

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1261.

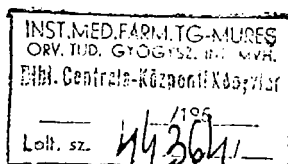
NEURORETINITA GRIPALĂ



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 19. V. 1938.

DE

LATIȘ A. GHEORGHE



24 MAY 2005

UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ.
FACULTATEA DE MEDICINĂ.

Docan D-nul Prof. Dr. **M. Sturza.**

Profesori:

Clinica Stomatologică	— — — — —	Dr. <i>I. Aleman</i>
Bacteriologie	— — — — —	„ <i>V. Baroni</i>
Istoria Medicinii	— — — — —	„ <i>V. Bologa</i>
Patologie generală și experimen.	— — — — —	„ <i>A. Botez</i>
Clinica Otorinolaringologică	— — — — —	„ <i>G. Buzoianu</i>
Istologie și Embriologie	— — — — —	„ <i>I. Drăgoi</i>
Semiologie Medicală	— — — — —	„ <i>I. Goia</i>
Clinica Ginecolog. și Obstretică	— — — — —	„ <i>C. Grigoriu</i>
Clinica Medicală	— — — — —	„ <i>I. Hațiegan</i>
Medicina Legală	— — — — —	„ <i>M. Kernbach</i>
Chimia Biologică	— — — — —	„ <i>N. Manta</i>
Clinica Oftalmologică	— — — — —	„ <i>D. Michail</i>
Clinica Neurologică	— — — — —	„ <i>I. Minea</i>
Igienă și Igieng socială	— — — — —	„ <i>I. Moldovan</i>
Anatomie topografică și Descript.	— — — — —	„ <i>V. Papilian</i>
Farmacologie și Farmacognozie	— — — — —	„ <i>G. Popovici</i>
Clinica Chirurgicală	— — — — —	„ <i>Al. Pop</i>
Medicina Operatorie	— — — — —	„ <i>Al. Pop</i>
Fiziologie Umană	— — — — —	„ <i>Benetato Gr.</i>
Balneologie	— — — — —	„ <i>M. Sturza</i>
Clinica Dermatovenerică	— — — — —	„ <i>C. Tataru</i>
Clinica Urologică	— — — — —	„ <i>E. Teposu</i>
Clinica Psihiatrică	— — — — —	„ <i>C. Urechia</i>
Clinica Infantilă	— — — — —	„ <i>G. Popovici</i>
Anatomie Patologică	— — — — —	„ <i>T. Vasiliu</i>

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte:	D-nul Prof. Dr. <i>D. Michail</i>
Membrii:	{ „ „ „ <i>Gr. Benetato</i> „ „ „ <i>M. Kernbach</i> „ „ „ <i>V. Papilian</i> „ „ „ <i>V. Bologa</i>
Supleant:	„ Doc. „ <i>P. Vancea</i>

INTRODUCERE.

Gripa, acest flagel ucigător de mii de trupuri și de mai multe mii de suflete, care îmbracă cele mai variate și celei-doscopice aspecte, a pus stăpânire peste preocupările lumii medicale, într'o măsură vrednică numai de spiritul jertfelnic pentru salvarea celor suferinzi.

Era natural ca să mă stăpânească și pe mine gândul de-a trata acest subiect, într'o lucrare ce va să însemne încununarea atâtor nizuinși și mai ales un popas înainte de-a porni pe calea practicei nobile a artei de a vindeca pe semenii noștri.

Gripa în convalescența ei, prin faptul că epuizează și anergizează organismul, favorizează complicații piogene în cele mai diverse sisteme și organe cari tot așa pot suporta însăși atacul virusului influenței.

Problema face parte din cele mai importante capitole ale patologiei clinice oftalmologice nu numai pentru că numărul mare al leziunilor oculare este în plină creștere, ci și din cauza dificultăților pe cari le întâmpinăm la stabilirea unui diagnostic clar.

Chestiunea aceasta e greu de rezolvat căci cere multă experiență clinică, mai ales observațiuni în timpul marilor epidemii, când gripa își desfășoară întreg polimorfismul multicolor.

Bach spune undeva că, se va găsi cu greu medicul care va intruchipa exact conturile infecțiunii gripale în general, apoi, cu atât mai greu la ochi, unde cercetările sunt la început.

Așa stând lucrurile, în situația de tânăr absolvent de medicină, mă absolv de pretenția unei lucrări complete, voind a face numai rolul de-a colecta, sistematizând publicațiunile de până acum, pe baza cărora să construiesc istoricul, studiul clinic al evoluției, simptomatologia și patologia influenței membranei retiniene, și mai ales cred că bine fac atrăgând încă odată atențiunea tuturor asupra acestui flagel atât de răspândit.

Dacă în anii lungi de Universitate am întâmpinat multe neînțelegeri și severități prea agresive, greu de suportat și umilitoare uneori, azi la sfârșitul acestor ani, am marea satisfacție că un om, prin înalta lui înțelegere a lucrurilor mă face să resimt o târzie, dar mereu râvnită simpatie pentru ceace se cheamă „Alma Mater“ pentru cetățenii universitari.

Acest om este Domnul Profesor D. Michail, căruia îi rămân recunoscător și cu mulțumiri pentru bunătatea de a-mi fi înlesnit studierea problemei acestei teze și de a-mi prezida juriul de promoție.

Un cuvânt de adâncă simpatie și recunoștință bunului meu prieten Dr. Păcurariu, care ca asistent al clinicei mi-a pus la dispoziție rodul strădaniilor sale, îndrumându-mă pe calea întortochiată a subiectului ce îl tratez.



Considerațiuni generale asupra retinei.

EMBRIOLOGIE.

Celulele sensoriale ale aparatului vizual se diferențiază în contul sistemului nervos central, care la rândul său se dezvoltă din ectoderm. Vesiculele oculare primitive și mugurele nervului optic dau naștere vesiculei secundare prin infundare în formă de deget de mână și apoi din foița reflectată apare coroida, din foița directă apar straturile pigmentare ale retinei.

Nervul optic derivă din pediculul care-l leagă dintru început de vesicula optică și de diecefal.

ANATOMIE.

Retina este transparentă, fibrele nervoase și-au pierdut teaca de mielină (uneori și le menține și atunci este opacă) deaceia e deficil a face un examen oftalmoscopic, numai două puncte de reper avem: 1. Papila, care este un disc rotund ovalar de 1,5—1,8 mm. albicios, ușor excavat la centru; 2. Macula, o mică pată galbenă adâncită la centru (fovea centralis) adesea greu de văzut. E situată mai înafară și mai în jos ca papila exact în mijlocul polului posterior al globului ocular.

Raporturi: prin fața externă aderă de coroidă, iar cu fața internă răspunde corpului vitros, de care e legat prin câteva aderențe.

Arterele provin dela artera centrală a retinei și are două ramuri, ascendentă și descendentă, cari se divid în ramuri secundare, nazală și temporală, cari sunt terminale.

Vinele se strâng într'un trunchi comun care se varsă în vâna oftalmică sau direct în sinusul cavernos.

ISTOLOGIE.

Redusă la elementele elementare, retina are celule vizuale cu câte doi neuroni (celule bipolare și multipolare):

1. celulele cu bastonașe descoperite de Leewenhoock, sunt formate dintr'un cil încărcat cu eritropsină (purpură reliniană), care lipsește la animalele cu vederea diurnă. Un articol intern care e capabil să se contracte și poartă numele de myoid. Corpul celular e foarte subțire. 2. Celulele cu con descoperite de Gottsche, sunt formate din partea externă susținută de-o membrană foarte fină, partea mijlocie, care fără să fuzioneze traversează partea mijlocie până la nucleul celulelor vizuale. Partea internă mică și bogată în glicogen. 3. Celulele bipolare, care este neuronul senzitiv periferic, perpendiculare pe suprafața retinei. 4. Celulele multipolare analoge cu nucleii cenușii din nervax, ele sunt neuronul senzitiv central. Dendridele lor se articulează cu celulele bipolare, sunt deci organe de recepție și de transmisiune.

Straturile retinei: a) stratul pigmentar, b) membrana lui Jacob, (adecă stratul conurilor și a bastonașelor), c) limitanta externă, d) stratul celulelor vizuale, e) plexul bazal, stratul celulelor bipolare, g) celulele multipolare, h) fibrele nervului optic, și i) limitanța internă.

FIZIOLOGIE.

După Ramon Y Cajal retina se compune din trei straturi suprapuse, reprezentând trei neuroni articulați prin dendride între ei și formând nervul optic prin cilindraxurile lor.

Retina este intermediarul obligatoriu între fenomenul fizic al luminei (vibrațiunea etherului) și fenomenul fiziologic al excitațiunei nervoase (vibrațiune nervoasă).

Razele luminoase ce cad pe o secțiune a nervului optic nu-l excită, însă retina este excitată de o incitațiune streină, lucru întâmplat cu orice nerv, numai că ea dă o senzație luminoasă, în virtutea principiului energiei specifice a aparatului nervos. Exemplu compresiunea nervului dă așa zisele phosphene (stele colorate, roșii, verzi).

Nu toate părțile sunt senzibile uniform la lumină, cu perimetru se determină câmpul vizual, adecă acele zone cari sunt senzibile.

Este un punct absolut insenzibil numit punctum caecum, dar obișnuința face să nu vedem scotomul consecutiv, putând face abstracție de el. Se poate evidenția prin experiența lui Mariotte, cu fixarea alor două puncte distanțate pe o hârtie albă.

Lumina impresionează întâi conurile și bastonașele, aceasta se vede din experiența lui Purkinje prin umbrele arborelui vascular.

Transformarea energiei fizice în energie nervoasă se face pare-se printr'un mecanism chimic de reducție a eritropsinei roșii într'alta incoloră, care lasă să se impresioneze electiv straturile inferioare.

Senzația luminoasă are o intensitate, 2. colorație și 3. tonul de culoare. Pentru Jung sunt trei culori fundamentale și trei fibre nervoase elementare, a căror excitare simultană și egală dă lumina albă. Prin această teorie se explică daltonismul și tot ce explică faptul că, după ce privim roșul un oarecare timp, nu vedem decât cu greu, pentru că fasciculele respective s'au oboșit. Pe cei doi ochi sunt două impresiuni fizice, dar psihic noi nu avem decât una, percepând doar o singură imagine, ceace nu se întâmplă în diplopie și strabism, care o produce pe cea dintâi. Noțiunea de relief rezultă din diferența imaginilor de pe cei doi ochi. Iluziile optice sunt erori de apreciere și de judecată a imaginilor normal înregistrate.

PATOLOGIA RETINEI.

Afecțiunile retinei sunt primitive și secundare, acute sau cronice. Din punct de vedere histo-anatomic sunt: atrofice, hipertrofice și degenerative. Apoi infecțioase și toxice, localizate sau generalizate. Pure și complicate.

CLASIFICAREA RETINITELOR.

Cu toate că maladiile retinei au cauze variate și multe, alterațiile anatomice pe care le produc sunt destul de monotoane și nu permit să stabilim numeroase grupe în clasificări definitive, pe de altă parte aspectul oftalmoscopic nu-i totdeauna suficient de constant pentru a putea stabili un diagnostic etiologic al afecțiunii respective.

Se obișnuște în general, a se stabili o leziune după etiologia ei probabilă sau simptomele generale, de cari se acompaniază, așa ar putea fi: retinite albuminurice, diabetice, leucemice, metastatice, sifilitice, retinite prin contuziune, etc. Iar altele prin particularitățile oftalmoscopice așa sunt: hemoragice, pigmentare, difuze, circinate, striate. Iar altele în fine, prin cauzele anatomice reale sau probabile decolarea retinei, embolie a arterei centrale, retinite proliferative, etc.

Accastă diviziune disparentă cu slabe conexiuni a elementelor de judecată este destul de confuză, mai ales că unele trebuie să le așezăm prin etiologie, într'o grupă, iar prin leziune anatomică în altă grupă. Ceeace rămâne important este de a nu le pune într'acelaș rang, ci ca și cum ar fi vorbă de afecțiuni bine distincte ca entitate clinică.

O altă fază a acestei probleme este faptul că noi putem să plasăm într-o categorie oarecare cutare afecțiune după faza boalei sau după specialele condițiuni etiologice. Astfel modificațiunile fundului ochiului la un albuminuric poate justifica câteodată diagnosticul succesiv de embolie sau tromboză a vaselor retiniene, retinită hemoragică sau apoplectiformă, fără a insista asupra caracterelor definitive, retinită striată sau chorioretinită pigmentară. Deci aceste forme sunt prezente, și apar în mod succesiv la un individ cu stare nefretică.

Din punct de vedere al naturii anatomice și a patogeniei vedem că cele mai multe retinite se datoresc turburărilor de circulație și e greu apoi de stabilită că, în geneza lor au rol primordial alterațiunile primitive ale pereților vasculari sau mai de grabă o modificare a compoziției sângelui, sau acești doi factori lucrează simultan. Apoi aceste retinite variază după cum sunt interesate venele sau arterele, după cum aceste sunt centrale sau din rețeaua vasculară a coroidei.

TABLOU DE CLASIFICARE:

a) Schimbări patologice în vascularizația și circulația retinei.

I. Anomalii de vascularizație:

1) aneurismul arterei retiniene, 2) varicozitățile venei retiniene, 3) aneurismul arterio-venos, 4) anastomoza arterio-venoasă, 5) vase retiniene neoformate, 6) atrofia vaselor retiniene.

II. Turburări pasagere a circulației retiniene:

1) hiperemie, 2) anemie-ischemie, 3) pulsațiuni arterio-venoase, 4) segmentația coloanei sanghine în vase.

III. Tromboza venei centrale sau a ramurilor.

IV. Embolia arterei centrale.

b) Maladii retiniene simptomatice ale afecțiunilor generale câștigate sau ereditare.

I. Retinite hemoragice sau apoplectiforme.

II. Hemoragii prin congestii pasagere a vaselor.

III. Hemoragii spontane și recidivante ale adolescențului.

IV. Hemoragii la arterio-scleroși.

V. Retinita albuminurică.

VI. Retinita diabetică.

VII. Alterațiunile în poliurie, fosfaturie și oxalourie.

VIII. Retinita leucemică.

IX. Alterațiuni retiniene: anemia pernicioasă, cloroza,

anemia cronică, icter, scorbut, purpură malarică, Tbc. Gripă.

X. *Hemoragii după arderi.*

XI. *Alterațiuni retiniene după intoxicațiuni animale, vegetale sau minerale.*

XII. *Retinite septice și metastatice.*

XIII. *Retinita sifilitică.*

XIV. *Retinita pigmentară.*

XV. *Alterațiuni senile.*

c) **Traumatismele retinei.**

I. *Contuziuni.*

II. *Plăgi.*

III. *Corpi streini.*

d) **Stări patologice ale retinei, secundare afecțiunilor sau leziunilor intra-oculare.**

I. *Supurațiuni secundare.*

II. *Retinita simpatică.*

III. *Corioretinita și decolarea retinei.*

e) **Tumorile retiniene.**

Neoformațiuni primitive și secundare.

Retinita de origine gripală.

DEFINIȚIE.

Este o afecțiune oculară cu leziuni pe retină, câștigată sau simptomatică, foarte asemănătoare cu cele albuminurice sau hipertensive, dar care nu are nimic a face cu leziuni renale sau vasculare.

Apare în convalescența gripei și se vindecă fără nici un tratament deosebit.

ISTORIC.

Neuroretinita gripală cu exudate micelare dispuse în formă de stea, a făcut obiectul de preocupare mai amplă mai întâi lui Th. Leber.

El le numește „pseudonefretice“ sau încă „retinite stelate“, împărțindu-le în trei grupe după afecțiunile ce le cauzează, deci o clasificare etiologică.

Grupa I. aici se cuprind toate retinitele ce survin la tineri, unilateral sau bilateral și la cari nu se poate pune în evidență nici o leziune organică manifestă.

Grupa II. înglobează pe acele neuroretinite cari succed în convalescența gripei ca o complicație a acestei afecțiuni.

Grupa III. Însuşează retinitele stelate, cari apar la tinerile fele suferinde de cloroză.

Cadrul acesta fixat de *Th. Leber* pare a fi prea restrâns, căci o mulţime de autori au descris numeroase cazuri de neuroretinite, cari în etiologia lor recunosc alte cauze decât infecţia gripală, aşa sunt: *Deutsch, Kominsky, Dubois, Paulsen, Rossano, Hugnemin, Kleiber, Siller, Schieck* şi alţii, au descris leziuni identice cu tuberculoza latentă.

Neubner, le observă în supuraţiunile perioculare de diferite naturi. *Nicht* în traumatismele craniene, *Dakreustädt, Schöffels, Parsons* le află în obliterarea arterilor retiniene, iar *Schieck* în sifilis şi sindromul lui *Korsakoff*.

Vance în scarlatină, erizipelul feţei şi în tumorile cerebrale (*Hutchinson*), alţii în hipertensiunea arterială esenţială: *Elena Puşcariu, Niţulescu, Wagner, Pellissier*, iar alţii în fine, în infecţiunile de origine dentară, ca *Terson*.

Primele cazuri în care etiologia gripală apare în mod neîndoios sunt cele alui *Maklakow (1909)*, cele publicate de *Cross Harbridge, Hirschman* şi *Leber*, după epidemia din 1890 nu ar fi prea bine studiate.

Leiden descrie în 1894 un caz de retinită cu exudate mici, pe care o pune în legătură cu o nevrită optică observată la un individ cu neurite multiple.

Totuş *Leber* afirmă că *Maklacow* ar fi acela care a dat în 1909 o descriere mai complectă a acestei afecţiuni, pe care a observat-o la un copil de 10 ani, la debutul unei gripe, iar steaua de exudat la trei săptămâni. Vindecarea venise la două săptămâni fără nici un tratament oarecare.

În acelaş an *Lans*, descrie un caz de stea maculară la un individ bolnav de gripă. După epidemia de gripă din 1918—19, *Zimmerman* descrie un caz de neuroretinită gripală bilaterală complicat cu exudate peripapilare.

Dens descrie în 1921 studiul unui caz la un copil de 13 ani suferind de gripă complicată cu meningită, avea exudat macular în formă de stea la amândoi ochii. El recomandă ca tratament pungejile lombare repetate, dală fiind hipertensiunea lichidului cefalo-rachidian aproape matematic constantă.

Schalj în 1927 prezintă un caz la o femeie de 37 ani, care fiind examinată pentru o gripă şi pentru scăderea vederii, i s'a constatat o stea maculară tipică, iar celelalte examinări rămân negative. Vindecarea s'a produs după 10 luni, lăsând în urmă o uşoară paloare papilară şi o strâmtare a vaselor.

Nagel, în 1928, prezintă un caz de neuroretinită pseudo-

nefretică complicată cu fenomene ciclice, la un tânăr de 20 ani.

Bakker în 1929, are un caz la o femeie de 38 ani, care la trei săptămâni după o gripă face o recidivă, iar la o zi prezintă o scădere a vederii la un ochi. Examinată prezenta o papilită, hemoragiile retiniene, stea maculară tipică, cărora le urmează vindecarea spontană la câteva luni.

În clinica Domnului Profesor *D. Michail* din Cluj a fost un singur caz, descris de *Dr. I. Păcurariu* în „Clujul Medical” din 1937. Acest caz îl utilizez eu pentru a ilustra descrierea mea despre neuroretinitele gripale.

Aspect și evoluție clinică.

SIMPTOMATOLOGIE.

Leziunile cari caracterizează aceste retinite sunt identice cu cele din retinitele renale sau hipertensive. Examenul oftalmoscopic relevă: papilită cu edem papilar în stratul intern, acesta dă apoi petele roșii și hemoragiile foarte numeroase în imediata apropiere, cari sunt radiare și de dimensiuni puțin considerabile, cât un accent de exclamare de tipar. Turgescența vaselor și exudate fine perimaculare dispuse în formă de stea regulată. Pata albă întâi este roșie, apoi rozată și în fine albă ca laptele și sifidie, forma ei stelară nu pare a fi în legătură cu hemoragiile retiniene.

Aceste trei genuri de alterații retiniene, pe cari le-am descris, edem, hemoragii și pata albă, se întâlnesc în cazurile tipice, dar prezența lor simultană nu este necesară pentru a ne face să ne gândim la o retinită albuminurică sau gripală dacă este asociată de leziuni caracteristice celei dintâi. Și numai două din aceste simptome justifică diagnosticul.

Incepe cu o congestie oculară, genă, fotofobie, precum și o importantă scădere a vederii.

Nu e dureroasă, ci mai mult dă o senzație de plinitudine vagă a ochiului. Senzul cromatic și senzul luminos sunt schimbate: diminuează percepția verdelui și a roșului în raport cu alte culori, acest lucru împreună cu scăderea câmpului vizual mai mult periferic, indică foarte propabil o torpoare progresivă a elementelor de conducere a retinei, ca în toate nevritile prin intoxicații sau turburări circulatorii.

Incet, fără nici un tratament, fenomenile se amendează, congestia dispare și vederea se reface complet, papilele își iau aspectul normal puțin mai târziu.

ETIOLOGIE.

Aceste neuroretinite cu turburări circulatorii prin modificarea compoziției sângelui și a pereților vaselor sanguine, cari pot fi centrale sau periferice, sunt foarte frecvente. Și nu sunt rare acele la cari virusul gripal e acela care se localizează pe oricare dintre membranele ochiului și dând cele mai caleidoscopice tablouri, clinice.

Cel mai des afectat este nervul optic prin 4,8%. Nottoff susține că dintre toate nevritele infecțioase 28% ar fi date de gripă, 24% de sifilisul congenital, 14% de reumatism, 6,7% de malarie și febra tifoidă, iar restul de 36,3% de alte infecțiuni.

Gripa este o boală infecto-contagioasă, care sub forme sporadice se menține și care sub cauze necunoscute uneori se răspândește în mari epidemii, cari în 6 săptămâni încunjoară întreg pământul. Etimologic vine dela francezul „gripper“, ceace înseamnă a prinde. Se mai cunoaște și sub numirea de „Catarhus epidemicus“, Cephalea catarhis epidemica“, „Tussis epidemica“, etc.

Pandemii au fost în 1510, 1709, 1781, 1918, 1935. Cea din 1918 se mai numește și febra spaniolă și a făcut 20 milioane de victime, după Dopter și Lavergne.

În 1840 Martigny credea că agentul patogen ar fi un parazit. Pfeiffer izolează în 1892 un bacil care-i poartă numele, despre care s'a crezut multă vreme că ar fi cauzatorul gripei. Gates și Olitsky în 1922 au aflat bacterium pneumosintes, care dă sindromul gripal și senzibilizează organismul la microbii banali ai diferitelor infecțiuni pulmonare. Mulți cred, alături de soții Dick, că agentul cauzator ar fi streptococul lung hemolitic, însă azi tot mai mult își face drum credința că un virus hemolitic filtrabil este adevăratul agent cauzator, și că acesta trăește numai în simbioza cu streptococul lung, căruia îi imprimă caractere biologice definitive și ereditare. Aceste caractere justifică fixarea complementului prin antigen streptococic, vaccinări și imunitate, dar mai ales streptococul ar da complicațiile atât de frecvente.

Are incubajia de 18 ore, până la 3 zile, uneori mai mult. Transmisiunea se face direct dela om la om și e favorizată de aglomerații în timp umez și rece de primăvară sau toamnă.

Retinitele gripale coincid cu complicațiunile de convalescență a boalei ca: furunculul, abcese, și flegmoane. Retinitele sunt mai mult complicațiuni, ceace Nemții numesc nachkrankheiten.

PATOGENIE.

În urma boalei infecțioase, în cazul de față gripa, rămâne o stare discrazică particulară a sângelui ce favorizează infecțiunile secundare ale supurațiilor. Sau mai precis această stare crează focare de endovasculită, care favorizează oprirea microbilor, care deja sunt în circulația generală.

Endovasculita dă stază sanghină și o permeabilitate anormală a vaselor, care se arată prin extravasări hemoragice, edem și acumulare de fibrină și de corpusculi granuloși în interstițiile țesutului retinei. Toate aceste leziuni sunt pasagere.

Așa se explică indurația papilei, aceasta se explică și depinde de virulența microbilor. În corpul ciliar se găsesc mai ușor condițiile pentru inflamații, căci, aici circulația e oarecum mai independentă.

Tot prin endovasculită se explică și exudatele din corp vitros, cari turbură vederea.

Când turburările difuze ocupă partea maculară, provoacă adesea apariția unei pete roșii în fovea centralis. Acest fenomen de contrast se vede totdeauna în caz de ischemie a mai multor brațe ale arterei centrale și în staze papilare.

În retinita albuminurică pata albă provine din infiltrația de corpuri granuloase între fasciculele nervului optic. În septicemii infiltrațiile corespund mai mult unor hipertrofii varicoase a fibrelor însăși. Dacă focarul e mai profund atunci e cauzat de grunji de fibrină și leucite în lagunele din țesutul retinian.

Alți autori cred că ar fi vorba de-o acțiune toxică a virusului gripal asupra nervului optic și a retinei (Bakker). Aceasta acțiune toxică ar da permeabilitatea vasculară și hipertensiunea din ele. Hiperemia mărește calibrul vaselor și le lungeste ceea ce face ca aceste să fie sinuoase. După Vohlard exudatele ar fi datorite unei ischemii produse printr'un spasm vascular în retină. Cei mai mulți însă, în frunte cu Pierre Marrie, Velter, Chauffard, Cushing, susțin că ar fi o hipertensiune ciclică care ar cauza leziunile retiniene pe cari le-am văzut.

Se pare ne'ndois că acțiunea virusului gripal asupra nervului optic și a vaselor retiniene asociată cu hipertensiunea lichidului cefalo-rachidian are rol preponderant, fără a putea afirma că sunt singurile în cauză.

În majoritatea cazurilor, hipercolesterinemia este prezentă într'o mare măsură.

S'au semnalizat de către Gilles de Grumond Gabrowsky și Pechin, hemoragii retiniene în toate leziunile din in-

fluenză, care este o boală debilitantă, dar n'au decât o valoare accidentală și nimic nu ne dovedește încă că ar fi o relație directă cu afecțiunea generală, septicemică de altfel.

Neuroretinitile exudative cu formațiuni de stea sunt destul de rare, ele apar mai ales la femei tinere în convalescența gripei, prin săptămâna patra, frecvent se observă în marile epidemii. Mai întâi e afectată papila nervului optic și mai târziu apare figura de stea maculară. Leziunea poate interesa unul sau ambii ochi deodată sau la intervale mai mari.

În cazurile descrise n'am găsit decât două cari să fi fost complicate cu iridociclită, anume acela alui Nageldinger și cel al lui Păcurariu din Cluj.

ANATOMIE PATOLOGICĂ.

Din punct de vedere anatomo-patologic, deși în cazurile de gripă nu s'au făcut examene speciale, se afirmă totuși că ar fi vorba de aceleași leziuni ca în retinitile albuminurice sau hipertensive.

Leziunile sunt constituite dintr'o scleroză a arterilor coroidiene cu degenerescență hialină și o dilatare venoasă. Artera centrală a retinei ar prezenta leziuni parietale minime, iar localizarea exudatului ar fi în stratul plexiform al retinei maculare și ar fi constituit din colesterol în mod aproape exclusiv.

Hemoragii așezate între straturile fibrelor optice și a părților învecinate profunde în caz că extravazarile sunt abundente și atunci le găsim chiar în epiteliul pigmentar.

Edemul produce umflarea papilei optice și a părților învecinate și este, probabil la baza decolărilor retiniene, atât de frecvente. Stratul fibrelor optice foarte îngroșat, și aici se văd corpi granuloși refringenți cari la prima observație par celule ganglionare în degenerescență grăsoasă, dar e sigur că sunt dilatații ampulare și varicoase a fibrelor optice.

Petele galbene punctiforme se văd la microscop ca aglomerațiuni de sferule granulo grăsoase, ușor de recunoscut prin preparațiuni superficiale.

E mai greu de stabilit natura alterațiilor histologice la care corespund largile plăci sterale de degenerescență, de culoare albă și formate din țesutul retinian.

Spațiile lacunare, uneori enorme, cari ocupă stratul mijlociu și principal și stratul intergranulos conține masse amorfe și neregulate cari n'au aceeași structură și nu reacționează la fel în fașa reactivilor specifici. Unele sunt fibrinoase și se colorează după Weigertt cu cozină, altele fine

granuloase din hialină, altele rezultând din coagularea materiilor albuminoide pe cari Amman le considera ca desagregări de celule sanguine.

Depozitele de fibrină sunt lipsite de elemente figurate, doar conține câteva leucocite.

Alterarea vasculară a retinei este dată de grămădirea scleroasă în părășii vasculare a pomenitelor depozite, dar constanța lor, intensitatea și extensiunea lor, nu sunt totuși în raport cu simptomele oftalmologice.

Importanța semiologică a hemoragiilor retiniene este foarte mare căci un extravazat cat de mic poate fi primul indiciu a unei afecțiuni grave ale organelor ochilor, celor mai importante pentru asigurarea bunei vederi.

DIAGNOSTICUL.

Diagnosticul e foarte greu, desigur înțelegând pe cel etiologic, căci este o identitate absolută între tabloul oftalmoscopic al acestor leziuni și a celui de origine renală sau hipertensivă.

Totuși eliminarea lor se face printr'un examen amănunțit, clinic și de laborator. Siguranță nu putem să avem decât atunci când leziunile regresează complet în lipsa oricărui tratament, lucru ce nu se întâlnește nicăieri. La cele albuminurice și cele tensive dacă nu instituim un tratament adecvat, asistăm la înrăutățirea fenomenilor cari ajung la leziuni definitive.

Aspectul oftalmoscopic poate uneori să ne arate după culoare care este proveniența hemoragiei, arterială sau venoasă. Se face examenul perimetric să se vadă cum este influențată vederea de sângele extravazat. Se vede o obscuritate localizată central, scotom central pozitiv cu margini neregulate și este dat de un voal de sânge ce se interpune între lumina incidentală și stratul elementelor senzitive, întrerupând pe întinderea lui sosirea luminei.

Poziția și forma lor variată nu poate indica vreo certitudine de diagnostic. Localizarea unor mici pete albe în regiunea maculară, într'o figură stelată și având ca centru fovea centralis, trece ca fapt caracteristic numai ca o retinită cu turburări vasculare, cari pot fi și de origine gripală.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL.

Am văzut că singurul criteriu de diagnostic diferențial al neuroretinitei gripale de cele albuminurice și hipertensive este că aceste din urmă nu se vindecă fără trata-

ment. Apoi n'au în antecedente nici o gripă, clasică, manifestă sau abortivă fără simtoame.

Mai trebuie să luăm în considerare și alte retinite consecutive septicemiilor, cum ar fi cele tifice, tuberculoase, reumatismale, unde starea anterioară ne clarifică. Cele sifilitice sunt hipertrofice și definitive.

COMPLICAȚII.

Atrofia nervului optic, decolarea retinei, embolia arterei centrale, glaucom, dacă întâi se complică cu iridociclită, cum este în cazul ce voi descrie. Supurații ce pot duce la panoftalmii cu piogeni simpli, banali, cari exaltă în virulența lor după anergizarea organismului de către infecția gripală.

PROGNOSTIC.

Prognosticul afecțiunii aproape în toate cazurile este bun, căci se vindecă prin restitutio ad integrum. Totuși, în unele cazuri s'a observat o ușoară paloare papilară însoțită de-o strâmtoare a vaselor, fără o modificare prea accentuată a câmpului vizual. Atunci vindecarea se produce într'un timp mai lung ce variază dela 2 la 10 ani, cel mult.

TRATAMENT.

Tratamentul nu este necesar, dar pentru a înlesni resorbția exudatelor și a grăbi-o pe aceasta, se recomandă puncții lombare repetate. Acesta mai ales pentrucă după unii leziunile s'ar însoți de-o permanentă hipertensiune a lichidului cefalo-rachidian. Se mai utilizează antiflogistice ca: ventuze, sângerare prin flebotomie. Ventuze artificiale Huertloup. Cataplasme calde, diatermie. Atropină și succedaneumul ei Duboisina. Piramidon 0,30 gr.

Caz clinic.

Foae de observație.

O femeie de 30 ani, casnică, vine din provincie (Dej) în 10/III. 1937 la consultările clinice oftalmologice din Cluj, spunând că înainte cu câteva zile (6 zile) a avut o gripă care a fost diagnosticată de un medic. La 6 zile observa o congestie oculară dreaptă, destul de accentuată

care era însoțită de genă și fotofobie, precum și de o importantă scădere a vederii la ambii ochi.

În antecedentele heredo-colaterale nimic de reținut. În antecedentele personale găsim o gripă urmată de scarlatină, la 7 ani. Pneumonii repetate la 16—17 ani, alte boli neagă. Căsătorită de cinci (5) ani n'a avut nașteri și nici avorturi.

La examenul general sumar se constată că este o femeie cu stare generală bună, țesutul muscular și cel celulo adipos subcutanat bine dezvoltat și conservat, afebrilă și cu pofta de mâncare bună.

La examenul obișnuit ocular se constată congestii periscleritice la ochiul drept, cu mici hemoragii subconjunctivale perilibice. Pe fața posterioară a corneei se văd mici precipitate de descementită. La ochiul stâng aceleași fenomene, mai accentuate, dar lipsite de hemoragii subconjunctivale. În consecință la ochiul drept sunt semnele unei iridociclite subacute cu formula:

N... OD—1/3.
OS—1/30.

La fundul de ochi bilateral se constată tabloul clinic al neuritei optice cu edem papilar mai accentuat la ochiul stâng.

Bolnava fiind sfătuită să rămână în serviciul spitalicesc pentru a i-se face analizele și examinările necesare, refuză din motive familiare. Revine după trei zile și afirmă că vederea i-s'a ameliorat foarte mult în acest timp la ambii ochi. Într'adevăr la examen se constată modificarea tabloului ocular astfel:

N... OD—1/2.
OS—1/4.

Câmpul vizual la ochiul drept aproape normal este mai strâmtat concentric la ochiul stâng și are un scotom central cu o întindere de 8—10 mm. Tensiunea intraoculară la ambii ochi este de 23 mm. Hg. Fundul ochiului același, dar micșorat pe lângă ce era înainte cu trei zile.

De data aceasta bolnava fiind reținută în serviciul clinice, i-se face un examen amplu la Clinica Medicală și Sanatoriul de boli pulmonare, unde i-se constată o ușoară scleroză hilară și perihilară, precum și un desemn infraclavicular drept mai accentuat. Rinichiul și cordul nimic patologic, urina fără elemente patologice. Reacția Wassermann negativă.

Glicemia 101 mgr. la mie Tensiunea arterială $14\frac{1}{2}$ maximă și 7 și $\frac{1}{2}$ minimă cu aparatul Vaquez-Laubri. Globulele

și hemoglobina în număr și forme normale. Examenul otorinolaringologic, precum și cel radiologic al sinurilor feței sunt negative.

În tot timpul necesar examinărilor i-s'a făcut bolnavei tratamentul obișnuit al iridociclitelor.

La cinci zile dela intrare făcându-i-se un control al fundului de ochi, spre surprinderea generală s'a constatat tabloul clasic a neuroertinitelor albuminurice cu exudate maculare în formă de stea și neurită optică.

În fața acestui tablou atât de neobișnuit primul lucru a fost controlarea tuturor datelor culese la examinările trecute, insistând în special asupra rinichiului și asupra inimii, dar și de data aceasta rezultatele au fost tot negative.

Singurul punct de reazim rămânea gripa din antecedentele personale apropiate și care s'a vindecat în 6 (șase) zile.

Bolnava constatând o ameliorare a vederii cere să fie lăsată acasă și consimte ca în fiecare săptămână să se reîntoarcă pentru control.

La plecare are tabloul ocular:

N... OD—5/7
OS—5/15

După o săptămână revine, vederea i-se menține bună ca la plecare, dar cu o însemnată reducere a edemului papilar și a exudatelor retiniene.

Revăzută la altă săptămână, adică la două luni dela apariția boalei, vedem tabloul:

N... OD—5/5
OS—5/7

câmpul vizual normal, reflexile la acomodare și la lumină foarte bune, pe fundul ochiului drept mai persistă încă câteva puncte albe, sidonii și discrete rămase în regiunea intermaculo-papilară, iar la stânga punctele albe ceva mai numeroase schițând încă o slabă perceptibilă stare maculară. Papilele de ambele părți de aspect normal. Vedere bună.

Concluzii.

1. *Neuroretinita gripală este o afecțiune datorită turburărilor de circulație, prin modificarea compoziției sângelui și a pereților vasculari, sub influența virusului gripal.*

2. *Leziunea se constituie în faza de convalescență a gripei, care pregătește terenul prin slăbirea și anergizarea organismului.*

3. *Apare destul de rar, este mai frecventă în epidemii, dar cu virulența acestora n'are nici o legătură, tot așa nici cu genul de manifestare clinică a acestei afecțiuni.*

4. *Este mai des întâlnită la tineri și mai cu seamă la tinerile femei.*

5. *Nu este o entitate clinică bine conturată și n'are o simptomatologie proprie și deaceia se pune cu mare greutate diagnosticul ei.*

6. *Până acum e puțin studiată dar, prin perfecționarea mijloacelor de investigație, se află tot mai des printre diagnosticurile clinicianilor și chiar a practicienilor.*

7. *Leziunile anatomo-patologice nu sunt definitiv constituite, ci regresează într'un timp ce variază dela 1—10 ani, iar simptomele ce decurg din ele se amendează la rândul lor și încă cu mult înaintea lor, după 1—4 săptămâni.*

8. *Vindecarea se obține spontan, fără nici un tratament și se face prin restitutio ad integrum anatomic și fiziologic.*

9. *Complicațiile sunt rare și dacă survin, aceste sunt mai cu seamă iridociclitele.*

Cluj, la 19. V. 1938-1938.

VĂZUTĂ ȘI BUNĂ DE IMPRIMAT.

Președintele tezei:

ss. D. MICHAİL

Decanul Facultății:

ss. M. STURZA

BIBLIOGRAFIE.

1. „Encyclopédie Française d'Ophthalmologie“, par: F. Lagrange et E. Valude. 1906. Paris. Octov. Dain.
2. „Tension Artérielle eu Clinique“, par: Dr. L. Gallavardin. 1920. Paris. Masson.
3. „Considerațiuni asupra Tensiunei Art. Retiniene“. Teză de Vasile Ramla. 1930.
4. „Câteva considerațiuni asupra gripei și complicațiilor ei la copiii“. Teză de: Cunițcaia Glivici, 1933.
5. C. Bakker: „Ein Fall von Neuronretinitis mit Sternfigur in der Retina nach Akuten-Infektionskrankheit.“ Z. f. Oph. XXI. 1929. p. 254.
6. Brouth: „Retinite pseudo-albuminique“. Ann. d'oc. 1933. p. 610.
7. Coppez. I.: „Retinite d'aspect albuminique. Arh. d'opht. 1924. XLI. p. 113.
8. Konyanogi: „Sur la génèse des lesions ophtalmoscopique dans la chorioretinite albuminurisque.“ Arh. d'opht. 1932. p. 109.
9. Nageldinger: „Pseudo ritinite albuminurique compliqué de cyclite.“ Ann. d'oc. C. LXI. 1928. p. 207.
10. Pușcariu Elena și I. Nitzulescu: „Trois cas de retinite pseudonefretique stellaire. Consideration sur la pathogenie de la neuroretinite en general.“ Ann. d'oc. 1923. p. 973.
11. Zimmermann W.: „Seltnerer F lle von Augen komplikationen nach influenza.“ Kl. M. f. A. LXIII. 1919.
12. Dr. Ion P curaru: „Neurotit  stelar  de origine gripal .“ „Clujul Medical“, an. XVIII. 1937.
13. Testut: „Traittait d'Anatomie.“
14. Branca: „Traittait d'Histologie.“
15. Dr. Zolog: „Note de epidemiologie.“
16. Textut: „Précis d'Anatomie thopografique.“