

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1094.

LEZIUNI OCULARE IN GRIPĂ



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 22 APRILIE 1937.

DE

HEINRICH MIHAIL

CLUJ
TIPOGRAFIA NAGY, STR. I. G. DUCA No. 8.
1937.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1094.

LEZIUNI OCULARE IN GRIPĂ

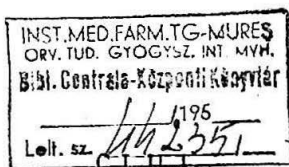


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 22 APRILIE 1937.

DE

HEINRICH MIHAIL

23 MAY 2005



TIPOGRAFIA NAGY, STR. I. G. DUCA No. 8.
1937.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAIL

Profesori:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" "	<i>Buzoianu G.</i>
Istologia și embriologia umană	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare	" "	<i>Kernbach M.</i>
Medicina legală	" "	<i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	<i>Popoviciu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	Prof.	<i>Michail D.</i>
" neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană	Supl.	<i>Drăgoiu I.</i>
Balneologie	Prof.	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermatovenerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
" urologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasilii T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președintele:	Domnul Prof. Dr.	<i>Michail D.</i>
	Domnul Prof. Dr.	<i>Popoviciu Gh.</i>
Membrii:	" "	<i>Hațieganu I.</i>
	" "	<i>Kernbach M.</i>
	" "	<i>Alemann I.</i>
	Supleant:	Domnul Doc. Dr.

Introducere.

Dintre bolile infecțioase acute, cari se însoțesc de manifestări oculare, gripa ocupă locul de frunte. Gripa fiind o boală ce dă complicațiuni localizate la cele mai variate organe, este ușor de înțeles să aibă repercusiuni și asupra ochiului. Aceste leziuni oculare de origină gripală sunt atât de multiple și variate, încât nu există un țesut al organului vizual, care să nu fie atins în cursul unei gripe.

Cunoașterea determinărilor oculare ale gripei este de o importanță primordială mai ales din cauza multiplicității lor. Dar stabilirea originii gripale a unei afecțiuni oculare este de o dificultate uneori invincibilă, din cauza necunoașterii tocmai a agentului său specific. Dat fiind faptul, că nici până astăzi nu există o concepție uniform admisă asupra etiologiei gripei, multe leziuni oculare rămân nediate diagnosticate, iar din contră — căzând în extrema cealaltă — o serie de afecțiuni, cari sunt de altă natură, dar survenite în legătură cu o gripă, sunt dese ori luate ca de origine gripală. Tocmai din cauza acestei lacune, ce domnește în etiologia gripei, cred necesar să încep această lucrare cu concepții referitoare la microorganismele cauzatorii ai acestei boli infecțioase.

Etiologia gripei.

Gripa este o maladie specifică, infecțioasă, contagioasă, de origine adevărat polimicrobiană, provocată prin acțiunea unui germen patogen de ordin, fără dubiu, foarte banal, cu virulență brusc exaltată prin condițiuni cosmice particulare; germen, care deschide poarta infecțiunilor secundare, cari vin și se fixează în sensul și după măsura complicațiunilor cari vor urma (stafilococ, pneumococ, streptococ, meningococ, etc.).

După cum reese din definiția lui *Teissier* gripa cu toate că e o boală extrem de banală și cu o simptomatologie bine cunoscută, totuși agentul său causal nu se cunoaște încă precis. Multă vreme s'a crezut, că cocobacilul lui Pfeiffer, descoperit de *Pfeiffer* în 1892 în produsele de expectorație ale gripaților este agentul patogen al gripei. Inșă cercetările bacteriologice din ultimul timp au arătat inconstanța acestui microb în stare de puritate — observându-se mai des în asociație cu alți microbi — ceea ce a făcut se fie considerat în ultima analiză ca un germen de infecție secundară. Acest cocobacil al lui Pfeiffer a fost semnalat de mulți cercetători și se prezintă ca un bastonaș foarte fin, câteodată foarte lung, imobil, Gram negativ, ce crește numai pe medii cu sânge. El se găsește la începutul bolii în expectorația gripaților. *Orticoni*, *Bacher* și *Leclerc* l'au evidențiat în sânge, iar *Dujarric de la Rivière* în urina bolnavilor. Cocobacilul lui Pfeiffer seamănă mult cu pasteurelloze, dar diferă de ele prin aceea că se aranjează în streptobacili. El dispare repede din organismul infectat, dar îl face mai apt pentru infecții prin microbi septico-piogeni obișnuiți (pneumo-strepto-stafilococ).

Alături de cocobacilul lui Pfeiffer s'au descris o serie de alți agenți patogeni ca specifici ai gripei. *Rapin* și *Soubrane* au izolat din expectorația gripaților un diplococ

foarte asemănător aceluia semnalat altă dată de *Teissier, Roux și Pithion*.

Fiindcă în epidemia din 1918 streptococul a dat cele mai multe complicații, mulți (*Courmont, Segale, Durand, Dufourt*) au izolat din secreția pleurală și din sânge un streptococ, pe care-l au considerat ca agentul patogen al gripei și pe care l-au denumit *streptococcus pandemicus*. Cu toate rezultate experimentale pozitive, obținute cu diferite specii de streptococi, concepția după care gripa ar fi datorită unui streptococ nu poate fi admisă, căci el este un microb de infecție secundară.

Rolul pneumococului în producerea gripei a fost redus tot la acela al unui agent de infecție secundară, întâlnindu-se tot așa de frecvent în complicațiunile gripei ca și streptococul.

După cercetările lui *Nicolle și Le Bailly* gripa ar fi datorită unui virus filtrant. Recoltând la doi gripați produsul de expectorație a treia zi de la începutul bolii și inoculând filtratul, i-au reușit să producă boala la oameni și maimuțe. Asemenea rezultate au fost obținute și prin inoculări de sânge provenit de la gripați. Inșă cercetătorilor s'a obiecat că au experimentat într'un mediu gripat. Dar experimentările făcute în alte condiții au confirmat rezultatele autorilor francezi. Rezultate analoage au fost obținute de către *Gibson, Bowmann, Conon și Selter* din Anglia și Germania.

Bradford și Wilson au izolat din sânge, lichidul pleural, lichidul cefalo-rachidian și produșii de expectorație ai gripaților niște micro-organisme rotunde asemănătoare cocilor, filtrabile prin filtrul Berkefeld anaerobe, cari după două generații devin patogeni pentru cobai și maimuțe.

Autorii japonezi *Yamanuchi, Iwashima și Sakakami* injectând o emulsie din produsele de expectorație, provenite de la 43 gripați, la 12 indivizi sănătoși și filtratele acestei emulsii, după trecerea prin filtrul Berkefeld, la alți 12 oameni sănătoși, au obținut în total 18 îmbolnăviri după 2—3 zile. Bolnavii au prezentat febră, cefalee, tuse, angină și dureri lombare. Acelaș rezultat au obținut introducând în nas și gât la 6 oameni sănătoși sângele filtrat, provenit de la bol-

navi de gripă. Injecțiile subcutanate cu filtratele produselor de expectorație sau din sânge, din 4 cazuri au dat 3 cazuri pozitive. Incercările autorilor japonezi de a produce boala prin injecții în nas și gât de culturi de bacili Pfeiffer, streptococi, stafilococi și alți microbi, au rămas negative. Ei cred că agentul patogen al gripei este un virus filtrant.

Autorii americani *Olitzky* și *Gates* renunțând la mai-muțe, ca animale de experiență din cauza ușurinței cu care aceste animale contractează boli pulmonare, au experimentat numai pe iepuri și cobai. Ei au inoculat produsele patologice fie prin cateterism intratracheal fie prin tracheotomie și au obținut efecte asemănătoare și constante dacă secrețiunile erau recoltate în primele 36 ore ale bolii. După 3 zile producția era complet lipsită de orice acțiune patogenică. Această boală experimentală la cobai și iepuri ține 3 zile, se însoțește de leziuni cu edem hemoragic pulmonar, — lipsit de bacterii — și se transmite prin treceri. *Olitzky* și *Gates* au izolat un virus, pe care-l au și cultivat și care se prezintă sub forma unui bacil de două ori mai lung decât lat, colorându-se foarte bine cu albastrul alcalin al lui Löffler. Acest bacil a fost denumit de ei bacterium pneumosintes. Serul animalelor inoculate conține aglutinine, precipitine și opsonine iar animalul se imunizează timp de 14 luni. *Olitzky* și *Gates* au încercat să vaccineze atât animalele cât și omul prin injecții de culturi pure de bacili pneumosintes, încălzite timp de 30 minute la 56—60°C, cu rezultate bune. Cercetările lor au fost confirmate în parte de către *Loewe*, *Zeemann*, *Gordon*, *Lister* și alții. Dar sunt și autori, cari au obținut rezultate negative, așa încât această concepție deși foarte convingătoare, trebuie primită cu oarecare rezervă.

După unii gripa nu se datorește decât microbilor obișnuiți ai cavității respiratorii. Astfel după *Tanon* și *Cambesédés* gripa nu ar fi decât reacțiunea organismului la recrudescența sezonieră a virulenței microbilor obișnuiți ai cavității nazo-faringiene. Pe acesta se bazează de altfel și tratamentul vaccinal al gripei cu ajutorul stock vaccinelor, cari cuprind pneumo-strepto-stafilococi, bacili Pfeiffer și alți microbi.

Privire generală asupra leziunilor oculare în gripă.

Gripa fiind o afecțiune cunoscută din timpurile cele mai vechi, deja *Hipocrate* vorbește despre nyctalopie (hemeralopie) ca un simptom al acestei boli. Dar leziunile oculare propriu zise ale gripei se cunosc numai dela sfârșitul secolului al XIX-lea, când mai ales epidemia din 1890 a dat ocazia cunoașterii manifestațiilor sale oculare. Prima publicație în această privință apare tocmai în 1890, când *Bergmeister* semnalează prima oară două cazuri de nevrită optică gripală. Apoi urmează observațiile lui *Landesberg*, *Delacroix*, *Galesowski*, *Macnamara*, *Antonelli* și ale mai multor autori din țări diferite. Mulțumită epidemiilor mai mari din ultimele decenii și mai ales a aceloră din 1890 și 1918, chestiunea leziunilor oculare ale gripei este mai bine luminată.

Rare sunt leziuni gripale pure la nivelul organului vizual, deși în cursul epidemiilor de gripă apar foarte numeroase afecțiuni oculare, cari însă nu au nimic de a face cu gripă, decât poate apariția lor simultană.

Leziunile oculare în cursul gripei se fac după diferite modalități. Sunt o serie de leziuni, cari nu sunt datorite decât febrei însăși cum sunt de ex. herpesul cornean febril, cheratita dendritică și cheratita centrală subepitelială. O altă modalitate ar fi invazia organului vizual prin bacteriile specifice gripei, invazie, care s'ar produce prin căile obișnuite de infecție ale ochiului. Astfel sunt conjunctivitele, dacriocistele și dacrioadenitele. Multe afecțiuni oculare sunt de origine metastatică, datorite probabil unei infecții mixte prin microorganismele de infecție secundară (irite, iridociclite, choroidite, oftalmia metastatică, tenonita, abcese orbitare).

Leziuni foarte variate sunt produse și de toxinele gripale. Acțiunea toxică se manifestă mai ales la sfârșitul bolii și în convalescență. Putem atribui toxinelor următoarele leziuni: parezele și paralizile mușchilor oculari, nevralgiile diferitelor nervi cranieni (trigemen etc.) și nevritele optice. Gripa fiind o afecțiune prin excelență hemoragipară, toxinele pot ataca și peretele vaselor și pot provoca astfel hemoragii situate la cele mai variate niveluri (conjunctivă, retină, substanța cerebrală). Hemoragiile cerebrale la rândul lor pot cauza și ele tulburări oculare corespunzătoare, cum sunt de ex. paralizile nucleare ale mușchilor oculari. În sfârșit organul vizual se mai poate îmbolnăvi în perioada de convalescență, când afectarea sa apare ca o consecință a slăbirii generale a organismului, ca o scădere a puterii de rezistență a corpului. După cum și celelalte complicații extraoculare ale gripei (pulmonare etc.) se datoresc în mare măsură unei debilități a organismului — gripa fiind o afecțiune anergizantă — tot așa și determinările sale oculare sunt cauzate în mare parte de această stare de anergie. Astfel de leziuni tardive cele mai frecvente, cari apar în convalescență sunt tulburările de acomodare. Dar pe lângă această, gripa prin acțiunea sa anergizantă, face ca ochiul să fie mai apt și pentru celelalte infecții. Astfel au observat de ex. cazuri de tuberculoză oculară, survenite prima oară după gripă, cum este și cazul publicat de *Dr. P. Vancea*, unde era vorba de o tuberculoză primitivă a conjunctivei după o infecție gripală. În general se crede, că leziunile de aparițiune precoce sunt datorite microbilor, iar acele cari apar mai târziu sunt cauzate de toxine.

Gripa poate interesa toate organele aparatului vizual. După *Scalinci* nu există un țesut al acestui aparat care să fie menajat de această afecțiune.

Conjunctivita. Mulți autori semnaleză conjunctivita în cursul gripei (*Strinting, Preston, Comby* etc.) *Zur Nedden* a observat în 1900 prezența bacilului lui Pfeiffer în secreția conjunctivală. Într'un caz, când era vorba de un nou născut la care afecțiunea avea toate caracterele unei

oftalmii blenoragice, examenul microscopic și culturile au demonstrat absența gonococilor și prezența unui număr foarte mare de bacili mici Gram negativi, cari au format pe geloză cu sânge mici colonii transparente.

Din punct de vedere clinic cazurile de conjunctivită acută produsă de bacilul lui Pfeiffer nu diferă mult de conjunctivita acută contagioasă cu bacilul lui Weeks, decât prin evoluția lor mai rapidă și mai benignă. Conjunctivita gripală este mai frecventă la indivizi tineri. Primele simptome constau din aglutinația cililor palpebrali și din prezența unei secreții dintr'odată destul de pronunțată. Îndepărtând palpebrele, apare o secreție purulentă galbenă, destul de vâscoasă, mai concretizată ca în infecții cu bacili Weeks sau pneumococi. Colorația roșie a conjunctivei bulbare este în general mai puțin exprimată ca în alte conjunctivite acute, dar nu găsim nici un element, sau caracter de diferențiere față de celelalte conjunctivite acute. Din contră în unele cazuri — observate de *Lagrange* — pe lângă o coriză purulentă chiar de la început, a constatat și o afecțiune a conjunctivei, încât s'a gândit mai mult la o infecție cu pneumococi. În general ambii ochi sunt interesați și deobicei simultan. Dacă infecția atinge numai un singur ochi ea trece și asupra celuilalt într'un interval foarte scurt, deobicei mai mic ca 24 ore. După *Augstein* se prinde mai frecvent conjunctiva tarsală și cea a fundurilor de sac și mai rar cea bulbară.

Evoluția conjunctivitei gripale este în general scurtă, Peste 3—5 zile cu secreție, conjunctiva își reia aspectul său normal și boala se termină. Într'un caz al lui *Zur Nedden* — asupra unui nou născut — simptomele imitau complet conjunctivita blenoragică și numai examenul microscopic și cercetările bacteriologice au putut lămurii natura bolii.

Examinând froiturile făcute din secreția conjunctivală și colorate cu fuxina diluată, se constată în protoplasma și înafara leucocitelor un număr mare de bacili mici, cari la prima vedere pot fi confundate cu bacilul lui Weeks. Acelea însă sunt niște bastonașe scurte, cari deși au o colorație uniformă, sau altădată sunt mai bine colorate la extremități decât în centru, pot fi luate ca diplococi foarte

mici. Frotiurile făcute din secreția conjunctiva'ă seamănă absolut cu acelea ce se obțin din secreția bronșică a gripaților. În frotiuri valorile de diferențiere față de bacilul Weeks sunt numai relative: grupele de bacili Pfeiffer sunt mai abondente în interiorul celulelor, iar ca formă ele sunt mai neregulate.

Pentru a cultiva acest bacil însămânțările trebuiesc făcute pe geloză cu sânge uman sau de porumbel. Coloniile ce apar sunt transparente și ele trebuiesc căutate cu lupă, căci abia se pot diferenția de mediul nutritiv. Inocularea acestui bacil la animale nu este nici odată urmată de accidente infecțioase. Acțiunea lui patogenică pare a fi specială speciului uman. *Zur Nedden* descrie bacilul său sub numele de pseudo-influenza bacilus, care însă nu diferă în nimic de bacilul lui Pfeiffer.

Abundența bacililor în exudatul conjunctival, perzistența lor în tot timpul inflamației și dispariția lor la sfârșitul bolii sunt singurele elemente, pe care ne putem baza, deocamdată cu șanse de probabilitate, în cece privește rolul bacilului lui Pfeiffer în conjunctivita gripală.

Conjunctivita gripală este o boală contagioasă. În cele mai multe cazuri putem pune în evidență în anturajul bolnavului corize acute, bronșite, sau laringite cari fac să ne gândim la o gripă. Dintre condițiunile predispozante vârsta pare a juca un rol important, dar nu absolut în producerea conjunctivitei gripale. Cele mai multe cazuri apar la copii.

Diagnosticul se face pe baza examenului microscopic al frotiurilor făcute din secreția conjunctivală, existența în anturajul bolnavului a infecției gripale și evoluția indoloră și rapidă a bolii. Diagnosticul diferențial se face cu conjunctivita acută contagioasă Weeks și cu conjunctivita pneumococică.

Prognosticul este absolut benign. Leziunile corneene sunt totdeauna absente. Infecția cu bacilul lui Pfeiffer care debutează pe conjunctivă și apoi se propagă la mucoasa nazală, faringiană sau bronșică este mai gravă ca acela, care atinge deodată și căile respiratorii.

Tratamentul constă din spălături frecvente cu o soluție de acid boric 4%, sau soluție fiziologică de clorură de

sodiu. Afară de această unu sau două instilații cu suflat de zinc $\frac{1}{50}$, sau nitrat de argint 2% sunt suficiente pentru a opri inflamația.

Corneea. După *Hansen* leziunile corneei în cursul gripei au un caracter superficial. Ea poate fi atinsă de un herpes, care apare la începutul bolii și e datorită însăși febrei. Acest herpes febril se poate localiza simultan și pe pleoape, dar de cele mai multe ori apare numai la nivelul corneei. Herpesul cornean febril în prima săptămână evoluează benign, însă ulterior poate să ducă la o cheratită dendritică. Această se manifestă prin fisurile sale caracteristice, asemănătoare ramificațiilor unui arbore și prin dureri aproape insuportabile. Vindecarea în asemenea cazuri este problematică, fiindcă și în cele mai fericite cazuri lasă cicatrice indelebile pe cornee, cari vor influența mult vederea. După cercetările mai noi, ar fi vorba de o iritație toxică în regiunea nervilor ciliari. Straturile profunde sunt rare ori prinse în decursul gripei. Astfel cheratita interstițială apare extrem de rar, dar și atunci simultan cu leziuni iridociliare și lasă totdeauna cicatrice corneene întinse, cari îngreunează mult vederea.

Ca tratament, până azi nu cunoaștem un medicament de o acțiune favorabilă în cheratita dendritică. În cazuri ușoare aduc servicii bune căldura, aplicată local, sublimatul și atropina. Durerile tenace le calmăm cu antipirină. Cocaina este contraindicată, căci lezează epiteliul. Mai nou iontoforeza cu sărurile de zinc dă rezultate bune.

Uvea este destul de frecvent atinsă în epidemii de gripă. Interesarea uveei în legătură cu o gripă înseamnă totdeauna o stare de infecție gravă. Dintre iritele, cari survin în cursul maladiilor infecțioase acute gripa urmează imediat după febra recurentă. Iritele, irido-ciclitele sau irido-choroiditele ca complicații traidive ale gripei, sunt semnalate de mulți autori. Aceste inflamații ale uveei deobicei au un caracter seros, sau plastic, mai rare ori sunt purulente sau hemoragice. Ele sunt unele dintre complicațiile cele mai grave ale gripei, fiindcă duc la o cecitate definitivă. Astfel

arată *Perrin* pierderea vederii la doi bolnavi cu septicemie gripală, în urma unei irido-choroidite grave, cu exudate alb-gălbue și aspect pseudogliomatos al fundului de ochi. Intr'un caz fericit de irido-choroidită, survenită la un copil de 10 luni, i-a reușit să obține vindecarea prin injecții de lapte fiert și fricțiuni cu colargol.

Hialita, inflamația corpului vitros, este și ea de origine endogenă, metastatică, infecția venind din interior pe cale sanghină. Cauza și evoluția hialitei este intim legată de leziunea retiniană și choroidiană de aceeași natură.

Panoftalmia în gripă apare în stări grave septice ca o metastază a acestei febre infecțioase. Gripa prepară terenul și infecția se face prin microbi de infecție secundară. Panoftalmia poate să apare în perioada de stare a bolii, dar mai mult în perioada de declin sau în convalescență. Panoftalmia gripală este de obicei plastică, rare ori purulentă.

Glaucomul de origine gripală este semnalat prima dată de *Walter, Scalinci și Augstein*. *Walter* în cursul unui atac gripal observă două cazuri de glaucom acut, cu fenomene caracteristice ale acestei afecțiuni (presiune intraoculară augmentată, injecție venoasă episclerală, tulburări ale corneei și vitrosului). Totuși el nu le consideră ca glaucom propriu zis — fiindcă iridectomia în primul caz era fără nici un rezultat, iar în al doilea instilația de atropină a adus după sine repede vindecarea — ci ca o inflamație acută seroasă a vitrosului, datorită probabil unei choroidite posterioare. În legătură cu cazul al doilea *Walter* susține că nu toate augmentațiunile acute ale tensiunii globului ocular trebuiesc luate drept glaucom. El indică în cazuri dubioase atropina pentru a diferenția glaucomul propriu zis de aceste augmentări ale tensiunii globului ocular de altă natură. Când simptomele de glaucom după instilații de atropină se ameliorează înseamnă că nu era glaucom, iar din contră, când ele se agravează — acuma fiind vorbă de glaucom — trebuie să recurgem la pilocarpină și iridectomie. *Augstein* în 1920 amintește despre 4 cazuri de glaucom,

toate apărute la femei, într'un caz bilateral, iar în celelalte 3 ochiul al doilea era pierdut deja anterior printr'un glaucom absolut.

Oftalmia metastatică este cea mai gravă boală oculară de origine gripală. Survine în cazuri grave septice-mice ale gripei și este datorită pătrunderii agenților patogeni în ochi pe cale sanghină și localizării lor la nivelul choroidei. Ceeace caracterizează din punct de vedere clinic această afecțiune, este în primul rând diminuarea excesiv de rapidă a vederii, care în câteva ore poate să dispară complet. În acelaș timp survin dureri oculare de intensitate variabilă. Obiectiv se observă un edem pronunțat al pleoapelor, o congestie intensă a conjunctivelor, cu o secreție fibrinoasă și o turbureală a corneei, a pupilei și a corpului vitros, ceea ce face imposibil examinarea fundului de ochi. Globul ocular este aproape totdeauna hipotonic și extrem de dureros la presiune. Cu timpul corneea se perforază și globul ocular în totalitatea sa se atrofiază.

Nevrita optică este foarte des întâlnită în cursul gripei. *Uthoff* într'o statistică asupra 253 cazuri de nevrită optică după boli infecțioase stabilește că gripa ocupă primul loc cu 72 cazuri (28%). În 11 cazuri de nevrite optice comunicate de *Wetz*, tot gripa a survenit cel mai frecvent (4 cazuri). *Dutoit* a atras atenția asupra faptului că o mulțime de cazuri de nevrită optică în boli infecțioase rămân neobservate. Unele din cazuri rămân necunoscute în special la copii. O altă cauză este că nu toți bolnavii de gripă se tratează de medic, iar cei tratați nu toți sunt examinați cu oftalmoscop. Inafară de această, nevrita optică gripală trece neobservată și din cauza că se vindecă repede și regresând complet nu lasă urme.

Nevrita optică gripală poate fi uni — dar în general este bilaterală. Ea se manifestă sub trei forme clinice; papilită, papiloretinită, și nevrită optică retrobulbară sub-acută. După *Chainet* și *Groenouw* papilita este forma cea mai frecventă a nevritei optice gripale. Papilita apare în ziua 3—4 a bolii și la început este acompaniată aproape

constant de dureri frontale sau periorbitare intense. Aceste dureri pot să ține mai multe zile. Mișcările ochiului și presiunea exercitată dinainte-înapoi asupra globului ocular produc senzații penibile. Tulburările vizuale sunt foarte variabile și depind de gradul inflamației. Câmpul vizual este delimitat neregulat, dar scotoame centrale spre deosebire de nevrite optice retrobulbare nu se pot constata. În general se observă o scădere rapidă a vederii, ce poate să ducă chiar în decurs de 24 ore la cecitate. După *Vignes* mai întâiu se suprimă jumătatea superioară a câmpului vizual și apoi chiar în ziua următoare poate să ducă la o amauroză totală. De cele mai multe ori se produce o reințoarcere a vederii și acuitatea vizuală centrală poate să ajungă la normal pe lângă o decolorațiune persistentă a papilei. În perioada de stare a bolii la examenul oftalmoscopic afară de o hiperemie și o strangulare a papilei nu se constată nimic. *Menninger* făcând puncția lombară în fiecare caz de papilită, afară de o augmentare ușoară a presiunii lichidului cefalo-rachidian, totdeauna a obținut rezultate normale.

Nevrita optică retrobulbară după observațiile lui *Prothon* și *Antonelli* este mai frecventă ca papilita. Ea apare la începutul convalescenței, la 5—15 zile dela terminarea atacului gripal, rare ori mai târziu. Durerile orbitare în general sunt mai puțin frecvente și nici nu sunt așa de violente ca în papilită. Afecțiunea evoluează mai rapid ca nevritele retrobulbare toxice (alcool, tutun) dar simptomele vizuale, scotomul central și discromatopsia sunt analoage. După ce atinge în câteva zile, sau săptămâni maximumul său — care nu este nici odată cecitatea — ambliopia se ameliorează și gradativ duce la o vindecare completă. În câteva cazuri observate de *Eperon* și *Antonelli* nevrita optică retrobulbară a lăsat o strâmtoare a câmpului vizual sau chiar o cecitate. În asemenea cazuri la examenul oftalmoscopic se vede o decolorație atrofică ce ocupă discul optic în toate întinderea lui, dar este mai pronunțată în sectorul temporal ca și în ambliopiile toxice. Deși nevritele optice gripale de cele mai multe ori sunt benigne și se vindecă complet totuși sunt cazuri observate și de către *Prothon*

când ea a produs o atrofie totală sau parțială în decurs de 4—5 săptămâni, cu o cecitate mai mult sau mai puțin completă. Atrofia nervului optic poate să retrocedeze puțin, dar și în aceste cazuri rămâne definitivă.

În general nevritele optice gripale n'au nimic caracteristic, în multe cazuri nu diferă în nimic prin simptomele sale de nevrite optice cauzate de sinusite sau de reumatism.

Sunt mai multe teorii cari încearcă să explice mecanismul de producere al nevritei optice gripale. Concepția lui *Parinaud* după care nevrita optică gripală ar fi de origine reumatismală nu are nici o bază reală și are numai o valoare istorică. *Flemming* susține că inflamația țesutului celular perioptic — care se face prin contiguitate cu aceea a mucoasei nasului, a sinusurilor sau periostului cranian — produce leziunile optice. Această teorie, deși acceptată de mulți autori, totuși nu poate explica faptul, că sunt foarte multe cazuri de corize complicate cu sinusite acute, cari nu sunt urmate de nevrită optică. Hipoteza unui strat de lichid în gaura optică este puțin verosimilă și nici nu dă o explicație suficientă a tulburărilor oculare, iar în absența constatărilor anatomice precise rămâne neclarificată. *Macnamara* dă explicația alterațiilor de la nivelul nervului optic printr'o acțiune ptomainică, secretată de microorganismele încă necunoscute ale gripei. După o altă teorie nevrita optică gripală este de origine meningitică, sau mai bine encefalitică. Tot în cadrul acestei teorii unii explică leziunea nervului optic printr'o hidrocefalie. Însă *Menninger* care a constatat în fiecare caz o ușoară augmentare a presiunii lichidului cefalo-rachidian, consideră această hidrocefalie ca o reacțiune inflamatorie acută, locală, datorită unei toxemii generale. Ca ultima și cea mai admisibilă teorie este cea toxi-infecțioasă. În privința această nevrita optică gripală nu trebuie privită ca datorită unei stări toxi-infecțioase generalizate — cum consideră *Antonelli* — fiindcă sunt multe cazuri de nevrite optice unilaterale, iar durerile orbitare și peri-orbitare sunt net limitate la partea bolnavă, ceea ce indică un proces local și nu o infecție generală a sistemului sanghin sau limfatic. Deci acțiunea toxică trebuie luată ca o acțiune locală și nu generală. În privința această este foarte justă

întrebarea, dacă gripa poate da nevrite periferice atât de multiple (vag, trigemen, sciatic etc.) de ce nu poate determina printr'un mecanism analog, printr'o acțiune directă a agentului infecțios și o nevrită optică ?

Tratamentul nevritei optice gripale se rezumă mai mult la un tratament general antiinfecțios și de desintoxicație. Se recomandă un repaos complet și ședere la întunec. *Antonelli* este contra injecțiilor de pilocarpină sau ezerină și emisiei de sânge, folosește mai mult chinina, preparatele de salicilați în stadiul acut al bolii, iar în convalescență ioduri, strichnina și injecții de ser pentru a asigura vindecarea. Autorii francezi recomandă acelaș tratament. *Lebeau* insistă asupra preparatelor de fer și iod, mai ales asupra protoiodurei de mercur și jaborandi în doze crescânde. Tot în stadiul de inflamație aduce servicii bune antiflogisticele și ventuzele scarificate aplicate la timp. *Prothon* indică o alimentație bogată în lapte pentru eliminarea toxinelor. Să nu neglijăm nici odată examinarea sinusurilor craniene, căci de multe ori ele se îmbolnăvesc mai întâu. Tratamentul de timpuriu al acestor sinusite aduce și atunci vindecarea, când cel general a rămas ineficace. Preventiv se recomandă antisepsia cavității nazale, bucale și a urechei.

Leziunile vasculare de la nivelul ochiului în cursul unui atac gripal sunt în general pasagere și benigne. Ambliopiile, amaurozele, cari apar deodată și sunt puțin durabile, cât și hemeralopia sunt expresiunile clinice ale acestor alterații vasculare. La examenul oftalmoscopic venele par a fi dilatate, iar arterele sunt strâmtate. Este foarte probabil că în asemenea cazuri e vorba numai de un spasm vascular produs de iritația sistemului simpatic. Tot ca leziuni vasculare pot surveni încă hemoragii subconjunctivale și retiniene și extrem de rar embolia arterei centrale a retinei.

Dacriocistitele și dacrioadenitele nu ne oferă nici o particularitate. *Wicherkievicz* a semnalat prima dată simptome de dacrioadenită la două fete tinere cu o stare gripală gravă și prostrație profundă. Vindecarea se produce în câteva zile în toate cazurile.

Tenonita sau inflamația spațiului Tenon, evoluează în gripă cu deosebire sub formă seroasă. Ea aproape totdeauna este bilaterală. Clinic, subiectiv se caracterizează prin dureri orbitare sau periorbitare spontane, cari se exagerează la mișcările globului ocular. Obiectiv se constată o ușoară exoftalmie și un edem al conjunctivei bulbare, cu aspectul unei inflamațiuni seroase.

Flegmonul orbital — inflamația țesutului celular al orbitei — produs prin metastază pe cale sanghină, și plecat de obicei de la o afecțiune din vecinătate, (osteoperiostită, empiem al sinusurilor vecine) se manifestă prin semnele clasice ale unei inflamațiuni și printr'o exoftalmie. După câteva zile dela apariția acestora se formează un punct fluctuent pe partea declivă a pleoapei inferioare. Flegmonul orbital se poate complica cu o panoftalmie sau o tromboflebită a venelor orbitare. *Lyder Borthew* face diferența între flegmon orbital și tenonită prin aceea, că în tenonita simptomul caracteristic este tocmai edemul conjunctival, care nu există nici odată în flegmon orbital. Tratatamentul flegmonului orbital necesită o eliberare rapidă a focarului supurativ, căci de această depinde împiedecarea cecității complete și definitive, care se instalează totdeauna dacă nu intervenim. Deci se indică incizia și evacuarea puroiului imediat ce s'a format acel punct fluctuent.

Parezele și paraliziiile mușchilor oculari sunt foarte numeroase în gripă și se caracterizează mai ales prin multiplicitatea lor. Trebuie să facem o distincție netă între paraliziiile precoce — cari survin în primele zile ale bolii și se datoresc unei meningite bazilare, unei encefalite, sau hemoragii dela nivelul nucleilor de origine ale nervilor ochiului — și paraliziiile tardive, cari ca și cele postdifterice apar în săptămâna 4—6, după ce celelalte simptome ale infecției au dispărut deja. Acestea din urmă aproape totdeauna au o evoluție rapidă, nu cauzează tulburări durabile, dispar repede dar pot să reapare din nou. Aceste paralizii tardive ca și cele de origină difterică se datoresc unei nevrice periferice toxice. Paraliziiile postgripale se

deosebesc de cele diferite prin multiplicitatea lor, prin aceea că ele interesează aproape toți mușchii corpului, până ce paralizii diferite sunt mai puțin variate, mai monotone, iar parezele acomodative nu sunt așa de dominante ca în gripă. În gripă multe ori sunt interesați mușchii intrinseci, cei ai acomodățiunii. Paralizii mușchilor extrinseci ating de obicei numai anumite grupe musculare izolate, de cele mai multe ori pe cei inervați de motorul ocular extern. Astfel cel mai mare număr al paraliziiilor mușchilor extrinseci este dat de acela al dreptului extern cu semne corespunzătoare de diplopie și strabism convergent. Mai rare ori, dar și atunci numai transitoric este interesat dreptul extern. Afară de acestea *Jaquau* a semnalat ptoza bilaterală, *Van Millingen* și *Schirmer* oftalmoplegia totală unilaterală, iar *Gillet de Grandmont* oftalmoplegia completă bilaterală cu midriază și abolirea reflexului pupilar la lumină. Putem să avem deci și posibilitatea unei paralizii simultane a mai multor nervi oculari, sau ele pot fi combinate în același timp cu paralizii facială sau a altor nervi cranieni (trigemen). Observația lui *Junius*, că după gripă se constată o rigiditate pupilară, nu este admisă.

Afără de aceste paralizii precoce și tardive mai avem o a treia modalitate de pareze și paralizii și anume acele tulburări de acomodățiune, cari apar în reconvașcență, dar cari nu sunt altceva decât niște fenomene parțiale ale unei debilități generale de lungă durată a organismului. Aceste tulburări acomodative infricoșează multe ori pe bolnavul, căci prima dată după boală când începe să citească, trebuie să se oprească din cauza oboselii. În asemenea stări de debilitate, cari țin timp mai îndelungat, este indicată prescripția ocazională a lentilelor convexe și din cauze psihoterapeutice.

Prognosticul paraliziiilor mușchilor oculari este în general benign, căci ele se vindecă complet aproape în totdeauna. Numai acele paralizii, cari se datoresc unei meningite, poliencfalite sau hemorașii nucleare — cari spre fericire sunt într'un număr mai redus — au un prognostic mai grav.

În stabilirea diagnosticului unei paralizii oculare gripale trebuie să facem totdeauna o puncție lombară pentru a o deosebi de sifilis și encefalită. În asemenea cazuri limfocitele, albumina, reacția Bordet-Wassermann și benzoe ne dau indicații prețioase. *H. Dufour* în legătură cu câteva cazuri de paralizii oculare postgripale, publicate în 1932, consideră gripa ca o septicemie produsă de un ultravirus neurotrop de virulență atenuată și subliniază dificultatea diagnosticului diferențial mai ales cu encefalită.

Tratamentul parezelor și paraliziiilor oculare postgripale se rezumă asupra psihoterapiei, liniștind bolnavul, căci prognosticul este bun. În caz de diplopie putem indica sticle mate, iar în tulburări acomodatîve lentile convexe.

Ca o complicație curioasă și extrem de rară, *Decaux* semnaleză un caz de spasm acomodativ, care prin crampa mușchiului ciliar a dat o miopie spasmodică. Cazul este interesant fiindcă în gripă suntem obișnuiți să avem numai pareze și nici decum o iritație a fibrelor musculare, care să ducă la un spasm sau o contractură.

Nevralgia trigemenului în legătură cu o gripă nu constituie o raritate. Ea apare cu deosebire la începutul bolii și din cauza interesării ramurei supraorbitare a acestui nerv, mulți bolnavi de gripă vin prima dată la consultația oftalmologului. În mod ocazional în legătură cu o nevralgie a trigemenului se poate ivi și un herpes zoster oftalmic, care trecând și asupra corneei, constituie totdeauna o complicație gravă. Dacă bolnavul afară de nevralgia trigemenului suferă și de o tulburare acomodativă — de obicei în timpul convalescenței — atunci durerile caracteristice se manifestă sub forma unei cefalee frontale sau intraorbitare. Bolnavul acuză la cea mai mică mișcare a globului ocular o durere, care dispare în repaos. E foarte greu să diferențiam în asemenea cazuri o mialgie de o nevrită periferică. Aceste fenomene nu se pot atribui unei slăbiri generale a organismului, căci ele apar deja la începutul febrei.

Este de multe ori accentuat faptul, ceea ce și constatățile epidemiilor din ultimele decenii îl dovedesc, că în cursul unei reîmbolnăviri de gripă și semnele oculare reapar într'o formă mai intensificată și se pot recidiva astfel și ele de mai multe ori. Așa se observă mai ales nevralgiile, nevritele optice și într'o măsură mai mare herpesul cornean.



Observații clinice.

CAZUL I. B. V. funcționară Cfr. de 20 ani, din Bistrița, intră în clinică în luna Februarie a anului 1928 pentru scăderea vederii. Această slăbire a vederii a început cu 12 zile înainte și de atunci n'a mai progresat. Antecedentele heredo-colaterale și personale nu prezintă importanță. Polul anterior: nimic patologic. Acuitatea vizuală: OD = $\frac{5}{5}$ OS = $\frac{5}{50}$. Percepția luminoasă există, reacția pupilară la lumină și acomodatiune bună, convergența deasemenea, tensiunea intraoculară normală, tulburări de motilitate n'are. Reacția Wassermann din sânge e negativă. La examenul perimetric galbenul și verde e recunoscut numai în centru, la periferie se comportă ca și culoare albă. Prezintă deci un scotom paracentral inferonazal cu fenomene de discromatopsie. Examenul oftalmoscopic nu arată nimic anormal. La examenul general se constată o gripă cu manifestațiuni nazale. I-se administrează aspirină, se face adrenalinizarea zilnică a fosei nazale și băi electrice la cap. Deja după 3 zile de tratament. A. V. a revenit la $\frac{5}{30}$, iar după 8 zile la $\frac{5}{7}$ și scotomul a dispărut complet. După 13 zile părăsește clinica cu A. V. $\frac{5}{7}$ și scotom dispărut. După o săptămână revine din nou cu acelaș scotom inferonazal și fără semne oftalmoscopice, iar A. V. este $\frac{5}{30}$. Se face acelaș tratament ca mai înainte, repaos în pat, aspirină, băi electrice la cap și peste 2 săptămâni părăsește clinica complet restabilită.

În acest caz era vorba deci de o nevrită optică gripală, unilaterală, care a survenit în perioada de stare a unei infecții gripale. Ea a rămas staționară timp de 2 săptămâni, iar la un tratament general și local de desintoxicație a dispărut peste 13 zile. Recidivând peste 7 zile cu aceleași fenomene, după alte două săptămâni de tratament

identic s'a vindecat complet. Cazul arată deci benignitatea, evoluția nu prea lungă, recidivarea, dar și vindecarea completă a acestei leziuni gripale.

CAZUL II. P. J. cantonier Cfr., de 39 ani, din jud. Satu-Mare, intră în serviciul clinice la 14 XII 1936 pentru diminuarea vederii la ochiul drept. Antecedentele heredo-colaterale: fără importanță. Antecedentele personale: neagă boli infecto-contagioase și venerice. Cu 10 ani înainte i-a sărit o scântee în OD, decând a rămas cu o ușoară scădere a vederii. Cu 6 săptămâni înainte a suferit de o gripă. Boala actuală oculară datează de o lună, de când vederea la OD. i s'a diminuat și mai mult. La examenul exterior al ochiului corneea prezintă în hemisferul inferior câteva pete superficiale, albe-cenușii. Deasemenea și parenchimul este tulburat, de culoare cenușie, acoperind în parte și pupila. A. V. la OD. = 5/10 la OS = 5/5. Percepția luminoasă există. Reacția pupilei la lumină, la acomodare, la convergență și cea consensuală bună. Skiascopia la OD nu se poate face, la OS = E. Tensiunea intraoculară: normală. Tulburări de motilitate nu are. Reacția Wassermann din sânge e negativă. I se administrează atropină, dionină, se aplică termofor la cap și se fac injecții cu cianură de mercur. Părăsește clinica la 19 XII 1936 ameliorat, dar cu recomandarea să revină. Revine din nou la 31 XII 1936 și i-se face acelaș tratament cu atropină, dionină, termofor și injecții zilnice cu cianură de mercur. Pleacă acasă la 9 I 1937 vindecat.

În acest caz era vorbă de o cheratită discoidă unilaterială, care a survenit lent în convalescența unei infecții gripale. Această cheratită s'a instalat progresiv și s'a dus la o diminuare a vederii fără să producă alte fenomene accentuate din partea ochiului. Ea a fost bine influențabilă de un tratament local și general de desinfecție și desintoxicație.

Concluziuni.

1. Leziunile oculare ale gripei deși nu constituiesc rarități, sunt puțin cunoscute. Cele mai multe dintre ele apar în cursul epidemiilor mari.

2. Dificultatea stabilirii originii gripale constă în necunoașterea nici până azi a agentului său specific și în complicațiunile prin microbi de infecție secundară. Tocmai din această cauză nu toate leziunile oculare observate în cursul gripei sunt de origine gripală. Ele indică cel mult o coincidență și nu natura bolii. Și celelalte afecțiuni ale ochiului pot să aibă drept cauză deslănțuitoare o gripă.

3. Leziunile oculare gripale pot să apară în fiecare perioadă a bolii, dar ele survin cu deosebire în perioada de stare și în convalescență.

4. Cele mai frecvente determinări oculare ale gripei sunt conjunctivitele, nevritele optice și paralizile mușchilor oculari. Gravitatea leziunilor oculare este în raport cu agentul patogen și localizarea complicațiunilor.

5. Majoritatea leziunilor oculare de natură gripală au o durată scurtă și se vindecă fără să lase urme printr'o restitutio ad integrum.

Văzută și bună de imprimat :

Președintele tezei :
ss. Prof. Dr. D. Michail

Decanul Facultății :
ss. Prof. Dr. D. Michail

Bibliografie.

1. Annales d'oculistique. Paris 1891.
 2. Archives d'ophtalmologie. Paris 1923, 1928.
 3. *F. Kraus* und *Th. Brungsch*: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Berlin 1923.
 4. La clinique ophtalmologique. Paris 1899, 1920.
 5. *LaGrange—Valude*: Encyclopédie française d'ophtalmologie. Paris 1910.
 6. *F. de Lapersonne—A. Cantonnet*: Neurologie oculaire. Paris 1910.
 7. *D. Michail*: Tratat de oftalmologie. Cluj 1928.
 8. *P. Prothon*: Lésions du fond de l'oeil dans les infections acutes. Paris 1909.
 9. Recueil d'ophtalmologie. Paris 1909, 1911.
 10. Revue d'oto-neuro-ophtalmologie. Paris 1931—1933.
 11. Revue générale d'ophtalmologie. Genève 1922.
 11. *G. H. Roger—F. Vidal,—P. J. Teissier*: Nouveau traité de médecine. Paris 1921.
-