

No. 910

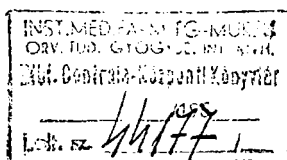
# Retinita maculară exudativă senilă



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 5 IULIE 1935

DE

VLAD AUREL



23 MAY 2005

1955

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“ DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ**

---

Decan : D-nul Prof. Dr. D. MICHAIL

*Profesori :*

Clinica stomatologică (agr.) . . . . .	D=1 Dr.	Aleman I.
Bacteriologie . . . . .	" "	Baroni V.
Istoria medicinei (agr.) . . . . .	" "	Bologa V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	Botez M. A.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	Drăgoiu I.
Fiziologia umană (supl.) . . . . .	" "	Drăgoi I.
Semiologia medicală . . . . .	" "	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	" "	Grigoriu C.
Clinica medicală . . . . .	" "	Hațieganu I.
Medicina legală . . . . .	" "	Kernbach M.
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	Michail D.
Clinica neurologică . . . . .	" "	Minca I.
Igienă și igiena socială . . . . .	" "	Moldovan I.
Radiologia medicală . . . . .	" "	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" "	Papilian V.
Clinica chirurgicală } . . . . .	" "	Pop A.
Medicina operatoare } . . . . .	" "	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă . . . . .	" "	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	" "	Sturza M.
Balneologie . . . . .	" "	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	Țeșu E.
Clinica urologică . . . . .	" "	Thomas P.
Chimia biologică . . . . .	" "	Urechia C. I.
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	Vasiliiu Titu
Anatomia patologică . . . . .	" "	

**JURIUL DE PROMOȚIUNE:**

Președinte: Dl Prof. Dr. D. Michail

Membrii: { " " " Gh. Popoviciu  
 " " " V. Bologa  
 " " " D. Negru  
 " " " Gh. Buzoianu

Supleant: D=1 Doc. Dr. Tr. Popoviciu

## Introducere

Retinita maculară exudativă senilă ca entitate morbidă și clinică a fost fixată de H. Coppez și M. Danis. Aceștia sunt primii autori cari s'au ocupat mai intens cu această afecțiune, căutând a-i stabili simptomele și decursul clinic. Astfel ei descriu sub acest titlu, o entitate morbidă distinctă, denumirea însăși rezumând caracteristica principală a bolii.

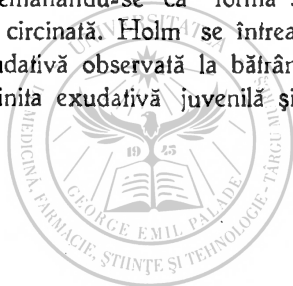
Cercetând literatura oftalmologică am găsit mai multe cazuri asemănătoare, însă autorii cari le-au publicat, le-au atașat tipurilor de boli cunoscute și în special maladiei lui Coats.

Se pare că primul caz observat a fost în 1897 de Walker, care a prezentat la societatea de oftalmologie din Belgia un om de vârstă înaintată, atins de o leziune maculară, cu un aspect asemănător unei tumori. Cazul revăzut după zece luni n'a prezentat vre-o schimbare apreciabilă. În 1899, la aceeași societate, Quarry Silcok a prezentat un caz analog (semnul Westfal +, Romberg ușor pozitiv) Silcok a pus diagnosticul de gomă a coroidei. Patru ani mai târziu aspectul oftalmoscopic rămânând neschimbat, autorul modifică punctul său de vedere și presupune un plastron de țesut conjunctiv. În 1903 la aceeași societate Jessop prezintă o femeie de 63 ani, atinsă de o leziune identică. Era o tumoră măsurând 3 diametre papilare în lungime,  $2\frac{1}{2}$  diametre papilare înălțime și făcând o proeminență de circa 4 dioptrii. Hartridgué și Batten au observat cazuri asemănătoare. Aceste cazuri pe cari le-am enumerat, n'au format obiectul unui stadiu complet. Nici unul din acești autori n'a avut ideea de

a face din această boală o entitate morbidă. Aceste cazuri n'au fost urmărite într'o perioadă de timp destul de lungă pentru a preciza mersul afecțiunii și lipsa examenului anatomo»patologic nu a permis să se dea lămuriri asupra naturii bolii. În 1913 la reuniunea societății belgiene de oftalmologie la Gand, Axenfeld relatează un caz asemănător, sub numele de retinită osificantă externă și a publicat observațiuni detaliate în 1915. Acesta s'a gândit că poate încadra cazul său în boala lui Coats.

Van der Hoeve crede că pot exista două forme a maladiilor lui Coats, una juvenilă, apărând înainte de 30 ani și alta senilă, totdeauna maculară, uneori bilaterală, având ca origine arterio»scleroza.

După Holm (1917), care a publicat 10 cazuri, retinita exudativă la bătrâni este deseori bilaterală, localizată la maculă, papila și retina învecinată nefiind niciodată lezate. În general restul retinei rămâne normal; ceea ce poate surveni sunt mici pete exudative, asemănându-se ca formă și localizare celei observate în retinita circinată. Holm se întreabă dacă această formă de retinită exudativă observată la bătrâni nu este o formă intermediară între retinita exudativă juvenilă și retinita circinată a bătrânilor.



## Etiologie

Etiologia acestei afecțiuni este necunoscută. Se prezintă la indivizi înaintați în vârstă, atinși de arterio-scleroză, fără ca aceasta să depășească senzibil arterio-scleroza normală. Starea generală a bolnavilor este satisfăcătoare. Uneori găsim o ușoară hipertensiune sau o ușoară turburare funcțională renală, însă fără gravitate. În etiologia retinitei exudative maculare senilă nu poate fi încredințat sifilisul. Nu poate fi vorba nici de cauze locale sau profesionale considerabile. În acest fel etiologia bolii rămâne nelămurită, rămânând ca viitoarele studii clinice să aducă lumină și în această chestiune.

## Anatomia patologică

Materialul anatomic relativ la această afecțiune este încă sărac.

În cazul observat de Hausen afecțiunea pare a avea punctul său de plecare în chorio-capilare, ca mici focare limfatice, de unde se întind la lama vitrosă. Leziunile retiniene sunt cu siguranță secundare. Alte două cazuri observate de Hausen pot întări constatările din primul caz. Imaginea oftalmoscopică a acestei afecțiuni poate fi provocată de leziuni foarte diferite. Într'un caz Hausen a găsit o degenerescență limitată la retină; în altul era vorba de o disrupție traumatică a regiunii maculare, cu formarea unei membrane nevroglice.

G. Surdille descrie un caz în care a observat o alterație indiscutabilă a vaselor sangvine. Proba o avem în existența sinuosităților art. papilo-maculare.

Din acestea reiese că încă nu avem un cadru anatomic patologic bine studiat și definit.

## Simptomatologie și evoluție

Retinita maculară exudativă senilă, este o afecțiune ce atinge indivizi bătrâni, caracterizată prin apariția unor plăci exudative în regiunea maculară, atrăgând în urma lor turburări vizuale apreciable.

Debutul bolii este lent, insidios. Afecțiunea debutează la un ochiu printr'un scotom central sau paracentral pozitiv. La început scotomul pare a fi pasager și relativ, constituit printr'o serie de mici pete mai mult sau mai puțin opace. Apoi, în câteva săptămâni sau câteva luni, el se constituie permanent și mai mult sau mai puțin obsoluz. Scotomul este circular sau ovalar. În această epocă examenul oftalmologic este negativ, nu relevă nimic patologic în regiunea maculară, încât specialiștii cei mai de seamă pot pune diagnosticul greșit de nevrită retro-bulbară sau chiar de leziune hipofizară.

Pentru a surprinde retinita maculară exudativă în extremul ei debut este necesar de a ne găsi în fața unui bolnav cu o bună auto-observație și fiind deja atins la un ochiu de leziunile caracteristice ale bolii. Ne vom da seama atunci că turburările subiective, adecă scotomul, sunt acompaniate la debut de simptome oftalmoscopice deabea, sau deloc decelabile.

Scotomul ulterior se modifică prin apariția unor prelungiri în formă de pseudopode. Aceste prelungiri se produc brusc și nu progresiv; ele iau în câteva ore forma definitivă. În urmă prelungirile pot să se modifice și să se separe de scotomul primar. În general în această epocă se manifestă primele simptome oftalmoscopice.

Constatăm la nivelul regiunii maculare o serie de punctuații alb-gălbue dispuse destul de regulat și net separate unele de altele.

Aceste punctuații au sediul în straturile externe ale retinei. Puțin după aceea straturile acestea se edematiază înaintea petelor (atunci apar metamorfopsia și fotopsiile). În acest fel debută retinita exudativă.

Puțin câte puțin petele se fuzionează și formează înaintea maculei o placă de exudație. Notăm în sfârșit apariția hemoragiilor mai mult sau mai puțin abondente în jurul plăcii de exudație. Aceste hemoragii se resorb destul de repede.

Scotoamele în pseudopode nu corespund în general deloc focarelor hemoragice; indică mai curând focare de extensie a retinitei exudative. În tot decursul bolii papila și vasele centrale își conservă aspectul lor normal și corpul vitros rămâne transparent.

După câteva luni o pată alburie opacă apare în placa exudativă. Această pată se mărește progresiv și se reliefează în acelaș timp în corpul vitros dând impresia unei tumori. S'a întâmplat să se enucleeze ochi observați pentru primată în acest stadiu, din cauza unui diagnostic eronat de tumoră. Proeminența alburie, mai mult sau mai puțin mamelonată, continuă să fie scăldată de hemoragii în suprafață, de întindere variabilă; ea crește lent și circa într'un an sau doi, aproape atinge papila. Marginile acestei mase exudative nu sunt deloc nete. Adeseori sunt incadrate, mai mult sau mai puțin complet, de zone pigmentate. Petele pigmentare se găsesc atât pe masa exudativă, cât și în țesutul retinian vecin. Observăm frecvent, dincolo de proeminență, de partea opusă papilei, noi focare de pete gălbui, cari evoluează ca și primele. Dacă procesul continuă, cocitatea devine completă. Uneori boala încetează de a progresa, hemoragiile nu se mai produc și rămâne pierdută numai vederea centrală. Adeseori însă boala rămâne în stadiul frust și deci atunci poate să rămână necunoscută.

## Diagnostic

Diagnosticul acestei afecțiuni este destul de dificil în perioada inițială. Ceea ce ne va duce pe calea unui bun diagnostic în această primă fază, va fi discordanța dintre simptomele subiective — Scotom central pozitiv — și simptomele obiective oftalmoscopice care pot lipsi complet.

Diagnosticul ne va fi mult ușurat când ochiul celalalt prezintă semnele caracteristice ale bolii. Vom ține seama de faptul că ne vom găsi de regulă în fața indivizilor înaintați în vârstă și cari ar putea prezenta, pe ici pe colo, ușoare semne de senilitate, o ușoară arterioscleroză care nu depășește prea mult angioscleroza normală, o slabă hipertensiune sau un ușor defect funcțional renal. Un indiciu ne va fi dat și de evoluția lentă a maladiei. Retinita maculară ex. sen. va fi ușor de diagnosticat într'un stadiu mai înaintat prin examenul cu oftalmoscopul binocular. Vom vedea în acest caz, în regiunea maculară, o reliefare a retinei, o masă exudativă caracteristică, cu o evoluție lentă și care nu atinge papila. Mai târziu vom avea un aspect tumoral la nivelul maculei.

---



## Diagnostic diferențial

Pentru a putea diferenția mai ușor retinita maculară exudativă senilă de boala lui Coats, afecțiune într'u câtva asemănătoare și cu care a fost mult timp confundată sau chiar încadrată acestei boli — amintesc pe scurt caracteristicile acestei afecțiuni din urmă.

În maladia lui Coats avem o leziune retiniană aproape totdeauna unilaterală, atingând indivizi fini — alterațiunile vasculare acompaniază frecvent exudația retiniană și chiar din primele stadii — Retina se deslipește aproape constant dând aspectul unui pseudo-gliom (în pupilă se descopere un reflex gălbui) Pe tumora vizibilă apar himoragii și ectazii vasculare. Ulterior survin irido-ciclite și glaucome: vederea dispăre și uneori enucleația devine necesară.

În retinita maculară exudativă senilă mersul afecțiunii este lent. Nu sunt leziuni vasculare apreciabile, iar complicațiunile sunt mai puțin frecvente. Nu s'a observat niciodată deslipire de retină și nici ca rezultat aspectul de pseudo-gliom.

Comparând imaginile oftalmoscopice ale maladiei lui Coats cu ale retinitei maculare exudative senilă avem impresia foarte clară că sunt două boli diferite.

În boala lui Coats leziunile sunt mai întinse, mai difuze; vasele retiniene sunt adese dilatate, sinuoase, cu dilatațiuni aneurismale.

În retinita maculară exudativă senilă plastroanele retiniene sunt bine circumscrise, papila optică este netă, vasele nu sunt modificate.

Luând în considerare aceste aspecte oftalmoscopice, retinita maculară exudativă senilă ar trebui să-și ia locul în nosografia oftalmologică, lângă retinita lui Coats și eventual lângă retinita circinată senilă.

*Tratament.* Nici un tratament local sau general n'a dat vre-un rezultat.

Luând în considerare obscuritatea etiologiei, un tratament etiologic nu se poate institui. Când constatăm un ușor grad de arterio-scleroză, tratamentul nostru se va orienta în această direcție și vom administra cele mai variate preparate de iodură (iodură de sodiu, ioduri coloidale sau iodură combinată, cu calciu sau diuretină).

Administram doze mici și subcontinue din aceste preparate. În caz de hipertensiune: antihipertensive, antispasmodice, vasodilatatorii (nitroglicerină, nitrit de amil, padutină).

Ca fizioterapie putem să recomandăm băi cu electricitate.

*Prognostic.* Prognosticul poate fi sombru pentru vederea ochiului lezat, putând ajunge la o cecitate completă. Ameliorările observate nu sunt prea importante. În general boala nu se vindecă nici spontan și nici prin vre-un tratament oarecare medicamentos general sau local. Uneori însă boala se poate fixa definitiv în faza inițială, bolnavul pierzând în acest caz nu mai vederea centrală.

Prognosticul deci va fi mai bun când afecțiunea rămâne staționară în faza inițială și când se manifestă la un singur ochi.

---

# Cazuri clinice observate de Dl Prof. Dr. D. Michail

Cazul I. — V. J. 71 ani, pensionar C. F. R. căsătorit.  
Întriat în clinică la 22. V, 1935.

Antecedente heredo colaterale: A suferit de malarie la  
24 ani.

Fumător pasionat până acum 5 ani.

De vreme 25 ani vederea O. D. i-a scăzut progresiv.

Boala actuală datează de vreme 5—6 ani, când a obser-  
vat că-i scade și vederea O. S. lent și progresiv.

N'a urmat nici un tratament.

Starea generală bună R. W. = neg.

## Starea oculară

### I. Examenul exterior al ochiului

La polul anterior nu se prezintă nimic patologic.

Examenul căilor lacrimale: Permeabile la A. O.

### II. Examenul funcțional al ochiului

- |                        |   |                       |      |
|------------------------|---|-----------------------|------|
| 1. Acuitatea vizuală   | { | OD + = $\frac{1}{50}$ |      |
|                        |   | OS + = $\frac{5}{15}$ |      |
| 2. Percepția luminoasă | { | OD + =                | bună |
|                        |   | OS + =                |      |

- |                           |  |                   |
|---------------------------|--|-------------------|
| 3. Reacția pupilară       | $\left\{ \begin{array}{l} \text{la lumină} \\ \text{la acomodare} \\ \text{la conorgență} \\ \text{consensuale} \end{array} \right.$   | atropinizat       |
| 4. Skiaskopia             | $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} + = \text{E} \\ \text{OS} + = \text{E } 0/25 \end{array} \right.$  |                   |
| 5. Astigmometria          | $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} + = 0^{\circ} = 43 \text{ d}; 90^{\circ} = 43 \text{ d} \\ \text{OS} + = 0^{\circ} = 1/2 \text{ d}; 90^{\circ} = 43 1/2 \text{ d} \end{array} \right.$ |                   |
| 6. Tensiunea intraoculară | $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} + = \\ \text{OS} + = \end{array} \right.$  | normală (digital) |

### III. Examenul oftalmoscopic

O. D. = Papila prezintă un aspect edematos al marginilor cu deosebire accentuat la poli.

În dreptul regiunii maculare există un placard exudativ, cu aspect discoidal bine delimitat de partea papilei și neprecis conturat de partea temporală. Acest placard face un așa relief la suprafața retinei, încât la periferia sa vasele regiunii perimaculare formează ușoare flexuozități. Acest placard exudativ este așezat sub retină și voalează la nivelul său vasele coroidei care în rest apar destul de evidente din cauza atrofiei fosei pigmentare.

O. S.: La nivelul regiunii maculare există numeroase puncte cenușii exudative, subrefiniene, grupate deasemenea sub formă discoidală.

### IV. Evoluția boalei și tratament

Injecțiuni i. v. 1 cc cianur de Hg.

Injecțiuni zilnice retrobulbare alternative la ochiul stâng și drept cu clorură de sodiu 2%, 1 cc.

Boala staționară, câmpul vizual ca la intrarea în clinică. 24 VI 1935. Bolnavul părăsește serviciul.

Cazul II. — L. I. 61 ani, lucrător, necăsătorit. Intră în clinică la 3 III 1934.

În antecedente heredo-colaterale: tatăl mort de tbc. pulmonară. În antecedente personale: un șancru dur. Boala actuală a debutat lent, înainte cu 3 ani prin scăderea lentă a vederii. A. O.

Scăderea vederii O. S. a progresat mai mult și înainte cu 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> an a fost operat la Brașov, făcându-i-se extracția cataractei O. S. Vederea însă nu i s'a ameliorat. De vreun 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> an vederea O. S. i'a scăzut din ce în ce mai mult.

Starea generală bună.

## Starea oculară

### I. Examenul exterior al ochiului

O. D. Papila cenușie. Restul elementelor polului anterior nu prezintă nimic patologic.

O. S. Conjunctiva bulbară și palpebrală de aspect normal. Camera anterioară de profunzime normală. Papila neagră prezintă ușoare umbre cenușii. Colobom irian operator superior.

### II. Examenul funcțional al ochiului

1. Acuitatea vizuală  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} + = 3/50 \\ \text{OS} + = 0,5/50 \end{array} \right.$
2. Percepția luminoasă  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} + \\ \text{OS} + \end{array} \right. \text{ există}$
3. Reacția papilară  $\left\{ \begin{array}{l} \text{la lumină} \\ \text{la acomodare} \\ \text{la conorgență} \\ \text{consensuale} \end{array} \right. = \text{ bună}$

4. Shioscopia  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} + \\ \text{OS} + \end{array} \right\}$  Nu se poate face, nu se luminează F. O.
5. Artigmonutria  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} + = 0^\circ = 43\frac{1}{2} \text{ d}; 90^\circ = 44\frac{1}{2} \text{ d} \\ \text{OS} + = 50^\circ = 41\frac{1}{2} \text{ d}; 140^\circ = 44 \text{ d} \end{array} \right.$
6. Tensiunea intraoculară  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} + = \\ \text{OS} + = \end{array} \right.$  normală (digital)

### III. Examenul oftalmoscopic

OD = cataractă nucleare  
OS = cataractă secundară.

După discizia acestei cataracte se observă că regiunea maculară este sediul unui placard ovoid galben cu aspect marmorat de dimensiunea a 3 diametri papilari.

### IV. Evoluția boalei și tratament

6. III. 1934. Bolnavul urmează zilnic un tratament ambulatoriu la Clinica Oto-rino-laringologică pentru otită supurată dreaptă.

19. A. V.  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} = 3/50 \\ \text{OS} = 2/50 \end{array} \right.$  cu + 10 d. sf. convex = + 1,50 d. cyl.  
 $0^\circ - 180^\circ = 5/50$

24. III. 1934. AV = aceeași

25. III. La fundul de ochi se constată prezența unui focar coroiditic atrofic macular.

27. III. 1934. AV.  $\left\{ \begin{array}{l} \text{OD} = 3/50 \\ \text{OS} = 2,5/50 \end{array} \right.$  cu + 10 d. sf. convex = + 1 d. cyl. ax  $180^\circ = 5,50$ .

Bolnavul părăsește serviciul clinice.

## Concluziuni.

1. Retinita maculară exudativă este o afecțiune ce atinge indivizi înaintați în vârstă.

2. Boala are etiologia necunoscută.

3. Se caracterizează subiectiv prin apariția unui scotom central sau paracentral pozitiv care progresează rapid, iar obiectiv nu este acompaniată la debut decât de leziuni abea perceptibile. Mai târziu constatăm plăci exudative cari atrag în urma lor turburări vizuale apreciabile.

4. Boala poate rămânea staționară, bolnavul rămânând cu vederea centrală pierdută, sau poate să evolueze spre acecitatea completă a ochiului atins.

5. Nu avem un tratament etiologic și orice alt tratament, general sau local, nu dă rezultat.

*Văzută și bună de imprimat*

Decanul Facultății :

..... (ss) Prof. Dr. D. MICHAİL

Președintele tezei :

(ss) Prof. Dr. D. MICHAİL

## Bibliografie

1. F. Lagrange—E. Valude: Encyclopédie Française d'ophtalmologie 1906. Tome VI.
  2. H. Coppez et M. Danis: Archives d'ophtalmologie 1925.
  3. Lhorca: Archives d'ophtalmologie 1933.
  4. M. G. Sourdille: Séance 15 V, 1930.
  5. Van der Hoeven: Graefe's Archiv für Ophthalmologie.
  6. F. Poyales: Annales d'oculistique 1932.
  7. Hanssen: Annales d'oculistique 1933.
  8. H. Coppez et M. Danis: Archives d'ophtalmologie 1923.
  9. Junius P.: Annali di oftalmologia 1930.
  10. R. Ribaud: Annali di oftalmologia 1929.
-