

TULBURĂRILE OCULARE ÎN SARCINĂ



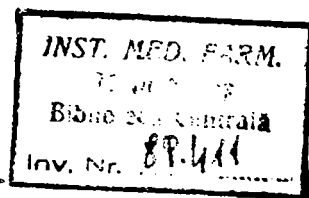
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 5 DECEMBRIE 1935

DE

Dr. VÁGÓ OCTAVIAN

*Doctor în medicină dela Facultatea din Viena
Preparator onorific la Clinica gynecologică și obstetricală din Cluj*

23 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

DECAN : D-NUL PROF. DR. D. MICHAIL

PROFESORI :

Clinica stomatologică	D-1	Dr. ALEMAN I.
Bacteriologie	”	” BARONI V.
Istoria Medicinii	”	” BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	”	” BOTEZ M. A.
Clinica oto-rino-laringologică	”	” BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	”	” DRĂGOIU I.
Fiziologia umană (supl.)	”	” DRĂGOIU I.
Semiologia medicală	”	” GOJA I.
Clinica ginecologică și obstericală	”	” GRIGORIU C.
Clinica medicală	”	” HAȚIEGANU I.
Medicina legală	”	” KERNBACH M.
Clinica oftalmologică	”	” MICHAIL D.
Clinica neurologică	”	” MINEA 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	”	” STURZA M.
Balneologie	”	” TĂTARU C.
Clinica dermato-venerică	”	” ȚEPOSU E.
Clinica urologică	”	” THOMAS P.
Chimia biologică	”	” URECHIA C. I.
Clinica psihiatrică	”	” VASILIU TITU
Anatomia patologică	”	”

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

PREȘEDINTE : D-l. Prof. Dr. Michail D.

MEMBRII : {
” ” ” Grigoriu C.
” ” ” Kernbach M.
” ” ” Bologa V.
” ” ” Hațieganu I.

Supleant D-l. Doc. Dr. T. Popoviciu

Introducere.

Una din caracteristicile medicinei de azi este, fără îndoială, penetrația reciprocă a diferitelor specialități și a medicinei generale. Oftalmologia în special a profitat mult în urma acestei tendințe, pentru că numeroase sunt și azi afecțiunile oculare a căror cauză rezidă într'o modificare intimă a organismului.

La Cluj, Dl. Prof. Dr. D. Michail a înțeles, mai bine ca oricare altul, avantajile enorme nu numai pentru oftalmologie, dar pentru toate specialitățile medicinei — ale unei colaborări cât mai active și timp de 16 ani de când conduce clinica oftalmologică a Universității din Cluj, nu s'a abătut o clipă dela programul pe care și l-a trasat în această chestiune. Mărturie stau nu numai numeroasele D-Sale lucrări și ale elevilor pe care i-a format, dar stau și numeroasele feze de doctorat pe care le-a inspirat, dintre care mai bine de jumătate privesc probleme de graniță dintre specialitatea oftalmologiei și celelalte discipline ale medicinei. Teza de față face parte din acest ciclu și din fericire ea nu reprezintă prima manifestare a colaborării dintre clinicile obstetricală și oftalmologică ale Facultății noastre.

Lucrarea cuprinde studiul a 46 de gravide din punct de vedere oftalmoscopic — la care se adaugă rezultatele cercetărilor încă inedite ale D-lor Prof. Dr. D. Michail și Doc. Dr. P. Vancea asupra câmpului vizual, tensiunii oculare și tensiunii retiniene, practicate pe un număr de aproape 40 de gravide.

Pentru amabilitatea cu care mi-au pus la dispoziție rezultatele cercetărilor D-lor, îi rog să primească cele mai recunoscătoare mulțumiri.

Juriului meu de promoție îi adresez omagiile mele respectuoase.



Modificările organismului în graviditate.

Sângele și aparatul circulator.

În cursul gravidității se produc importante modificări nu numai la nivelul organelor genitale ale femeii, dar și la nivelul altor sisteme și aparate organice. Aceste modificări se manifestă în mod diferit cu o mai mică, sau mai mare intensitate. Astfel se notează modificările sângelui. Hematiile prezintă modificări de dimensiune: macro și microciti. Rezistența globulară este mult micșorată, cu deosebire în ultimele luni ale sarcinii. Se întâlnesc numeroase globule roșii nemature ceea ce dovedește că în graviditate există un proces activ de distrugere și de regenerare. Globulele roșii sunt diminuate ca număr, iar conținutul lor în hemoglobină este de asemenea micșorat. Masa sanghină în parte este mărită prin mărirea cantității de lichid, care intră în formațiunea sa. Greutatea specifică este micșorată. Din această cauză, inima trebuie să suporte o muncă mai mare. În sfârșit, există o mărire a pulsațiilor și a presiunii sanghine.

Aparatul digestiv.

Sunt cunoscute: mărirea secreției salivare, greșurile și vărsăturile din timpul sarcinii. Aceste tulburări sunt considerate ca fenomene simpatice reflexe prin exaltarea activității sistemului nervos — consecința unei stări de permanentă autointoxicație. În ultimele luni ale gravidității, din cauza aportului de substanțe toxice, funcțiunea glicogenetică și antitoxică a aparatului digestiv este în ușoară deficiență. S'au descris de altfel cazuri de ictere toxice gravidice și atrofia acută a ficatului.

Aparatul urinar.

Rinichiul resimte cel mai mult influența gravidității. Fără a intra în detalii, țin să amintesc alterațiunile parenchimului și munca mai mare pe care trebuie să o susțină acest organ prin eliminarea unei mai mari cantități de substanțe toxice. Cantitatea de urină în general este mărită, iar ca elemente patologice se întâlnesc frecvent albumina și zahărul.

Aparatul vizual.

Din partea aparatului vizual se notează o colorație a pielii pleoapelor, care trebuie interpretată ca o hiperemie analoagă cu acelea observate în alte regiuni ale corpului: mamelă, obraz. Toate viscerale oculare pot suferi alterațiuni. Cele mai multe dintre ele sunt trecătoare, altele însă pot lăsa urme indelebile, iar uneori pot compromite definitiv funcțiunea vizuală.

Niëden raportează cazul unei femei primipare, care în cele dintâi 2 luni ale sarcinei a suferit de pialism și vărsături. A 3-a lună a apărut o lăcrimare intensă — fără să existe vre'o alterațiune a căilor lacrimale, care să explice această lăcrimare. În acest caz era vorba probabil de o hipersecreție reflexă a glandelor lacrimale, asemănătoare cu hipersecreția glandelor salivare.

Din partea conjunctivei s'au notat emoragii, iar la corneea ulcere ce trebuiesc interpretate ca fiind datorite unor grave deficiențe organice generale.

Rampoldi a notat la o femeie, ce se găsea în a 3-a lună și care avusese 3 sarcini, un ipopion ce se repeta și care în mod sistematic se reproducea când femeia ținea capul plecat în jos câteva minute. Ipopionul trebuie considerat în acest caz ca o tulburare de ordin circulator și consecutiv unei congestii limfatice, congestie care favoriza vărsarea limfei în camera anterioară.

Din partea acomodăției s'au notat astenopii, cu deosebire frecvente la gravidele ușor hipermetrope.

Fischer a observat un caz de midriază unilaterală datorită unei paralizii a sfincterului pupilar. Tulburarea a prezistat câteva luni după naștere.

Galizowsky și Landsberg au notat apariția unui glaucom. Este greu de stabilit, dacă graviditatea a deslănțuit glaucomul sau este simplamente vorba de o coincidență. Mai degrabă cred că se poate vorbi de oarecari predispoziții.

Power a observat un număr important de cazuri, în care pacienți suferind de cataracte prezintau o agravare a afecțiunii lor cu fiecare nouă sarcină. Observații similare au fost făcute de *Pflüger și Terrien*. De notat este faptul că în aceste cazuri examenul urinei nu a arătat nici zahăr, nici albumină.

Tulburările câmpului vizual.

Examenul câmpului vizual în cursul gravidității a făcut obiectul a numeroase cercetări.

Bellinzona și Tridontati au găsit o strâmtare a câmpului vizual de partea nazală cu deoseuire la *O. S. Forti*, din contra, a găsit strâmtarea de partea temporală și nici o diferență între cei doi ochi. Cât privește câmpul de vedere al culorilor, autorii de mai sus au găsit o strâmtare concentrică.

Studiind excitabilitatea nervoasă în cursul gravidității și găsind oarecari analogii cu isteria, *Bellinzona și Tridontati* ajung la concluzia că strâmtarea câmpului vizual în graviditate trebuie considerată ca un fenomen isteric. La aceleași concluziuni ajunge *Forti*.

Finlay, studiind modul de comportare al câmpului vizual în 31 cazuri de graviditate normală, găsește o strâmtare bitemporală în 22 cazuri. *Holm*, pe de altă parte, la 45 femei însărcinate, dintre cari 36 în ultima lună a gravidității, nu a găsit nici o modificare a câmpului vizual. *Abramovici* pe 81 de femei însărcinate, a găsit o ușoară strâmtare în 6 % din cazuri pe care o pune pe seama modificărilor glandei pituitare. În sfârșit, *Miss Johns* la 28 de gravide a găsit câmpul vizual strâmtat concentric pentru culori și mărirea peței oarbe la cea mai mare parte din cazuri.

Măsurăturile radiografice practicate în ultimii ani și examenul funcțional al ochiului tind să dovedească că modificările câmpului vizual în cursul gravidității depind probabil de o hipertrofie a ipofizei.

Dl. Prof. Michail și Doc. Vancea examinând câmpul vizual pentru alb și culori la aproape 40 cazuri din serviciul clinice obstetricale din Cluj găsesc o strâmtare a câmpului vizual pentru elementele studiate în 42 % din cazuri. Strâmtarea era cu deosebire exprimată de partea temporală și nu exista nici o diferență apreciabilă între cei doi ochi. Modificările de câmp par să fie mai accentuate la primipare și au tendința să se accentueze cu progresul sarcinei.

Emeralopia.

Încă din antichitate s'a notat emeralopia femeilor însărcinate, care se manifestă către sfârșitul gravidității. Pentru explicarea acestei tulburări s'a invocat slăbirea generală a organismului și consecutiv o demineralizare a sistemului nervos. Azi se admite mai mult o insuficiență hepatică (afecțiunea este frecventă în insuficiențele hepatice). În toate cazurile de emeralopie gravidică fundul ochiului a fost găsit normal.

Tensiunea oculară și arterială retiniană.

Autorii cari s'au ocupat cu studiul tensiunii oculare în cursul gravidității, în ultimul timp sunt destul de numeroși. Citez pe: *Marx, Rizzo, Imre, Garofalo, Michail și Vancea*.

Acești ultimi autori examinând din punctul de vedere al tensiunii oculare și al tensiunii retiniene, 50 de gravide din serviciul D-lui Prof. Grigoriu, găsesc o tensiune endoculară mai mică, însă care evoluează totuși în limite normale. Valoarea medie a tensiunii endoculare la gravidele examinate a fost de 18.24 mm.

Dr. Prof. Michail și Doc. Vancea găsesc că tensiunea diminuează cu progresul sarcinei, fără ca numărul lor să influențeze asupra tensiunii.

Cât privește tensiunea retiniană, autorii clujeni au găsit în mod constant o ipotensiune arterială retiniană alături de o tensiune arterială generală normală.

Iată câteva date referitoare la aceste examinări. Clasificate după termenul sarcinei, cazurile observate de *Prof. Michail și Doc. Vancea* se pot grupa astfel:

Luna 4-a	1 caz
" 5-a	3 "
" 6-a	5 "
" 7-a	4 "
" 8-a	12 "
" 9-a	25 "

Tensiunea endoculară și presiunea arterială retiniană au fost determinate la fiecare bolnavă în timpul sarcinei și imediat după naștere. În 38 de cazuri (78 %) au găsit o ipotensiune arterială retiniană cuprinsă între 15—25 mm. pentru Mn. și 50—60 mm, pentru Mx., în 8 cazuri o presiune arterială retiniană normală și în 4 cazuri o presiune arterială retiniană urcată. Aceste ultime 4 cazuri prezintau însă fenomene de nevrită optică bilaterală. Presiunea arterială generală în toate cazurile a fost normală.

Cea mai mare parte dintre gravidele observate au fost examinate și după naștere între a 5-a și a 8-a zi și în toate cazurile au constatat aceeași tensiune scăzută ca înainte de naștere.

Tensiunea endoculară a variat între 15 și 22 mm. dând o valoare medie pentru gravidele examinate de 18.24 mm. Pentru explicarea acestor fapte s'au invocat diferiți factori. *Imre* admite o influență a glandelor cu secreție internă, iar *Max, Marioti* cred că se datorește modificărilor fizico-chimice ale sângelui.

Nevrita optică.

Imbolnăvirile nervului optic sunt frecvente în cursul gravidității *Reich* a observat un caz unde procesul inflamator papilar luase aspectul unei papile de stază. Nevrita retrobulbară, care se observă către sfârșitul gravidității, este mai frecvent bilaterală și se manifestă subiectiv printr'un scotom central.

Ohthoff a observat 4 cazuri de acest fel, dintre cari 3 afecțiuni bilaterale, iar ultima unilaterală. Într'un caz al lui *Mackenzie* scotomul s'a manifestat în luna a 5-a a gravidității. *Lauford Knaggs* a notat un caz de strâmtare a câmpului vizual în sector. Era vorba de o femeie de 40 ani, care își pierduse vederea ochiului stâng prin atrofie optică — în urma unei sarcini anterioare. A 4-a lună dela graviditate a constatat o ambliopie a ochiului drept cu pierderea percepției culorilor și strâmtarea concentrică a câmpului vizual. După provocarea avortului, vederea a revenit la normal împreună cu percepția culorilor. Lipsa din câmpul vizual numai un cadran superior și exista o atrofie parțială a papilei nervului optic. Un an mai târziu, după o nouă născință, se repetă aceleași simptome din parte ochiului drept. Avortul a dat din nou bune rezultate — în ceea ce privește vederea centrală, dar câmpul își pierduse complect funcțiunea în partea temporală.

Nu mai puțin interesant este cazul descris de *Ball*, care a avut prilejul, să observe o femeie afectată de nevrită optică bilaterală în patru sarcini succesive. De notat este faptul că cu fiecare nouă sarcină a avut un nou acces și după a 4-a graviditate vederea îi era redusă la ochiul drept la simțul luminei, iar la ochiul stâng era 1/10.

Bar, care a publicat două cazuri de nevrită optică în cursul gravidității, a constatat în ambele o agravare la a 2-a sarcină.

Bailliart și Hartmann au observat o primipară, care în a 8-a lună a fost afectată de o nevrită optică bilaterală cu pierderea complectă a vederii — care nu a început să revină decât la câteva ore după nașterea provocată.

Patay, la o femeie de 31 ani, a întâlnit la 3 sarcini succesive o nevrită optică. Oprirea boalei s'a obținut numai prin întreruperea gravidității.

Aceste citate sunt suficiente pentru a sublinia importanța nevritei optice în cursul gravidității și trebuie subliniat, că avortul sau nașterea provocată au evitat în numeroase, cazuri pierderea funcțiunii vizuale. Este fără îndoială datoria medicului, să prevină bolnava asupra pericolului sarcinilor succesive pentru aparatul vederii și desigur este absolut necesar să se stabilească precis dacă nevrita optică în chestiune este gravidică sau de altă natură. Într'adevăr, întreruperea sarcinei este urmată de succes numai în cazurile de nevrite net gravidice.

Nevrita optică gravidică trebuie deosebită de alte nevrite datorite unei afecțiuni generale (sifilis, reumatism, tuberculoză), lucru ușor, fiindu-se seama de simptomele generale ale boalei și de rezultatele examenelor de laborator (examenul sângelui l. c. r. etc.)

Cât privește tratamentul, intreruperea sarcinii este din nefericire și azi singura terapeutică eficace. Serul preconizat de *Charrine Mouson* nu a dat nici un rezultat.

Amauroza gravidică.

Amauroza gravidică apare la sfârșitul gravidității și este de regulă însoțită de albuminurie. Frecvent ea este confundată cu amauroza uremică, deși este precizat că procentul ureei în sânge nu este mult mărit în această afecțiune.

Boala se dezvoltă brusc și în timp de 1—24 ore cecitatea este completă. Este frecvent bilaterală și se manifestă simultan la amândoi ochii. Pupila este normală sau ușor dilatăată. Reacțiunea la lumină poate fi conservată sau abolită. Urina, obișnuit, conține albumină, excepțional se instalează o diureză accentuată.

Durata amaurozei gravidice merge în general dela câteva ore la o zi, rar 2—3 zile. Fundul ochiului nu prezintă alterațiuni. Poate coexista o retinită albuminurică, dar aceasta ultimă nu este cauza amaurozei.

Concomitent cu amauroza s'au notat și alte tulburări la nivelul ochilor. Astfel într'un caz al lui *Schmid-Rimper și Dombrowsky* exista o stază papilară, iar în cazurile publicate de *Förster și Simpson* atrofie optică aproape completă. *Dabadie* într'un caz al său a notat pierderea aproape completă a vederii periferice după un acces de amauroză. Observații similare au făcut *Sourdille și F. Lagrange*. *S. Cohm* citează cazuri în cari după amauroză s'a observat o nevrită optică parțială sau totală, consecutivă.

După accese vederea revine la normal. Uneori pentru o scurtă perioadă de timp se pot observa scotoame tranzitorii, care însă dela o vreme dispar. Alteori rămâne un ușor grad de ambliopie și se dezvoltă un ușor grad de atrofie optică parțială.

Examenul clinic al cazurilor demonstrează că amauroza gravidică este rezultatul unei intoxicații generale a organismului, intoxicație care probabil depinde de o alterație sau de un defect al funcțiunii renale. Intoxicația generală produsă de starea gravidică, provoacă, independent una de alta, alterațiuni renale și alterațiuni ale aparatului vizual. Fără îndoială, tulburările coexistând amaurozei gravidice (eclampsie, hipertensiune arterială, tulburări nervoase și psihice) trebuiesc atribuite aceleași cauze. Azi se ignorează tot mai mult teoria antică a edemului nerviului

optic, al tecei sale sau al retinei, ca și teoria mecanică a lui *Traube*, care pune amauroza gravidică în legătură cu o ipertensiune vasculară.

Considerând, că amauroza poate coexista cu staza papilară, nevrita optică, retinita albuminurică, este greu de găsit factorul patogenetic care produce una sau alta din manifestățiunile oculare amintite. Nu se cunoaște substanța toxică, care poate fi incriminată cu deosebire în amauroza gravidică. Experiențele lui *Buchard și Charrin* au probat marea diversitate a substanțelor cari dau loc autointoxicației gravide. În urma observațiilor lui *Zweifel, Dabadie, Villard, Schiötz*, se știe că ureea nu este în cauză, cum s'a crezut multă vreme. La bolnavele cu amauroză gravidică procentul de uree sanghină nu este mărit. Amintim că în cazul observat de *Weckers și Missotten*, sângele nu conținea decât 30 cigr. la litru.

Schiötz la unele bolnave cu amauroză gravidică, constată că deși amauroză se vindecă, uremia persistă fără modificări. Acest fapt demonstrează că retenția azotată nu este factorul care determină amauroză gravidică.

Caracterele clinice ale amaurozei gravide, absența alterațiilor oftalmoscopice, persistența reacției pupilare, sunt factori, cari indică o localizare a leziunilor la nivelul căilor optice superioare și mai precis la cortexul central. Cercetările microscopice practicate pe bolnavele moarte de eclampsie și cari au prezentat amauroze, nu au evidențiat nici o leziune a căilor optice. Ținând seama, că turburările vizuale sunt de scurtă durată, nu pot depinde decât de turburări tranzitorii, de ordin circulator, cu edem fugace. Turburarea circulatorie, care consistă probabil într'o vasoconstricție, poate fi comparată, prin analogie, cu turburările ce se observă în amauroză și hemicrania oftalmică datorită unui defect de irigație a centrului cortical al vederii. Trebuiește avut în vedere și faptul că în amauroză gravidică turburările oculare pot prezenta un caracter hemianopsic.

Widal și Vacher, au emis ipoteza că amauroza gravidică pare să se datorească unui edem cerebral legat de ipertensiunea lichidului cefalorachidian, ipertensiune datorită unei retenții de cloruri în sânge, care se observă frecvent în nefrita acută cu edem.

Schiötz a constatat ipertensiunea lichidului cefalorachidian într'un caz de amauroză gravidică. Puncția lombară a influențat favorabil evoluția turburărilor oculare. Această teorie, care merită să fie încă studiată, are o mare lacună: cum se explică amauroza gravidică în cazurile în care nu se întâlnește ipertensiunea lichidului cefalorachidian? În această categorie întră numeroase cazuri.

Coroida și retina.

Cazurile pure de coroidită gravidică sunt excepționale. În literatură se cunoaște un singur caz publicat de *Mesiron*. La o femeie la cea de a 2-a sarcină, a întâlnit o coroidită cu o gravă diminuare a vederii. Întreruperea sarcinii a produs o ameliorare a vederii la 4/10.

Panas și Belloward au observat la o femeie de 30 ani în a 7-a lună, o vastă hemoragie retiniană, care cuprindea $\frac{2}{5}$ din fundul ochiului.

Teillais a observat 4 cazuri de hemoragii retiniene la o femeie însărcinată. În unul din aceste cazuri, a 3-a lună dela sarcină, au apărut hemoragii subconjunctivale. Două luni mai târziu, hemoragii retiniene de oare care mărime. Hemoragiile retiniene sunt datorite alterațiilor pereților vasculari, provocate de substanțe toxice acumulate în organism, și modificării sanghine, iar de altă parte sunt favorizate de ipertrofia cardiacă a gravidității.

Teillais a observat 3 cazuri de embolia arterei centrale a retinei în cursul gravidității. Numeroase alte cazuri au fost descrise de alți autori. *Panas* afirmă că embolia arterei centrale a retinei trebuie considerată ca dependentă de leziuni organice ale inimii și vaselor.

Fischer, pe 129 de observații, a găsit leziuni cardiace în 91 cazuri, spre deosebire de *Kern*, care susține că pe 165 observații nu a găsit nici un caz.

Endocardita acută sau cronică, anevrismul, flebita și arterioscleroza sunt afecțiuni cari pot fi incriminate. La acestea se adaugă apoi anumite discrazii — reumatismul articular acut, albuminuria, diabetul, sifilisul, etc. — Cum se vede, origina emboliei poate fi variată și nedeterminată. În graviditate globulele roșii sunt micșorate și hemoglobina. Fibrina diminuează în primele luni, însă ulterior ea se urcă progresiv. Acest factor este foarte important, pentru că, face sângele mai puțin coagulabil și favorizează formațiune de emboluri. De alta parte fenomenele de stază în circulația venoasă, cu deosebire în regiunea subombilicală, pot iniția trombozele și facilita formațiunea embolului.

Încă un factor este faptul că embolia se prezintă către sfârșitul gravidității, în perioada în care se întâlnesc cele mai numeroase modificări ale aparatului circulator, care fac mai verosimil acest mod de a concepe lucrurile.

Hemery Hill a publicat un caz de deslipire bilaterală a retinei la o femeie însărcinată. În acest caz s'ar putea să fie însăși și o simplă coincidență. Mult mai interesant este cazul observat de *Prof. Michail* — o retinită gravidică cu deslipire bilaterală parțială de retină.

Mușchii.

Nu rar se observă o astenopie musculară datorită unei insuficiențe a mușchilor interni, la femei însărcinate. Aceste simptome se datoresc, cu multă probabilitate, unei denutriții generale și în special slăbirei sistemului nervos.

Altmann a publicat un caz de paralizia dreptului extern, survenită în cursul gravidității. Este vorba, fără îndoială, de o paralizie toxică datorită unei nevrite periferice.

Sym a observat la o femeie de 36 ani în cursul unei gravidități pareza celei de a 3-a perechi. Aceasta pareză avea caracteristica de a se agrava în cursul sarcinilor ulterioare. *Sym* admite, că aceste tulburări trebuie să se considere ca depinzând de o afecțiune bazală.

Orbita.

Exoftalmia a fost descrisă ca o tulburare dependentă de graviditate, *Sattler* a publicat o statistică a acestei afecțiuni și a constatat că pe 32 cazuri de exoftalmie pulsatilă netraumatică, în 6 cazuri aceasta afecțiune s'a dezvoltat în timpul gravidității. Într'un caz, primele simptome s'au manifestat la a 2-a lună. Cu toate acestea, este greu de a afirma influența gravidității asupra formații exoftalmiei pulsatile.

Retinita gravidică.

Această formă de retinită a prilejuit numeroase și importante lucrări și a fost cu deosebire studiată de *Axenfeld Sixlex* și *R. Duvigneaud*. Atunci când se vorbește despre retinita gravidică, trebuie precizat dacă anterior femeia nu a fost bolnavă de nefrită, sau dacă în timpul gravidității s'a îmbolnăvit de nefrită printr'o cauză intercurentă oarecare.

Aceasta distincțiune este absolut necesară pentru a nu confunda etiologia și a nu asocia cauze patologice diferite.

Retinita gravidică este rară — mai rară ca retinita albuminurică negravidică. Statistica lui *Burnier* dă o idee de raritatea acestei afecțiuni; pe 11.216 femei însărcinate nu a găsit decât 134 care se plâneau de tulburări oculare și erau albuminurice. Din acestea 5 erau afectate de retinite dintre cari 3 erau pur gravidice, la celelalte 2 era vorba de o nevrită cronică intercurentă în cursul gravidității.

Silex a găsit proporția de 1:3000 de gravide. *Woelchers* po 30 cazuri de retinită albuminurică, a găsit 2 de origină gra-

vidică, iar *Tompson*, pe acelaș număr de cazuri, a găsit 4 de origine pur gravidică.

Retinita gravidică se observă mai des la primipare în a 2-a lună a sarcinei — la unele către sfârșit.

Burnier dă următoarea statistică :

21 %	din cazuri apar în primele 6 luni,
38 %	„ „ „ între a 6-a și a 7-a lună,
33 %	„ „ „ între a 8-a și a 9-a lună,
8 %	„ „ „ după naștere.

Doc. Vancea și Doc. Voicu, în legătură cu un caz de retinită gravidică, observat în serviciul clinicei obstetricale din Cluj, găsesc un procent de 1:3000 — procent ce se apropie de acela al majorității autorilor.

În ce privește simptomatologia, vederea poate suferi cele mai variate modificări, care pot merge dela o ușoară voalare, ca urmare a unei retinite difuze fără leziuni grave ale maculei, la scotom central și pericentral, determinat de infiltrația localizată la maculă sau la regiunea perimaculară și tulburarea întregului câmp vizual, care împiedică orientarea și se termină prin cecitate — pasageră sau permanentă. La majoritatea cazurilor acuitatea vizuală nu scade sub $\frac{1}{3}$ din normal și câmpul vizual nu este strâmtat. Afecțiunea apare bilateral și aproape simultan, însă în grade diferite.

La oftalmoscop se observă aceleași simptome ca în retinita albuminurică datorită altor cauze: papila neregulată, opacă, ușor proeminentă (edem papilar), strâmtare arteriilor și vene dilatate și sinuase. Pereții vaselor prezintă dungi albe de perivasculită. Exudate și pete albe în regiunea maculară și perimaculară.

În genere nu se face o distincție între retinita albuminuri, că și cea gravidică, pentru că leziunile fundului de ochiu sunt identice în ambele cazuri și pentru că la ambele afecțiuni coexistă tulburări ale funcțiunii renale.

În retinită gravidică, origina trebuie căutată într'o auto-intoxicație specială, care atacă contemporan retina, ficatul și rinichiul. Clinicește, rinichiul gravidic prin simptomatologie se apropie de nefrită. Din punct de vedere anatomic și istologic, nu prezintă cazul pur al nefropatiei epiteliale, dar se găsesc semne de glomerulită. Examenul funcțional al rinichiului demonstrează că funcțiunea este bine conservată și că nu există insuficiență renală.

După *Alfieri* următoarele caractere diferențiale permit a se preciza dacă este vorbă de una sau de alta din cele două leziuni :

a) În favoarea nefritei cronice, anamneza poate releva leziuni renale preexistente.

b) Apariția alterației renale în primele luni ale sarcinei pledează pentru nefrita cronică — apariția în ultimele luni, pentru nefropatia gravidică.

c) Vindecarea rapidă după puerperiu, fără urme, este caracteristică nefropatiei gravidice.

d) Nefrita cronică se înrăutățește cu repetarea sarcinilor, în timp ce nefropatia gravidică e mai des la prima sarcină.

e) Azotemia, cu rare excepții, este de 0.50 % în nefropatia gravidică, în timp ce la nefrita cronică este cu mult mai mare.

f) Procentul albumoidelor în lichidul de edem în nefropatia gravidică este sub 0.40 %, în timp ce în nefrita cronică este mai mare.

Există deci diferențe funcționale, cari pot indica precis diagnosticul diferențial dintre retinita gravidică și nefrită.

Odată stabilit diagnosticul retinitei gravidice, să vedem natura și modul de producere al acestei afecțiuni. Se știe că după naștere, ori după întreruperea sarcinei, hemoragiile se resorb, petele albe se reduc și retina își ia aspectul său normal, iar funcțiunea vizuală se restabilește. Aceasta constatare dovedește că leziunile nu erau destructive, nu exista nici o formă de degenerare, ci numai infiltrații cari, rezorbindu-se, au lăsat țesutul și funcțiunea în starea lor primitivă. În alte cazuri însă, când leziunea durează mai mult, țesuturile sunt incapabile să-și reia starea normală. Oftalmoscopic se constată o strâmtare a vaselor retiniene, în special a arterilor, care își pierd transparența și își îngroașă pereții, o decolorare a papilei și oarecari infiltrații pigmentare. Evident, când un mare număr de elemente retiniene sunt distruse, se prucud leziuni definitive. Leziunile vasculare au atras atențiunea asupra vaselor și s'a împus teoria că ar putea fi vorba de o afecțiune vasculară.

Opin și Rochon-Duvigneaud au demonstrat că la femeile afectate de retinita gravidică nu se găsește arterioscleroză generalizată și nu se pot considera leziunile vasculare ca punctul de plecare exclusiv al diferitelor alterațiuni ale țesutului retinian.

Din observarea faptelor se împune o concepție că vasele și țesuturile sufăr simultan influența unui agent nociv oarecare, care poate ajunge prin traversarea vaselor, sau prin alte alterațiuni proprii retinei, în orice caz defecte de acelea pe care le produce o simplă ischemie sau o simplă exudație sanghină.

Care poate fi agentul unei astfel de alterațiuni?

Teoria lui *Mayer*, care atribue leziunile unei întoxicațiuni și unei absorbțiuni a lichidului spermatic în timpul gravidității, când raporturile sexuale sunt excesiv de frecvente, n'are nici o bază reală. *Rochon-Duvigneaud* admite o electivitate specială a țesutului retinian pentru substanțe toxice gravidice și împreună cu *Opin* el a găsit trei organe bolnave: inima, rinichiul și retina, în timp ce toate celelalte își conservă integritatea lor. Dacă se pune deoparte inima și rinichiul, a căror afectare se explică prin fapte de ordin mecanic, rămâne retina ceea care să se resimtă de o influență patogenică localizată probabil în ea.

După susținătorii teoriei autotoxice, sursa cea mai importantă de substanțe toxice pare să fie aparatul digestiv, ca urmare a stazei intestinale și a compresiunii exercitate de uter. După acești autori, origina elementelor toxice gravidice pare să fie datorită încetării schimburilor organice, cu producerea unor specii de substanțe albuminoide, care se varsă în circulație sub formă de cantități mari de produși intermediari (amoniac, acid uric), dotați cu o importantă toxicitate.

După alții, origina retinitei gravidice pare să fie datorită țesuturilor fetale și placentare. În sângele matern ar pătrunde elemente placentare, din epiteliul sincitial, care ar provoca formarea de syncitolizine și emolizine, ducând la diferite forme de autointoxicație.

În ceea ce privește prognosticul retinitei gravidice, este mai favorabil, decât al altor forme de retinite, și oricât de tardiv se manifestă, întreruperea sarcinei influențează în bine retinita gravidică. Repetarea sarcinei este un pericol pentru o femeie predispusă să facă mai ușor tulburări oculare. *Cohm* susține că în aceste cazuri se ajunge de regulă la pierderea vederii. Retinita se poate complica cu o deslipire de retină. *Brachet* a observat o deslipire de retină la o femeie însărcinată în a 6-a lună și afectată de retinită gravidică. O săptămână după întreruperea sarcinei, retina la cei doi ochi era realipită și vederea $\frac{3}{4}$ și $\frac{1}{6}$.

Tratamentul retinitei gravidice implică întreruperea sarcinei. Toți autorii sunt de acord asupra oportunității avortului când retinita progresează sau când ea apare în primele luni, pentru că în acest caz șansele copilului sunt minime. Uneori, cu toată provocarea avortului, viața mamei în această boală este grav atinsă și nici avortul nu garantează restabilirea vederii.

Într'un caz al lui *Mayer*, cu tot avortul provocat și cu toată ameliorarea observată la nivelul retinei, puține săptămâni mai târziu a survenit un acces de uremie, care a produs o cecitate completă.

Autorii nu sunt de acord asupra necesității nașterii premature în cazurile de retinită survenite către sfârșitul sarcinei. *Randolph* și *Ayres* consiliază așteptarea. După ei, intervenția nu trebuie să se facă în cazurile în care se manifestă crize de eclampsie. *Sillex*, din contra, admite că diagnosticul de retinită gravidă cere în mod presant întreruperea sarcinei. Din punct de vedere profilactic, este indicat prevenirea sarcinilor ulterioare, cari, pot da o nouă retinită, deși sunt cunoscute cazuri de sarcini succesive cari nu au produs decât alterațiuni retiniene cu totul neînsemnate.

Cercetări personale.

Cercetările mele personale se bazează pe studiul a 46 de gravide din serviciul clinice obstetricale din Cluj, care au fost examinate ocular din punctul de vedere al acuității vizuale, câmpului vizual și examenului oftalmoscopic. În tabloul alăturat am reținut datele furnizate de aceste examene.

Nu- mărul cazu- rilor	Vârsta	Luna sarcinei	Acuitatea vizuală	Câmpul vizual	Examenul oftalmoscopic
1	31	VIII	5/5	Normal	Ușoară voalare a marginilor papilare
2	35	IX	5/5	Ușor sîrăm tat bitemp.	Normal
3	24	VII	5/7	Normal	Puls venos
4	34	IX	5/5	Normal	Edemul poli or inferiori ai papilelor
5	38	VIII	5/5	Normal	Voalarea vaselor în segmentul inferior
6	40	IX	—	—	Coroidită peripapilară atrofică
7	20	IX	—	—	Edem al polilor papilari
8	20	VIII	5/5	—	Ușoară paloare papilară
9	30	VIII	5/5	Normal	Fibre cu mielină
10	24	IX	5/5	Normal	Edem al polilor papilelor
11	20	IX	5/5	Normal	Edem papilar la polul inferior
12	20	VI	5/5	Normal	Edem al polilor papilelor
13	20	IX	5/5	Normal	Edem al polilor papilelor
14	22	IX	5/5	Normal	Edem al polilor inf. papilari
15	21	VIII	5/5	Normal	Normal
16	30	VIII	5/5	Normal	Normal

Nu- mărul cazu- rilor	Vârsta	Luna sarcinei	Acuitatea vizuală	Câmpul vizual	Examenul oftalmoscopic
17	22	VII	5/5	Normal	Coroidită peripapilară
18	36	IV	5/5	Normal	Papilele foarte palide
19	22	IX	5/5	Normal	Normal
20	25	IX	5/5	Normal	Normal
21	27	IX	5/5	Normal	Edem al polilor inf. papilari
22	21	VIII	5/5	Normal	Edem al polilor papilari
23	29	IX	5/7	Normal	Edem al polilor papilari
24	19	IX	5/5	Normal	Edem al polilor
25	30	VIII	5/20	Normal	Ipermotropie de + 2d, O. D, + 4d, O. S.
26	28	II	5/5	Normal	Voalarea marg. papilare
27	39	VIII	5/5	Normal	Normal
28	24	IX	5/5	Normal	Normal
29	25	IX	5/5	Normal	Fibre cu mielină
30	24	IV	5/5	Normal	Normal
31	28	VIII	5/5	Normal	Normal
32	22	VIII	5/5	Normal	Edem papilar
33	37	VI	5/5	Normal	Normal
34	28	VII	5/15	Normal	Normal
35	27	VIII	5/10	Normal	Normal
36	23	VIII	5/5	Normal	Edem al polilor papilari
37	24	VIII	5/5	Normal	Normal
38	34	IX	5/7	Normal	Edem papilar A. O.
39	20	IX	5/5	Normal	Normal
40	34	IX	5/5	Normal	Edem al papilelor
41	21	VIII	5/5	Normal	Normal
42	37	IV	5/5	Normal	Normal
43	25	VII	5/5	Normal	Edem al papilelor
44	35	VII	5/5	Normal	Edem al papilelor
45	41	II	5/5	Normal	Edem al papilelor
46	23	VII	5/5 os	Normal	Normal

Vârsta bolnavelor examinate a variat între 19 și 41 ani și 22 din ele se găseau la prima sarcină.

Din cele 46 de gravide examinate oftalmoscopic: 7 nu prezentau nici o alterație la fundul de ochiu — 18 prezentau un edem discret localizat la polii ambelor papile — 3 o ușoară voalare a marginilor papilare — una puls venos spontan — una o colorație albicioasă a papilelor — una voalarea vaselor retiniene în segmentul inferior — două leziuni de coroidită peripapilară — două persistența fibrelor cu mielină — una tulburare de refracție (ipermetropie de + 2d. O. D. și + 4d. O. S.)

Dintre aceste tulburări, cu deosebire interesant mi se pare edemul papilar, care deși discret la aparență totuși în cazurile noastre a fost observat net. Repartizate după perioada de gestațiune, aceste 18 cazuri se pot grupa astfel:

Luna	II	1 caz
"	VI	1 "
"	VII	2 "
"	VIII	3 "
"	IX	11 "

Din studiul acestui tablou rezultă, că edemul papilar în graviditate apare cu deosebire în ultima lună (61.11%). Acest fapt dovedește, că între apariția edemului papilar și graviditate trebuie să existe o legătură de cauzalitate dintre cele mai strânse. Fără îndoială, că și în cazul ipotensiunii arteriale retiniene, o explicație cu privire la patogenia acestui edem retinian este greu de dat. Ar putea să fie vorba de fenomene toxice sau consecința unor leziuni pur mecanice, asemănătoare acelor observate în staza papilară. Într'adevăr, se știe dela cercetările autorilor americani *Dandy și Blakfan*, că leziunea inițială a stazei papilare este un edem al nevrogliei subependimare al celui de al 3-lea ventricol, care se propagă direct nevrogliei chiasmei și nervului optic. Edemul papilar este consecința edemului colonetelor nevroglice care însoțesc fibrele nervoase până la rețină și denotă existența unei hidrocefalii interne.

Aceasta ipoteză pe care o formulez aci, ar putea să fie exactă, cu atât mai mult, cât cercetările făcute de *Weiss și Range* au arătat, că presiunea vânoasă este mărită în cursul gestației, iar în ceea ce privește tensiunea lichidului cefalorachidian, aceasta merge crescând dela luna a V-a până după naștere. Ori, se știe că edemul nervului optic este strâns legat de sindromul hipertensiunii intracraniene, al cărei cel mai important simptom îl constituie hipertensiunea lichidului cefalorachidian.

Fără indoială, cercetări de o mai mare anvergură vor trebui să precizeze condițiile speciale în cari se produc aceste modificări idrostatice în cursul gravidității și repercuțiunile lor asupra aparatului vizual. În legătură cu acest fapt, mi-aș permite să consiliesc selecționarea cazurilor, studiindu-se în special acele gravide, cari pot da relații precise la examenul sensibilității retiniene.

Formulând acest deziderat, mă gândesc cu deosebire la dificultățile întâmpinate cu ocazia examenului câmpului vizual — care, în cazurile mele, a lăsat foarte mult de dorit și din care cauză mă și feresc să fac vre'o apreciere asupra datelor obținute.



Concluziuni.

1. In cursul gravidității se produc modificări importante nu numai la nivelul aparatului genital al femeii, dar și la nivelul altor sisteme și aparate organice.

2. In ordinea importanței lor, sistemele și aparatele organice cari sufăr modificări in cursul gravidității sunt:

a) Sângele și aparatul circulator.

b) Aparatul digestiv.

c) Aparatul urinar.

d) Aparatul vizual.

3. Tulburările aparatului vizual observate în cursul gravidității interesează aproape totalitatea viscerelor oculare.

4. Cele mai frecvente tulburări oculare datorite gravidității sunt localizate la nivelul nervului optic.

5. Cercetările clinice oftalmologice din Cluj dovedesc, că edemul papilei nervului optic — fără tulburări funcționale — se întâlnește într'o proporție de 39.13% din cazuri.

6. Acest edem papilar, apare cu deosebire în ultima lună a gestației (62%) și pare să fie datorit hipertensiunii cefalorachiene, care în mod curent la gravide crește progresiv, începând dela luna V-a, până după naștere.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:

(ss.) Prof. Dr. D. Michail

Decanul facultății:

(ss.) Prof. Dr. D. Michail



Bibliografie.

Bailliant et Hartmann : Nevrite optique bilatérale au cours de la grossesse. — Soc. fr. d'opht. 1925.

Dabadie : L'amaurose puérperale. — Thèse de Bordeaux 1911.

Forti : Il campo visivo nelle gestanti. — Archivio di Ottalmologia. vol. XVIII.

Rochon-Duvigneaud : Rétinite albuminurique. — Soc. Franc. d'opht. 1912.

Schiötz : Über Retinitis gravidarum und Amaurosis eclampica. — Kl. M. f. A. Bd. 65.

Voicu și Vancea : Considerațiuni asupra unui caz de retinită gravidică. — Clujul Medical 1927 p. 120.

Vancea : Die Bedeutung der retinalen Tension bei Allgemeinerkrankungen. Graefe's Arch. f. Ophtalmol. Bd. 126. s. 601

Vancea : L'état de la circulation rétinienne dans la gravidité. — C. R. de la Soc. de Biolog.