu I.
Clinică infantilă . . . . .	„ Gane T.
Semiologie Medicală . . . . .	„ I. Goia
Clinica ginecologică și obstetricală } . . . . .	„ Grigoriu C.
Clinica stomatologică (supl.) }	
Istoria Medicinii . . . . .	„ Guiart I.
Clinica medicală . . . . .	„ Hațieganu I.
Clinica chirurgicală . . . . .	„ Iacobovici I.
Medicina operatoare . }	
Farmacologia și Farmacognozia . . . . .	„ Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică . . . . .	„ Michail D.
Clinica neurologică . . . . .	„ Minea I.
Medicina legală . . . . .	„ Minovici N.
Igiena și Igiena socială . . . . .	„ Moldovan I.
Radiologia medicală . . . . .	„ Negru D.
Fiziologia umană . . . . .	„ Nițescu I. I.
Farmacia chimică și galenică . . . . .	„ Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	„ Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	„ Predescu-Rion I.
Clinica Dermato-venerică . . . . .	„ Tătaru C.
Clinica căilor urinare (agr.) . . . . .	„ Tepoșu E.
Chimia biologică . . . . .	„ Thomas P.
Clinica psihiatrică . . . . .	„ Urechia C.
Anatomia patologică . . . . .	„ Vasiliu T.

**JURIUL DE PROMOTIUNE :**

Președinte :	Dl. Profesor Dr. D. Michail
Membrii :	{ „ „ „ Grigoriu Cr.
	{ „ „ „ Botez M.
	{ „ „ „ Vasiliu T.
	{ „ „ „ Goia I.
Supleant :	„ Docent „ Vancea P.

## *Prefață.*

Prin aceasta lucrare modestă pun capăt vieții mele de student.

Înainte de a mă depărta de pe băncile Facultății, țin să aduc pe această cale mulțumirele și omagiile mele, domnilor Profesori și Facultății de medicină, cari prin străduințele lor au contribuit la formarea personalității mele medicale.

Voi păstra dragoste nețărmurită părinților mei, pentru truda depusă în decursul alător ani.

Mulțumesc D-lui Profesor Michail pentru cinstea ce-mi face primind preșidenția lucrării mele inaugurale. D-lui docent Vancea îi aduc pe această cale mulțumiri pentru îndrumările date în alcătuirea ei.

D-lui Profesor Grigoriu pentru bunăvoința și amabilitatea cu care m'a primit în serviciul de sub conducerea D-sale, unde am avut posibilitatea să-mi întregesc cunoștințele medicale, și am sădi în sufletul meu simțul de răspundere ce trebuie să-l aibă un medic la patul bolnavului, — devotament și recunoștință.

D-lui Profesor Papilian primindu-mă ca bursier în căminul studenților în medicină, dându-mi astfel posibilitatea de a studia medicina prin osul meu de stimă și recunoștință.

Juriului de promoție respectuoase omagii.

Mulțumesc D-lor Docenți Popovici și Voicu pentru sfaturile date tot timpul cât am lucrat în secțiile de sub conducerea Domniilor lor.

Simpaticei asistente Dr. Manguica recunoștință vesnică pentru primele îndrumări practice date în domeniul ginecologiei și obstetricei.

Colegilor de an și colegilor de clinică în anturajul cărora am petrecut dragoste frățească.

## Introducere.

Leziunile fundului de ochi în majoritatea cazurilor nu sunt decât localizarea unei afecțiuni mai mult generală, a cărei studiu de ansamblu rămâne posibil cu toate că neglijăm alterațiunile sau turburările funcționale ale restului organismului. Pătrunderea oftalmologului în domeniul medicinei generale s'a încercat de mult însă această posibilitate nu a fost dată de către ceilalți medici, cari nu doreau să pătrundă în domeniul oftalmologiei, ochiul rămânând, pentru ei „graecum est, non litur“ a patologiei interne.

Profesori *Widal* și *Chauffard* au fost primi cari au dat aceasta posibilitate, elucidând problema gravității prognosticului retinitei, cel de al doilea cautând chiar în retină cauza leziunilor sale. În ceiace privește retinita gravidică, cel care a precizat chestiunile e *M. Pouliot*.

Retinita gravidică fiind o afecțiune acută, cu o evoluție rapidă, a putut fi studiată cu mai multă ușurință și certitudine decât retinita azotemică care are o evoluție lentă.

Leziunile renale care o determină, se măresc, se vindecă în câteva luni, și prin faptul vindecării leziunii fundului de ochi în timp ce rinichiul și-a luat funcțiunea normală, ne face să înțelegem ușor în ce strânsă legătură stă nefrita cu retinita.

Se consideră ca retinită gravidică numai acele cazuri, în cari sarcina este singură în etiologie: femeia neavând în antecedente nefrită și în cari ea nu a făcut în timpul sarcinei o nefrită datorită unei cauze intercurrente.

## Istoric.

Turburările vizuale ale gravidității au fost semnalate încă de mult timp. Autorii vechi vorbesc de turburări vizuale din timpul gravidității, unii chiar amintesc orbirea care însoțește vărsăturile femeilor gravide. Astfel după expresiunea lui *Malpighi* în lucrarea sa „De morbis oculorum” citează: „*Rolfincius memorat exempta feminarum, quae, quoties gravidae, ab-scaecatae semper fuerunt usque ad partus tempus.*” Grație descoperirii oftalmoscopului se fac primele cercetări mai precise în domeniul retinitei, dând posibilitatea unui studiu cât mai amănunțit al acestei afecțiuni.

La început retinita gravidică era asimilată în mod curent cu retinita albuminurică prin faptul că, ambele coexistă cu turburări profunde ale funcțiunii renale, iar pe de altă parte aspectul oftalmoscopic în ambele cazuri este aproape identic. Cercetările noi însă tind tot mai mult la separarea lor, dând o descriere clinică bine definită pentru fiecare din ele.

Retinita gravidică este o afecțiune rară. Raritatea cazurilor de retinită gravidică se datorește cu siguranță faptului că nu toate gravidele ce intră într'un serviciu de maternitate sunt examinate din punct de vedere oftalmoscopic, ci numai acelea cari se plâng de turburări vizuale. Pe de altă parte oftalmologului nu îi este dat, să observe asemenea cazuri, decât în mod epizodic.

O examinare oftalmoscopică sistematică a gravidelor a fost făcută de *Burnier* la spitalul Lariboisiere din Paris, care examinând 11216 gravide găsește 134 cu albuminurie, iar dintre acestea numai 3 prezentau retinită gravidică, deci 1. la 3750 de gravide, restul cazurilor neprezentând leziuni de fund de ochi decât două retinite azotemice-celelalte fiind nefrite dobândite în cursul gestațiunii.

Raritatea cazurilor de retinită gravidică e dovedită și de alți autori ca *Silex* care a văzut un singur caz pe 3000 de gravide, tot astfel și *Enteneuer* care în timp de zece ani în clinica din *Giessen* nu a văzut decât patru cazuri.

Alți autori ca *Polte* și *Schiötz* o găsec mult mai frecventă. Astfel *Polte* susține a fi văzut patru cazuri pe un număr de doua sute de gravide, iar *Schiötz* dă un număr de patruzeci de cazuri pe opt mii de gravide examinate, deci unu la două sute zece cazuri.

Diferența prea mare între cele afirmate de *Polte* și *Schiötz*, iar pe de altă parte cele susținute de *Burnier* și *Silex*, este explicabil ținând seamă de existența retinitelor fără turburări funcționale. Retinita gravidică pare a fi mai frecventă la multipare decât la primipare. *Schiötz* găsește pe un număr de patruzeci de gravide, 24 la multipare; *Burnier* pe 119 cazuri găsește 68 la multipare. Primiparele la cari se observat retinita gravidică aveau vârsta medie în jurul a treizeci de ani.

Frecvența numărului de cazuri de retinită gravidică în raport cu numărul gestației pare a fi mai mare în a doua și a treia gestațiune după cum reiasă din raportul lui *Schiötz* pe un număr de 24 de cazuri:

5	cazuri în a	2-a	gestație
5	"	"	3-a "
3	"	"	4-a "
2	"	"	5-a "
2	"	"	6-a "
2	"	"	7-a "
1	"	"	8-a "
1	"	"	9-a "
1	"	"	10-a "
1	"	"	11-a "
1	"	"	12-a "

iar în ceiace privește momentul apariției simptomelor de retinită gravidică *Schiötz* a arătat a fi mai frecventă în a opta lună și anume:

3	cazuri în luna a	VI-a
11	"	" " VII-a
15	"	" " VIII-a
8	"	" " IX-a
3	"	postpartum

După *Burnier* retinita gravidică pare a fi mai frecventă în luna a VI și VII și anume:

21 de cazuri înainte de luna a VI-a

38 de cazuri între luna a VI-a și a VII-a

33 de cazuri „ „ „ VII-a și a IX-a

8 cazuri s'ar manifesta după naștere.

În clinica obstetricală din Cluj s'au observat numai 2 cazuri pe un număr de 6296 de gravide, deci un caz la 3148 de gravide ce au trecut prin această clinică în ultimi zece ani.



## Etiologie și patogenie.

Retina este un țesut de o delicateță specială. Are un sistem arterial terminal, în fundul de sac; nu comunică la periferia sa cu nici o altă membrană și în interiorul ei circulația se încetinește ușor favorizând acțiunea otrăvurilor.

Într'un organism intoxicat, retina, chiar sănătoasă fiind se alterează în urma acțiunii toxinelor producându-se o edemațiare cu infiltrațiuni sanguine și de pete albe, uneori foarte întinse cari produc turburări ale vederi mergând uneori pâna la cecitate. După eliminarea toxinei din organism toate alterațiunile retinei dispar, recăpătându-și din nou forma normală sau aproape normală vederea revenind din nou la normal. Acest fapt ne este în deajuns pentru a afirma că leziunile nu sunt destructive, degenerative ci sunt numai infiltrațiuni a căror rezorbire lasă țesuturile și funcțiunea în starea ei anterioară. Cu totul altfel se întâmplă în cazurile de lungă durată, în cari se produc leziuni ale țesuturilor cari nu se refac, funcțiunea nu revine la normal și deci vederea rămâne compromisă.

Condițiunile clinice în cari apare retinita gravidică sunt mult mai complicate decât cele ale retinitei albuminurice. Astfel retinita gravidică poate se apară concomitent cu leziuni renale, cât și în lipsa lor. Mare parte a obstetricienilor admit astăzi o nefropatie gravidică care ține sub dependența ei numeroase accidente, printre cari leziunile retinei — nefrită desigur consecutiv toxemiei — însă din care nu se poate recunoaște existența și rolul său, atribuind direct și unic alterațiunilor sanguine toate complicațiunile gravidice.

În graviditate există o intoxicație specială a organismului de origine necunoscută, care atinge ficatul și rinichiul și dacă în același timp atinge și retina, trebuie cercetat dacă e vorba de o atingere directă — retinită pe cale hematogenă, ca retinita



leucemică — sau indirectă în urma leziunilor renale sau ale turburărilor funcționale renale.

În urma cercetărilor noi asupra toxemiei gravidice se impune tot mai mult concepția după care la baza diferitelor simptome ale ei, ar exista o toxină unică de origine placentară. Toxemia gravidică ține de placentă, ea fiind sursa toxicității prin materiile proteice pe cari le introduce în organismul matern. Prin îndepărtarea placentei ajungându-se la dispariția tuturor manifestărilor morbide, se dovedește în mod clar originea placentară a toxemiei gravidice.

Cercetările anatomo-patologice asupra placentei făcute de către *Brindeau* și *Nathan Lorier* au pus în evidență modificări importante ale sincițiului și vilozităților coriale în cursul sarcinei, datorite unei toxine. Deasemenea cercetările biologice cu ajutorul umorilor materne au stabilit în organismul matern, anticorpi placentari, hemolizine fetale și citolizine rezultate din autoliza sincițiului.

Deci în baza rezultatelor clinice, anatomo-patologice și biologice se impune tot mai mult părerea că, la baza diferitelor sindrome ale toxemiei gravidice ar fi o toxină. Această toxină produce o serie de turburări în diferite organe, turburări cari pot merge chiar până la suprimarea lor funcțională. Dintre organele cele mai frecvent atinse sunt: rinichiul, ficatul, sistemul nervos, glandele cu secreție internă, retina etc. Turburările produse în aceste organe au constituit punctul de plecare al unei întregi serii de teorii patogenice relative la intoxicația observată în cursul sarcinei.

Retinita gravidică fiind considerată ca o varietate etiologică a retinitei albuminurice era datorită unei insuficiențe renale, adică intoxicației produsă de această insuficiență. Astfel în urma retențiunii de cloruri, corpuri azotate și în special a ureei sa emis de către *Widal* teoria azotemică ca patogenică în retinite bazat pe cercetările sale făcute împreună cu *Morax* și *Weil* asupra a 52. cazuri de nefritici cu hiperazotemie. *Chauffard* bazat pe hipercolesterinemia ce există la nefriticii cu retinită, emite teoria hipercolescolessterinemiei ca jucând rol important în patogenia leziunilor retiniene în general și a plăcilor retiniene fibrino-grăsoase în special. *Lauber* și *Adamück* au descoperit

la indivizii suferinzi de nefrită cu complicațiuni oculare o categorie de substanțe lipoide birefringente atât în retină cât și în rinichi, confirmând prin aceasta, acțiunea unei aceași substanțe toxice, care ar lucra în mod identic și asupra ochilor și asupra rinichilor.

Mare parte a autorilor susțin teoria mecanică — vasculară — ca patogenetică în producerea retinitei, bazați pe studii anatomo-patologice ale retinitei albuminurice, în urma strării de scleroză a sistemului circulator care aduce după sine o încetinire a circulației periferice cu tendința la stază din care rezultă toate alterațiunile membranelor oculare ce se constată atât clinic cât și anatomo-patologic. *Volhard* și *Fahr* susțin că în urma ischemiilor arteriale și anoxemiei consecutive s'ar produce turburări de nutriție cari ar duce la producerea retinitei. *Leber* susține că vasoconstricția arterelor retiniene lucrează ca un obstacol în afluxul sângelui arterial, obstacol ce nu poate fi invins la un moment dat de hiperactivitatea cardiacă, consecutiv s'ar produce o încelinare sau chiar o oprire a circulației în urma căruia se produc exudate sero-fibrinoase în țesutul retinian.

*Chabonier*, *Lobo Onel* și *Besnard* în urma studiilor lor pe 21 de cazuri de nefrită susțin independența leziunilor renale față de retinită, retinita putându-se găsi și la cei cu o activitate secretorie normală a rinichilor. Ei amintesc cazul unei gravide care prezentând o papilo-retinită la ambii ochi cu albuminurie de două grame la litru, intrerupându-se sarcina leziunile oculare s'au vindecat destul de rapid în timp ce leziunile renale au progresat mai departe. Acest caz dovedește net că retinita gravidică poate să existe concomitent cu leziunile renale fără ca să existe vreo relație de cauză la efect între alterațiunile secretorii ale rinichilor și retinită. Deci după *Chabonier* retinita gravidică ar avea ca substrat patogenetic modificări ale plasmiei sanguine.

Toate teoriile patogenice sunt primite cu rezervă, intrucât nici una dintre ele nu explică clar și precis modul de producere a retinitei în general.

## Anatomie patologică.

Examenul anatomo patologic al retinitei gravidice s'a făcut pe un număr restrâns de cazuri. În aceste cazuri piesele erau provenite dela cazuri ce au sucombat scurt timp după apariția boalei. În toate cazurile leziunile erau aceleaș.

Papila prezintă o umflare edematoasă, proeminând deasupra planului retinei cam cu o jumătate de milimetru, microscopic însă nu prezintă nici o leziune patologică, vasele fiind deosemena normale.

Retina prezintă două feluri de leziuni:

1. O exudație sero-fibrionasă,
2. foarare de necroză.

Exudatul sero-fibrinos se observă în stratul granular, reticular extern și în fibrele nervului optic.

În straturile externe ale retinei exudatul sero-fibrinos începe în vecinătatea papilei și se extinde până aproape de ora serata. Grosimea exudatului nu e uniformă pe toată întinderea retinei în unele locuri e mai îngroșat, în altele mai subțire, apare sub formă de picături depuse între nucleii celulelor disociate, luând uneori formă ovalară cu marele ax așezat perpendicular pe suprafața retinei.

Când exudatul ia forme mari, sediul principal al lui e în stratul intergranular. Aceste mase sau bule ale exudatului sunt vecine unele cu altele, se ating se suprapun, însă ele nu se contopesc pentru a forma o masă voluminoasă decât foarte rar producând în aceste cazuri deslipirea retinei. În punctele unde aceste exudate se arată în abundență, stratul reticular extern este distins și fibrele sale sunt întrepuse între diferitele mase. În stratul granular extern leziunile sunt caracterizate prin o distrugere a celulelor, nucleii formând o coloană scurtă perpendiculară pe suprafața retiniană între cari se observă penetrarea masei hialine din stratul reticular extern.

Masele hialine sunt constituite din un reticul foarte fin cu ochiuri transparente incolore, fibrele rețelei se opresc la periferia masei și să separe de țesutul retinian.

Fibrele optice formează un strat compact plecând de la marginea papilară, la 2—3 mm. ele încep să formeze lacune mari în cari se văd fibrele fine de acelaș aspect ca cele ale reticulului bulelor hialine și urme de o substanță granuloasă și transparentă.

Focarele necrotice sunt limitate la stratul fibrelor optice îndreptându-se către stratul superior și de altă parte către limita internă. În focarul necrotic se văd fragmente de o substanță omogenă strălucitoare și ici colo câte un nucleu slab colorat, fibrele, granulațiuni și globuli extrem de mici. Focarele necrotice se pot extinde la toate straturile retinei, transformându-le într-o masă de țesut necrotic.

Vasele retiniene nu prezintă alterațiuni remarcabile decât doar o ușoară îngroșare a pereților arteriali și o ușoară dilatare a venelor.



## Simptomatologie.

Alterațiunile vederii pot oferi toate gradele de turburări vizuale, mergând dela simpla voalara în care ceața difuză fără leziuni grave a-le maculei, dela scotomul central sau paracentral, determinați prin infiltrațiuni localizate la maculă sau regiunea maculopapilară până la turburări ce invadează tot câmpul vizual împiedecând bolnavul în mers, mergând până la cecitatea pasageră dacă nu permanentă. Turburările vizuale pot fi datorite singure leziunilor retinei.

Reflexul foto-motor este normal, câmpul vizual își conservă limitele periferice normale. Cecitatea rapidă sau subită ce se observă uneori, se datorește decolări retinei care poate masca papila și macula, însă de cele mai multe ori se observă numai o strâmpțare a limitelor câmpului vizual, respectând vederea centrală. În cazurile de nevrită optică bilaterală turburările vizuale sunt mai puțin rapide însă în general ele sunt intense și grave.

La examenul oftalmoscopic se constată: papila puțin palidă, contururile ei sunt șterse confundându-se cu zona iuxta-papilară; arterele sunt puțin strâmtate, venele puțin dilatate însă nu sunt sinuoase. Vasele nu fac coturi la nivelul marginii papilei ci din loc în loc par intrerupte, ascunzându-se sub părți edematoase. Nu se constată hemoragii dealungul vaselor.

Suprafața retiniană prezintă un exudat albicios, pe care vasele par a-l separa până la un punct oarecare, are o grosime variabilă în diferite puncte ceiace dă aspectul uneori, unor forme rotunde sau cu margini policiclice. Aceste exudate au o culoare albicioasă strălucitoare absolut lăptoasă având o localizare mai mare în vecinătatea papilei întinzându-se până la extrema periferie. Din loc în loc se găsesc și câmpuri ale retinei de aspect normal.

Regiunea maculară nu se diferențiază cu nimic de restul suprafeței retiniene, nu există constelațiuni nici dispozițiuni speciale a exudatelor. Retinita gravidică poate lua diferite aspecte oftalmoscopice mergând dela cea mai discretă retinită cu câteva exudate albe, până la cea mai intinsă cu papilită și vaste placarde exudative. Pe baza diferitelor aspecte oftalmoscopice e foarte greu de-a separa aceeași afecțiune dându-i diferite forme clinice. In cazurile cele mai frecvente însă avem o papilo-retinită și nu o neuro-retinită pentrucă nervul optic nu este atins înapoia lamei ciuruite.

Papila de cele mai multeori este umflată, proeminentă. ciuruită, cu marginile șterse cu venele mult sau mai puțin congestionate, cu arterele mult sau mai puțin ascunse în țesutul papilar opac.

In rare cazuri însă s'a observat pe papilă mici hemoragii fără să aibă o formă determinată, ele sunt de cele mai multeori punctiforme sau în formă de mici scântei. Exudatele pot fi dela opalescența retiniană difuză până la placarde albe cele mai dense și până la forme de grăunțe strălucitoare, calificate de pete grăsoase. Stelele maculare nu sunt constante.

Retinita hemoragică este excepțională. Retinita albă este mai frecventă în graviditate decât în nefrită, ceiace constituie un caracter special al ei.

## Evoluția și prognosticul.

Evoluția turburărilor funcționale atât timp cât durează sarcina vindecarea sau ameliorarea retinitei pare cu totul excepțională. Regimul lactat instituit din timp, nu pare a avea decât o eficacitate foarte limitată pentru ameliorarea vederii. În general vederea continuă să scadă sau să rămână staționară până după ziua nașterii, după care aproape în toate cazurile vederea a revenit. Timpul în care vederea revine este variabil dela câteva săptămâni până la câteva luni (3—6).

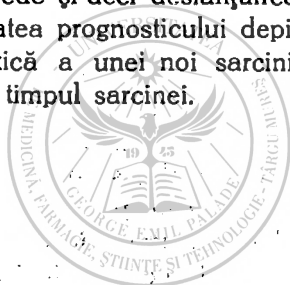
Totuși s'au observat cazuri la cari după naștere nu s'au observat ameliorări ci din contră o staționare a turburărilor vederii din momentul nașterii. Leziunile oftalmoscopice ale retinitei gravidice regresează, exudatele rezorbându-se complet dând retinei un aspect normal. De cele mai multe ori însă după rezorbția exudatelor se pot observa la o examinare atentă leziuni foarte fine, care pot avea un interes foarte mare în un caz de ambliopie survenit în cursul unei noi gravidități. Deci tratamentul preventiv poate fi indicat de timpuriu prin o examinare oftalmoscopică atentă.

Retinita gravidică evoluează de multeori foarte rapid, ducând la decolarea papilei și a retinei ce poate fi uni sau bilaterală. Obișnuit decolarea se observă la partea inferioară sub forma unui segment, alteori însă poate duce la decolarea papilei și retinei în totalitate.

Durata decolării retinei în caz de decolare parțială este de 8—10 zile după naștere, iar uneori chiar după două luni și în mod excepțional poate să dureze mai departe. În majoritatea cazurilor rămân cicatrice pigmentare în regiunea anterior ocupată de decolare și chiar în o regiune mai întinsă, cece implică o afecțiune profundă a retinei. S'au notat după decolare, decolorarea papilei și scleroze vasculare ce rămân în mod obișnuit după forme grave ale retinitei.

Prelungirea sarcinei până la termen în caz de retinită gravidică este foarte periculoasă pentru existența femeii gravide, în timp ce nașterile spontane sunt o apărare naturală încoronată deja de un succes relativ. Acest fapt trebuie să servească de călăuză în tratamentul obstetrical al retinitei gravidice. Totuși numărul cazurilor de cecitate este foarte mare. Astfel după Rochon-Duvigneaud din 150 de observațiuni, în 20 de cazuri au dus la cecitate, în 129 de cazuri s'au observat vindecări complete iar în restul cazurilor au rămas cu vederea mai mult sau mai puțin defectată.

Recidivele retinitei gravidice sunt destul de frecvente astfel ea a fost observată în 19 cazuri din cele la cari s'au obținut vindecări după statistica autorilor de mai sus. Vindecările în cazurile de recidive sunt mai puțin sigure. În cazurile de vindecări după recidive, cu ocazia unei noi sarcini turburările vizuale apar mai repede și deci deslănțuirea retinitei gravidice e mai rapidă. Gravitatea prognosticului depinde de prepararea igienică și terapeutică a unei noi sarcini și de observarea atentă a gravidei tot timpul sarcinei.





## Diagnostic și diagnostic diferențial.

Diagnosticul retinitei gravidice se pune pe baza sarcinei prezente și a examenului fundului de ochi. Examenul oftalmoscopic în caz de retinită gravidică ne dă următorii aspect: papila palidă cu contururi șterse ce se confundă cu zona iuxta papilară; arterele ușor strâmpțate vinele dilatate, fără însă a fi sinuoase. În totalitatea lor vasele fac coturi la nivelul marginilor papilei și din loc în loc par intrerupte, fiind ascunse sub retina edemațiată. Regiunea maculară nu prezintă nimic anormal. Exudatul retinian este continuu; în unele părți mai îngroșat ce dă aspectul unor forme rotunde ovalare cu margini policiclice.

Retinita gravidică trebuie diferențiată de retinita albuminurică care are la baza sa leziunile renale profunde și un aspect oftalmoscopic caracterizat prin o hiperemie a papilei cu marginile dispărute, venele enorm de dilatate și sinuoase, arterele subțiri. În jurul papilei se observă hemoragii ce uneori pot fi întinse, centrul hemoragiei fiind ocupat de niște pete albe, ce pot lua dimensiuni mari. Hiperemia papilară dispărând, papila are un aspect mai albicios, o strălucire mată cu strii fine spre deosebire de cele din retinita gravidică în care aspectul e alb lăptos strălucitor, Regiunea maculară este acoperită de pete albe mici ce sunt grupate în rânduri ce converg către fovea centralis, alcătuind o formă de stea sub forme foarte variate pe când în retinita gravidică regiunea maculară are aspect normal.

Alteori leziunile fundului de ochi se aseamănă cu stazele papilare produse de tumori intracraniene de care se diferențiază prin aspectul de pâlnie ce îl ia în aceste cazuri papila în urma inflamației zonei peripapilare, stratul de fibre nervoase fiind ridicat, pe când în retinita gravidică ia este mai puțin proeminentă cu marginile mai puțin tăiate, venele nu sunt sinuoase țesutul papilar este mai tulbure în timp ce își păstrează transparența în stazele papilare.

## Tratament.

Orice gravidă trebuie examinată din punct de vedere oftalmoscopic începând cu luna a V-a a gravidității și mai ales dacă în același timp prezintă simptome de intoxicație gravidică cu cefalee perzistentă, agitație, mișcări repetate, diminuarea ureei excretate chiar și dacă urina nu conține albumină. Acest examen se impune prin faptul că depistate eventuale leziuni de fund de ochi să se poată institui tratamentul necesar, evitându-se turburările vizuale și progresarea leziunilor pentru că sarcina să poată fi dusă la termen.

Tratamentul va fi la început profilactic, în caz de retinite constituite și progresive va fi radical.

Tratamentul profilactic constă în ajutorarea organismului de a se debarasa de toxinele placentare ce stau la baza retinitei. Chiar și la gravidele sănătoase e bine a se institui un regim de așa natură încât substanțele toxice introduse să fie cât se poate mai puține. Se va recomanda cu predominanță regim lacto vegetarian. Se vor evita toate alimentele conservate și cele fermentate.

Principala chestiune însă în tratamentul profilactic constă în supravegherea medicală a sarcinei. Cefaleea persistentă, ușoara agitație, edemele fugace ale membrelor inferioare vor impune în totdeauna, examenul urinei, al tensiunii arteriale și mai ales examenul oftalmoscopic care poate să depisteze chiar dela început ușoare leziuni retiniene ce pot să dispară în urma instituirii unui regim sever lacto-vegetarian și medicamentos diuretic și desinfectant, sau să oprescă evoluția retinitei.

Odată retinita gravidică apărută se impune tratamentul radical, adică intreruperea sarcinei, cece sa dovedit a fi cel mai eficace prin faptul că leziunile retiniene și turburările

vizuale dispar foarte repede, totul reintrând la normal. Totuși sunt autori printre cari *Axenfeld* ce nu admit intreruperea sarcinei, ei fiind adepți ai tratamentului higienic până la sfârșitul gravidității. Acest tratament constă în repaus al vederii venesecție care dă uneori ameliorarea vederii, supravegherea rinichilor prin prescripția regimului lacto-vegetarian pe cât posibil mai puțin toxic și evitarea tuturor cauzelor de oboseală și răcire.

În cazurile de recidive totdeauna se impune intreruperea sarcinei prin avort medical. Celor cari au suferit de retinită gravidică se recomandă pe cât posibil evitarea noilor concepțiuni, dat fiind faptul că recidivele sunt mult mai grave, putând duce până la dispariția totală și definitivă a vederii, iar în cazurile mai grave în urma intoxicației organismului chiar la moarte.



## Observațiuni clinice.

*Observația I.* Bolnava S. M. de 27 ani intră în clinica obstericală la 11 Martie 1927 pentru graviditate în luna a VII-a.

În antecedentele hereditare cât și personale nu se remarcă nimic deosebit. Menstruația ia apărut la vârsta de 14 ani redându-se regulat la lună. Ultima menstruație a avut-o la 20 Iulie 1926. Inconveniente în timpul sarcinei; în primele luni a avut grețuri și vărsături, din luna Ianuarie i-se edemațiază membrele inferioare și cele superioare, are cefalee persistentă, iar de câteva săptămâni observă o scădere progresivă a vederii.

La examinarea bolnavei se constată o sarcină în luna a VII-a, edeme ale membrilor superioare și inferioare. În urină albumină intens pozitiv zahărul negativ, la sediment 4 și jumătate grame la mie (Esbach) cantitatea urinei în 24 de ore 600 grame. Examenul sângelui ne arată un tablou sanguin normal, reacția Wassermann negativă, colesterina în sânge 4 grame la mie azotul rezidual 30 miligrame la 100 c. c. tensiunea arterială maximă 20, minimă 12. (Vaquez-Loubry.)

La examenul oftalmoscopic se constată papila palidă cu contururi șterse, confundându-se cu zona juxta papilară arterele ușor strâmtate, venele dilatate fără să fie sinuoase făcând coturi la marginea papilei și par întrerupte din loc în loc. Regiunea maculară normală, în jurul ei să observă mici exudate punctiforme. Acuitatea vizuală la ochiul drept 5/50 iar la ochiul stâng 5/70, câmpul vizual între limitele normale.

La repetarea examenului oftalmoscopic după 10 zile se constată o edemațiere a retinei, exudate albe strălucitoare cu dispoziție radiată. Acuitatea vizuală redusă la ochiul drept 5/70 iar la cel stâng 4/70.

• Având în vedere agravarea leziunilor retiniene cât și turburările vederii se decide pentru întreruperea sarcinei, de către Prof. Michail. Întreruperea sarcinei se face la 28 Martie 1927. Lăuzia decurge în mod normal turburările vizuale încep să cedeze din ziua a șaptea a lăuziei.

A 10 zi după naștere examenul oftalmologic arată o ameliorare a acuității vizuale (O. D. 5/30, O. S. 5/50) cu toate că leziunile retiniene erau în apogeul lor. Starea generală a bolnavei a 10 zi e bună edemele membrelor au dispărut complet, diureza e bună iar examenul urinei ne arată albumină mai puțină (*Esbach*  $\frac{1}{20/00}$ ) tensiunea arterială 16 maximă 9 și jumătate minimă (V. L.) La o lună după naștere bolnava se simte foarte bine, acuitatea vizuală a revenit la ambii ochi la  $\frac{5}{7}$  câmpul vizual normal iar din punct de vedere oftalmoscopic se mai observă exudate retiniene perimaculare în curs de rezorbție, papila ușor palidă având aspectul de atrofie ușoară.

Observația II. Bolnava St. E. de 29 ani intră în clinica obstetricală la 20 Mai 1929 pentru graviditate în luna a IX-a în antecedentele hereditare și personale nu se constată nimic, menstruată la 12 ani urmându-se regulat la lună. A avut trei nașteri și un avort. Ultima menstruație înainte cu 9 luni. Înainte cu o săptămână dela data intrării în clinică grvida începe să aibă dureri lombare, cefalee persistentă, temperatură (37,5, 38,5) ușoare turburări vizuale ce se accentuează din zi în zi.

La examenul bolnavei se constată o sarcină în luna a IX-a ușoare edeme a membrelor inferioare. La examenul urinei se constată o cantitate variabilă între 800—1000 grame în timp de 24 ore, în urină albumină intens pozitiv (*Esbach*) 1 și jumătate grame la mie; Examenul sângelui nu prezintă nimic anormal, reacția Wassermann negativă, tensiunea arterială maximă 10, minimă 5,5 (*Vaquez și Loubry*).

Examenul oftalmologic făcut la 25 Mai 1929 arată o diminuare a acuității vizuale a ambilor ochi (A. O. 5/20). Câmpul vizual, între limitele normale. Oftalmoscopic se constată papila decolorată cu marginile șterse, arterele strâmtate, venele dilatate regiunea maculară normală. În jurul papilei un exudat albicios, papila ușor edemațiată

Patru zile în urmă bolnava naște spontan un făt viu.

Lăuzia a decurs în mod normal edemele membrelor inferioare s'au redus complet. Albumina în urină în urma regimului declorurat a dispărut iar cantitatea de urină excretată în 24 ore varia între 1.400 și 1.600 de grame. Turburările vizuale au dispărut, vederea revenind la normală, după 6 zile dela naștere. Controlul fundului de ochi nu sa putut face, lăuza părăsind clinica a 7-a zi după naștere la cerere proprie. Totuși prin faptul că turburările vizuale au dispărut iar vederea a revenit la normal, deducem că și leziunile retiniene au fost restabile.

În rezumat este vorba de două cazuri de retinită gravidică ce au apărut primul la o primipară de 27 ani și gravidă în luna a 7-a iar al doilea o multipară gravidă în luna a IX-a. În ambele cazuri aspectul oftalmoscopic era același evoluția după naștere deasemenea, obținându-se ameliorări apreciabile în scurt timp. Retinita gravidică fiind rară ia n'a fost observată în clinica obtetricală din Cluj, decât în două cazuri pe un număr de 6296 gravide în timp de zece ani. Din acest punct de vedere datele noastre concordă cu datele străine. Chestiunea care se pune într'un caz dat de retinită gravidică e dacă sarcina trebuie întreruptă sau nu? În cazurile când retinita gravidică apare în luna a IX-a ca în cazul observației a doua, chestiunea e mai ușoară dat fiind timpul nașterii mai aproape pe când în restul cazurilor trebuie să se discute această chestiune a a întreruperii sarcinei. În cazul prim al observației noastre date fiind leziunile grave ale retinei indicația întreruperii sarcinei fiind pusă iar rezultatul fiind satisfăcător, credem indicată în totdeauna întreruperea sarcinei, pentru a evita consecințele intoxicației gravidice ce uneori pot fi fatale.

## Concluziuni.

1. Retinita gravidică este o afecțiune rară, ce se întâlnește în proporție de 1. la 3000.

2. Ea este o afecțiune acută, cu o evoluție rapidă, mai frecventă la multipare.

3. Ea poate să apară concomitent cu leziuni renale, cât și în lipsa lor.

4. Ea este datorită unei intoxicațiuni cu o toxina de origine placentară, producând diferite turburări ce pot duce până la suprimarea funcțională a retinei.

5. Leziunile retinitei gravidice în majoritatea cazurilor nu sunt destructive, degenerative, ci infiltrațiuni cari după rezorbția lor, pot lăsa țesuturile și funcțiunea în starea ei anterioară.

6. Leziunile anatomo-patologice constau într-o exudație sero-fibrinoasă și în focare necrotice, ele observându-se în stratul granular, reticular extern și în fibrele nervului optic.

7. Aspectul optalmoscopic e caracteristic. Papila palida, marginile ei șterse, vasele ascunse sub părți edematoase, arterele puțin strâmtate, venele diladate fără a fi sinuosă.

8. Prognosticul retinitei gravidice e benign, vindecarea se obține în timp de câteva săptămâni până la 3—6 luni.

9. Recidivele sunt destul de frecvente ele fiind observate în 20% a cazurilor.

10. Ca terapeutică, dacă leziunile retiniene progresează se va pune indicația intreruperi sarcinei imediate indiferent dacă fătul este viabil sau nu; în caz când ele nu progresează se va institui tratamentul higienic pe lângă o observare atentă a gravidei; iar în caz de recidive se va pune indicația unui avort medical.

Văzut și aprobat.

Cluj, la 25 VI. 1931.

Decan:

Profesor Dr. (ss) V. Papilian.

Președintele tezei:

Profesor Dr. (ss) D. Michail.

## BIBLIOGRAFIE

1. Valude & Laviot: Bull. de la Soc. d'ophtalmologie 1921. Febr.
2. Couvelaire: Gynecologie et Obstetrique 1920. Tom. II. Nr. 5.
3. Widal, Morax et Weil: Soc. med des Hopiteaux 1912. Apr. 22.
4. Rochon Duvigneaud: Raport Congr. Soc franc. d'ophtalmologie 1912. Mai 6
5. Chauffard, Laroche, Grigaut: C. R. de la Soc. de Biologie 1911. Apr. 21.
6. Chabanier, Lobo-Onel, et Besnard: Presse médicale 1924. Febr. 6.
7. Dr. Michail: Contribuțiuni la studiul anat. pat. a retinitei albuminurice București 1912.
8. Neșțianu: Contr. la stud. simpl. etiol. patog. și prog. ret. albumin. București 1924.
9. Prof. Pușcariu et Nițulescu: Societate roumaine d'ophtalmologie 1924.
10. Prof. Manolescu: Societatea română de oftalmologie București 1923.
11. Morax: Précis d'ophtalmologie. Paris 1921.
12. Schiötz: Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1921.
13. Gonin: Encyclopedie francaise d'ophtalmologie Tom. IV.
14. Liepmann und Schultz: Deutsche Medizinische Wochenschrift. Tom. XLII. 1921.
15. Dr. Voicu, Dr. Vancea: Clujul Medical 1927. Junie.
16. Grandissaut: Presse médicale 1921.
17. Hanssen und Knack: Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde K. T. 59.
18. Schmidt, Rimpler: Die Erkrankungen des Auges in Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Wien 1905.

