

MANIFESTAȚIUNILE OCULARE ALE SCLEROZEI ÎN PLĂCI



TEZĂ

pentru

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 27 Iunie 1935

DE
FARAGÓ CLARA

CLUJ
TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCĂ”
1935

022
UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 892

MANIFESTAȚIUNILE OCULARE ALE SCLEROZEI ÎN PLĂCI



TEZĂ

pentru

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 27 Iunie 1935

DE
FARAGÓ CLARA

6672
CLUJ

TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCĂ”
1935

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAİL

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMÂN I.
Microbiologia	BARONI V.
Istoria Medicinai	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană	DRĂGOIU I.
Semiologie medicală	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală	GRIGORIU C.
Clinica medicală	HAȚIEGANU I.
Medicina legală	KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	POPOVICI GH.
Clinica oftalmologică	MICHAİL D.
Clinica neurologică	MINEA I.
Igiena și igiena socială	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	POP A.
Fiziologia umană	DRĂGOIU I. (supl.)
Balneologia	STURZA M.
Clinica dermato-venerică	TĂTARU C.
Clinica urologică	ȚEPOSU E.
Chimia biologică	THOMAS P.
Clinica psihiatrică	URECHIA C.
Anatomia patologică	VASILIU T.
Clinica Infantilă	POPOVICI GH

JURIUL DE PROMOȚIE :

Președinte : D-l Prof. DR. D. MICHAİL

Membrii: { " " " I. HAȚIEGANU
" " " I. MINEA
" " " GH. BUZOIANU
" " " V. PAPILIAN

Supleant : DOCENT DR. P. VANCEA

INTRODUCERE.

Scleroza in plăci este incetățenită în clinică grație descrierilor clasice a lui Charcot-Vulpian, fiind caracterizată prin triada simptomatică: tremurături intenționate, turburări de vorbire și nistagm, la cari se mai adaugă turburările motorii.

Chiar Charcot constată, că această formă clasică a sclerozei in plăci este din cele mai rar întâlnite manifestațiune clinică a boalei, întrucât poate să lipsească fie unul, fie altul din aceste semne sau să nu găsim nici unul dintre ele. Unii autori au mers până la afirmația, că ori de câte ori avem un semn de suferință organică a centrilor nervoși, fără a se putea încadra în tabloul cunoscut vre-unei afecțiuni nervoase, să ne gândim la scleroza in plăci. Se descriu formele fruste ale boalei.

Triadei simptomatice vechi îi se adaugă azi una nouă, care este constituită din abolirea reflexelor abdominale, paliditatea părții temporale a papilei și disociația între reacția Wassermann constant negativă și reacția cu benzoe coloidală subpozitivă.

Evoluția sclerozei in plăci este foarte variată și lungă (de 10—25 ani). Debutul ei in cele mai multe cazuri nu se poate preciza. Primele simptome fiind puțin impresionante sau prin caracterul pasager a lor, bolnavii nu consultă medicul decât într'o fază mai avansată a boalei lor. Vin in general la 2—3 ani dela primul atac. Evoluția este caracterizată in general prin puseuri ce se instalează brusc, urmate de remisiuni și retrocesiuni îndelungate.

Manifestațiunile oculare a acestei afecțiuni atât de caleidoscopică ca aspect clinic și atât de capricioasă ca evoluție, ocupă un loc deosebit de important atât in simptomatologie cât și in diagnosticul precoce. Într'adevăr:

1. Uthoff a constatat pentru prima dată, bazat pe studiul materialului său foarte vast, că nici o boală a sistemului nervos

nu este atât de des acompaniată de manifestățiuni oculare, exceptând tumorile cerebrale, ca scleroza în plăci.

2. Manifestațiunile oculare constituie deseori un semn precoce a afecțiunii, iar turburările oculare duc pe bolnavul din acest stadiu deseori la medicul oftalmologist.

3. Este o formă a sclerozei în plăci cu debut ocular caracterizată fie printr'o diminuare rapidă și progresivă a acuității vizuale sau o amauroză uni- sau bilaterală, fie paralizii a mușchilor oculari și după care multe ori 10—20 ani nu se afirmă nici un alt semn al sclerozei în plăci. Această eventualitate se întâlnește în aproximativ 15—22% din cazurile de scleroză în plăci. Guanik și Uthoff, Warrington, Fleischer, G. Weil au insistat mult asupra acestei forme de scleroză în plăci cu debut ocular. G. Guillain a observat 6 cazuri de acest gen și la unul din ele numai cu 22 ani după constatarea nevritei retrobulbare au apărut semnele manifeste ale sclerozei în plăci.

4. Am văzut că semne oculare intră atât în triada clasică, cât și în cea nouă.

ASPECTUL CLINIC AL SCLEROZEI ÎN PLĂCI ÎN GENERAL.

Cu toată variabilitatea localizării focarelor de scleroză din cazurile unice, există o serie de semne comune, ce trebuiesc descoperite și a căror totalitate dă un tablou caracteristic.

Turburările motorii sunt compuse din turburări de acomodațiune și pareto-spasmodice, primele fiind mai accentuate la membrele superioare, iar cele din urmă mai ales la membrele inferioare.

a) *Turburările de coordonare* consistă în tremurături intenționate asociate de dismetrie, asinergie și adiadocochinezie, precum și în turburări de vorbire.

Tremurăturile intenționate trebuiesc căutate la membrele superioare. Ele lipsesc în repaus și apar cu ocaziunea mișcărilor, în special voluntare. Interesează nu numai extremitatea dar și rădăcina membrului. Consistă în oscilațiuni lente și ritmate a membrului superior, cari înainte ce ajunge bolnavul ținta, cresc în amplitudine. Pentru evidențierea acestor tremurături ne folosim de probleme clasice cu paharul plin cu apă și semnul indexului. Amplitudinea tremurărilor se mai mărește la efort

și emoțiune. Mișcările mai fine a membrilor superioare sunt jenate prin aceste tremurături (bărbierit, alimentație, scris). Uneori tremurăturile pot interesa și capul, care poate face oscilațiuni într'un plan sagital și trunchiul. Tremurăturile trunchiului se evidențiază mai ales când bolnavul se ridică din șa, dar uneori chiar în timpul mersului, constituind mersul clătinat a lui Oppenheim.

Tremurăturile intenționate au fost constatate de Marquézy în 25%, iar de Müller în 30% a cazurilor.

Turburările vorbire pot fi considerate și ele ca rezultatele unei lipse de coordonare a funcțiunii mușchilor ce iau parte în emisiunea sunetelor. Vorbirea este monotonă, articularea cuvintelor se face cu o incetineală extremă, aproape silabizând (scandată). Bolnavul face eforturi mari pentru a putea scoate cuvintele, câteodată ultima silabă este aruncată într'un fel explosiv, după expresia lui P. Marie, bolnavul „pare că și-a calculat rău elanul”.

b) *Turburări pareto-spasmodice*. Prin iritația căii piramidale apare de vreme o paraplégie spastică, precedată de o scurtă perioadă de debut, asociată de diferite semne piramidale, ca: exagerarea reflexelor osteo-tendinoase, clonusul piciorului, fenomenul lui Babinski și abolirea reflexelor abdominale. Semnului din urmă îi se acordă o deosebită importanță datorită apariției sale precoce. Un fenomen foarte caracteristic, care însă este rar întâlnit îl constituie râsul și plânsul spasmodic, adică stări emotive cu apariție bruscă, cari pot alterna, fără substrat afectiv corespunzător.

Turburăr sensitive. Turburările sensitive pot lipsi cu desăvârșire, la cercetarea amănunțită le descoperim însă destul de frecvent, deși într'o măsură puțin pronunțată. Întâlnim zone de anestezie sau amelgezie neconstante, putându-se ameliora într'un loc pentru a apare în alt loc. Câteodată bolnavii se plâng de paretezii în mâini și picioare. Durerile nu aparțin tabloului obișnuit al sclerozei în plăci.

Se mai pot întâlni destul de frecvent turburări pasagere ale sfincterelor anal și vezical. Se mai amintesc hemipleگیi ce apar în cursul boalei, dând hemipleگیi cu caracter pasager. În fazele avansate ale boalei apar și turburări cocleare și vestibulare. Caracteristic este încă sindromul umoral, caracterizat printr'o reac-

ție cu benzoë coloidală subpozitivă și reacție Wassermann constant negativă, citoză, albuminoză și globuline normale.

Acum voi trece la descrierea manifestațiilor oculare variate ce pot apare în decursul acestei boale; la cari voi adăuga datele comparative ce am putut constata pe materialul colectat din bunăvoința dlui profesor Minea, la bolnavii ce s'au perindat în serviciul Dsale și a căror examen oftalmologic a fost făcut de către Clinica dlui profesor Michail, dintre anii 1929—1934.

MANIFESTAȚIUNILE OCULARE ALE SCLEROZEI IN PLĂCI.

Asupra importanței manifestațiilor oculare din scleroza în plăci au insistat toți autorii începând dela Charcot, apoi Magnon, Liauville, Parinaud, Uthoff, Lübbers, Velter, Marquézy, etc. Manifestațiunile oculare devin și mai frecvente de când examinarea ochiului bolnavilor cu scleroză în plăci se face de oftalmologiști specialiști.

Din cei 64 bolnavi ce au trecut în Clinica Neurologică din Cluj 58 au prezentat turburări subiective sau obiective a vederii adică 90,6%. Müller constată turburări oculare în 40%, iar Curschmann și Campherstein modificări ale papilei în 70%, Behr 75,4%.

Aparițiunea turburărilor oculare se poate face în oricare din perioadele de dezvoltare ale sclerozei în plăci și nu insist încă odată asupra valorii acestor semne ca manifestațiune precoce a afecțiunii. La fel am insistat deja asupra debutului ocular a sclerozei în plăci.

Pentru a putea trece mai ușor în revistă manifestațiunile oculare a sclerozei în plăci voi discuta separat:

1. Turburările sistemului optic,
2. Turburările din partea mușchilor oculari,
3. Turburările pupilare și
4. Nistagmusul.

ALTERAȚIUNILE SISTEMULUI OPTIC.

Primul care a insistat asupra manifestațiilor oculare ale sclerozei în plăci a fost Uthoff, după care frecvența sa ar fi în 52%, Marquézy dă 54%, iar din Clinica Neur. din Cluj au

fost examinați din punctul de vedere al fundului de ochi 49 și au prezentat alterațiuni 18, adică 36,7%.

Velter demonstrează în mod indiscutabil că leziunile observate la nivelul tractului optic și aparatului oculo-motor sunt absolut identice cu plăcile de scleroză observate în alte regiuni ale nevraxului. Focarele la început inflamatorii, devin apoi atrofile. Atrofia interesând mai mult teaca de mielină, cilindraxul rămâne multă vreme întreg. Aceasta ne explică disparițiunea parțială a vederii corespunzător focarului interesat

Simptomele subiective.

Bolnavii mai des se plâng de o scădere a acuității vizuale, văd obiectele ca printr'o ceață, cu scânteii eventual văd nori înaintea ochilor. Uneori o amauroză completă uni- sau bilaterală.

Apariția turburărilor vizuale este bruscă aproximativ în jumătatea cazurilor, făcându-se în câteva minute sau eventual într'o noapte, bolnavul se trezește cu o amauroză. Aceasta amauroză se instalează mai rapid chiar decât cea din sifilisul acut, unde ea evoluează în câteva zile.

În cealaltă jumătate a cazurilor apariția turburărilor de vedere se face mai lent, în câteva săptămâni sau mai rar în câteva zile.

Caracterul general al turburărilor vizuale nu se deosebește de restul leziunilor din scleroza în plăci. Leziuni grave chiar o amauroză putându-se ameliora sau chiar dispărea cu aceeași ușurință cu care s'a instalat. În majoritatea cazurilor individul își recâștigă acuitatea vizuală chiar și după o amauroză bilaterală, încât se crede vindecat. Nimeni nu poate garanta însă, că după un timp mai lung sau mai scurt nu vor veni recidive. Uthoff la unul din observațiunile sale constată o recidivă oculară după 15 ani dela prima manifestațiune.

Ameliorările sau agravările turburărilor vizuale coincid cu variațiunile stării generale a bolnavului. Suferințe fizice sau psihice și surmenajul provoacă agravarea turburărilor de vedere. Cu fiecare recidivă acuitatea vizuală slăbește progresiv. Ameliorările după un puseu evolutiv pot rămâne uneori parțiale numai.

Amauroza totală și definitivă este extrem de rară, Uthoff a văzut un singur caz. O amauroză definitivă și completă vorbește în general împotriva diagnosticului de scleroză în plăci.

Nr. curent	Anul	Vârsta	Sexul	Națion.	Simpt. Subiect.	Mișc. palp.	Refl. conj.	Papile
1	1930	35	fem.	magh.	—	—	—	—
2	"	19	"	evr.	Slăbirea vederii, ceață înaintea och.	—	—	—
3	"	38	"	rom.	—	—	—	—
4	"	33	"	evr.	—	—	—	—
+ 5	"	38	masc.	rom.	—	—	—	Reaç. la lum. dis- păr. ArgylRob. +
+ 6	"	28	"	germ.	—	—	—	—
+ 7	"	42	"	"	Câteodată ceață înaintea och.	—	—	—
+ 8	"	49	fem.	magh.	—	—	—	—
9	"	41	"	germ.	—	—	—	—
10	"	44	masc.	magh.	—	—	—	—
+ 11	"	30	fem.	rom.	—	—	—	—
+ 12	"	16	masc.	"	—	—	—	Ineg. pupil. OD. miotic și nu reaç. la lum. și dist. Circonf. nereg. reaç. lent la lum.
13	1931	20	fem.	germ.	Slăbirea vederii	—	—	—
14	"	25	"	rom.	—	—	—	—
15	"	20	masc.	magh.	Slăbirea accent. a vederii Vede obiectele ca prin sită	—	—	—
16	"	37	fem.	rom.	—	—	—	—
17	"	55	"	magh.	—	—	—	—
18	"	37	"	evr.	—	—	—	Reaç. mai leneș la lumină
+ 19	"	22	"	magh.	—	—	—	—
20	"	24	"	evr.	—	—	—	—
21	"	16	"	rom.	Scăderea vederii Diplopie	—	—	—
+ 22	"	23	"	magh.	—	—	obolit	—
+ 23	"	44	masc.	rom.	—	—	—	—
24	"	31	"	"	—	—	—	Circonf. nereg.
25	1932	24	fem.	"	—	—	—	—
26	"	38	"	magh.	Scăderea vederii Vederea ca prin sită	—	—	—
27	"	56	masc.	germ.	—	—	—	Inegal. pupil. ne- regul. contur.
28	"	44	fem.	rom.	Nu vede cu O. S., peste scurt timp revine vederea	Pleoape inf. stg. prez. tcuri, dat contr. m. orbic.	—	—

IN PLACI

Mișc. oculare	Nistagmul	Acuit. viz.	Fundul de ochi
Asoc. de converg. limit.	—	—	—
—	Orizontal f. puțin pronunțat	—	Atrofia amb. n. optici postnevritică
De lat. (OS) limitat	—	—	Ușoară decol. a ½ temp. papilelor bilater.
—	Orizontal a OD	—	—
—	—	—	—
Asoc. de convergență dis-păruși OD	—	—	—
—	Orizontal > OD	—	—
—	Orizontal stg.	—	—
—	Orizontal dr, orizontal stg. câteodată	—	Perivascularită
—	Oriz. bilat.	—	Coroidită peripapilară
—	Oriz + vertical	—	—
De later. limitate	—	OD = 5/30	—
—	Oriz stg.	OS = 5/70	Atrofia incip. a n. optic OD
—	—	—	—
—	—	—	Atrofia postnevritică a n. optici în special OS
—	—	—	Atrofia temp. bilat a n. optici cu nevrită în p. nasală
—	—	—	Ușoară paloare a reg temp bilat a papilelor
—	—	—	—
Asoc. de converg. in-compl.	Vertical	—	—
—	Orizontal cu ampl. mare	—	—
—	—	—	—
—	Orizontal bilat. rare cu ampl. mare	—	Ușoară atrof. ½ temp. papilei OS ; ușoară hipert. a arterei papilare
—	Vertical 80-90/min. cu amp. mică + oriz. mai ales stg.	—	—
—	—	—	—
Asoc. de converg. limit. la OS	Orizontal stg. + vertical	—	—
—	Orizontal cu ampl. mijl. 40-50 min.	—	—
—	Orizontal stg 2/sec.	—	Paliditate jum. temp. bilat a papilelor, cu coroidită peripapilară stg.
Asoc. de converg. limitată	—	—	—
—	—	—	—

No crt.	Anul	Vârsta	Sexul	Națion.	Simpt. subiect.	Mișc. palp.	Ref. conj.	Pupile
29	1932	40	fem.	rom.	-	-	-	Reaț. puțin la lumină
30	"	20	masc.	"	Dureri de cap, slăbirea vederii O. D.	-	abolit	-
31	"	27	fem.	magh.	-	-	-	-
32	"	21	"	germ.	-	-	-	Reaț. puțin mai lent la lum. și dist.
33	1933	40	masc.	rom.	-	-	-	-
34	"	25	fem.	"	-	-	-	-
35	"	19	masc.	magh.	-	-	-	-
36	"	23	fem.	rom.	-	-	-	-
37	"	35	"	evr.	-	-	-	-
+38	"	32	masc.	rom.	-	-	-	Reaț. leneș pe lum.
39	"	29	"	"	-	-	-	-
40	"	22	fem.	"	-	-	-	Reaț. len. la lum. și la distanță
41	"	50	masc.	magh.	-	-	-	-
42	"	45	"	rom.	-	-	slăbită	-
43	"	27	"	"	-	-	-	-
44	"	31	fem.	magh.	-	-	-	-
45	"	16	"	rom.	-	-	-	-
46	"	45	masc.	"	-	-	-	-
+47	"	36	fem.	"	-	de închid palp. izolată O 5. incompl.	-	Inegale OS. = mi-drioză. Reaț. lent. la lumină
48	1934	21	"	"	Ceață înaintea ochi. Vederea neclară	-	-	-
49	"	35	"	"	Ceață înaintea ochi Hemianopsie dr.	Ocluzia och. cu tremurăt. Forțat nu se poate face	-	Nu reaț. la lum. și distanță
50	"	26	"	magh.	-	-	-	-
51	"	25	masc.	rom.	-	-	-	-
52	"	20	"	"	-	-	-	-
53	"	26	"	magh.	-	-	-	-

Mișc. oculare	Nistagmul	Acuit. viz.	Fundul de ochi
—	Oriz. bilat. mai ales OD, cu ampl. mici 80'/min	—	—
Asoc. de converg insuf. la OS	Oriz. bilat. cu ampl. mici 40-50'/min.	—	Atrofie postnevritică a papilei OD
Asoc. de converg limit.	Oriz. bilat. mai ales OD. 80'/min	—	—
Ușoară insuf. a mișc. asoc. de converg OS	Oriz. bilat. 70-80'/min.	—	Ușoară nevrită optică edematoasă
De later spre dr. limitat	Oriz. disociat OD=144'/min, 1½ mm ampl. OS=abia percept cu oscil mici 70'/min.	—	—
—	Vertical sup. 25-30'/min., 2 mm ampl.	—	—
De later + conv. limitat bilat.	Orizontal	—	—
De later OS limitat	—	—	—
—	Orizontal bilat. cu ampl. mică 80'/min.	—	—
Asoc. de converg. limitat	Orizontal bilateral	—	—
Asoc. de converg. insuf. OD	Orizontal bilat. cu ampl. mare	—	—
Asoc. de converg. puțin limit.	—	—	—
—	—	—	—
1) De later. spre stg. se face sacadat	—	—	—
2) De converg. anormal OD deviată afară	—	—	—
—	Orizontal cu oscil mici și fragm.	—	—
—	Ușor nystagm orizontal	—	—
—	Orizontal bilat. 1-2'/sec.	—	—
Asoc. de converg. limitat	—	—	—
—	—	—	—
Asoc. de converg. insuf.	Orizontal bilat mai intens OS cu oscil mici, rapide	—	—
Asoc. de converg. nu se fac	—	—	Nedeterminat din cauza stării mintale defectuoase
Asoc. de converg. limitat	Orizontal	—	—
1) De later. incompl	Orizontal + vertical cu oscil mici, rare, ritmice	—	—
2) Converg. limitat OS	Orizontal bilat. mai ales OS, cu oscil. mici, rapide	—	Marginile papilelor neprecise
—	—	—	—
Converg. bilateral limitat	Orizonta: + vertical cu 3-4 mm amplit. 55-50 min	—	—

Nr. curent	Anul	Vârsta	Sexul	Națion.	Simpt. Subiect.	Mișc. palp.	Refl. conj.	Papile
54	1934	15	masc.	rom.	Slăbirea vederii, ceață înaintea och. Diplopie (1 lună)	Ocluzia izol O. D. se face mai greu	-	-
55	"	30	fem.	"	-	-	-	-
+56	"	37	masc.	germ	-	-	-	-
+47	"	29	fem.	evr.	-	-	-	-
58	"	24	"	rom.	-	-	-	-
+59	"	37	"	"	-	-	-	Midriasa. React' leneș la lumină
60	"	14	"	magh.	-	-	-	-
61	"	54	"	evr.	-	-	-	-
62	"	35	"	magh.	-	Ocl. izolate OD nu se face	abolită	-
+63	"	26	masc.	"	Slăb vederii, ceață + scântei color cari mișcă în toate direcț Diplopie	-	-	-
64	"	29	fem.	rom.	Slăbirea vederii, ceață înaintea ochilor	-	dîmin.	-

Examenul perimetric al câmpului vizual.

Câmpul vizual ne poate oferi diferite aspecte:

1. Vom întâlni în aproximativ jumătate a cazurilor un scotom central negativ bilateral, mai rar unilateral cu câmpul vizual periferic liber. În general scotomul nu este absolut și frecvent interesează culorile roșu și verde (ca în scotomele toxice), uneori și pentru galben și albastru. Examinarea trebuie făcută cu obiecte colorate foarte mici sau cu culori nesaturate.

2. Tot destul de frecvent vom putea întâlni defectul câmpului vizual periferic, o strâmtorare periferică a C. V. fără a prezenta scotom central.

3. Combinarea scotomului central cu o strâmtorare concentrică a C. V. este rară. Mai frecvent este întâlnit în leziunile de natură sifilitică.

Mișc. oculare	Nistagmul	Acuit. viz.	Fundul de ochi
" " "	—		1) Ușor edem a polilor papilari mai ales OD 2) Paloarea temp. a papilelor
Converg. ușor limitat	—	—	—
Converg. limitată	Orizontal cu 1-1½ mm. ampl. 50-60 min inconst.	—	—
—	—	OD=¼ OS=¼	Atrofia n. optici in evoluție. Decol. ¼ tempor. amb. papile mai ales OS
Paral. ocul. mot. ext. OS Mișc. lat. spre stg. a OS, in- compl. converg. nu se face	Orizontal 1-3 mm. amplit. 50-60 min.	—	—
Converg. + de lateralit reduse	Orizontal dr, la OD rare cu ampl. mare	OD=¼ SD=¼	1) Ușoară atrofie papil. bilat.
—	Orizontal 1-3 mm. ampl. 50-60/min. intermitent	OD=¼ SD=¼	1) Dispariția atrof. papil. Ușoară atrofie postnevritică bilat.
Converg. abolită OS	Orizontal 3-4 mișc.) pauza- 5-6 sec. -) 3-4 mișcări	OD=1 OS=¼	Coroidită perimaculară
Converg. limitată	Orizontal 3-4 mm. ampl 60-70/min.	—	—
—	Orizontal intern 3-4 mișc.) repaus	OD=¼ _{su} SD=¼ _{ts}	Atrofia n. optici in evoluție

4. Rar scotome inelare uni- sau bilaterale. Foarte rar defecte așa de mari a vederii încât să rămână un câmp vizual excentric și excepțional se întâlnește hemianopsie.

Natural aspectul câmpului vizual poate să varieze foarte mult la același bolnav în raport cu diferitele date ale examinării.

Examenul oftalmoscopic al fundului de ochiu.

Fundul de ochi nu prezintă frecvent leziuni apreciabile lângă turburări vizuale foarte avansate. Astfel, Uthoff găsește în 55% a cazurilor sale ce prezentau turburări vizuale fundul de ochiu de aspect normal. Alteori vom întâlni alterațiunea fundului de ochiu unilaterală lângă turburări vizuale bilaterale. Explicația acestor fapte ne dau leziunile proaspete a nervului optic sau leziunile situate în căile optice superioare.

Uthoff găsește următoarele leziuni ale fundului de ochiu: decolorarea segmentului temporal al papilei în 18%, atrofia optică totală în 3%, atrofia optică parțială incompletă în 19% și în 5% aspectul neuritei optice. Din cazurile studiate din Clinica Neurologică: Decolorarea segmentului temporal 12,2%, decolorarea totală 6%, atrofia optică incompletă 8,1%, neurita optică 2% a cazurilor.

1. *Atrofia optică completă*, papila este complet decolorată, reflexul în loc de roșietic este suriu, limitele papilei de altfel normal, vasele nu prezintă alterațiuni.

2. *Atrofia optică incompletă*, papila în întregime decolorată, mai pronunțat însă în partea externă, pe când partea internă mai prezintă oarecare reflex roșietic normal.

3. *Atrofia optică parțială incompletă* localizată la segmentul temporal și mai ales la $\frac{1}{3}$ inferioară. Este un proces secundar și anume urmarea unei nevrite retrobulbare, adică unei nevrite optice axiale. Sunt afectate fibrele nervoase ce merg dela macula lutea la jumătatea temporală a papilei, de aici fibrele intră în partea centrală a nervului optic și înapoia chiasmei în mijlocul tractului optic și servește vederii centrale.

Stabilirea acestei atrofii a părții temporale este un diagnostic foarte delicat, trebuind să luăm în considerare următoarele fapte: partea temporală a papilei este mai palidă și în condițiuni fiziologice, decât partea nasală. O excavațiune fiziologică mai mare îi dă o aparență și mai palidă. Un conus miopic dă aspectul și mai decolorat al papilei în partea sa temporală, fără să putem vorbi în aceste cazuri de o atrofie parțială. Vom pune diagnosticul atrofiei temporale, numai când decolorarea este până la marginea papilei.

4. *Neurita optică*, cu o papilă mai roșie cu margini spălate și o turbureală peripapilară. Vasele dilatate șerpuitoare, eventual puncte hemoragice. Acest aspect este rar întâlnit, numai în 5% a cazurilor (Uthoff). În unele cazuri, excepționale de altfel, putem găsi o papilă de stază când diagnosticul diferențial de o tumoare cerebrală devine dificil și sunt citate cazuri (Marburg, Engel) în cari s'au procedat la trepanare în urma acestui rezultat oftalmoscopic. Aceasta clasificare este însă foarte schematică, pentru că vom găsi o serie de forme de trecere sau combinațiuni între diferitele tipuri.

Incontestabil tabloul oftalmoscopic cel mai des găsit este

cel al decolorării porțiunii temporale al papilei. De regulă tabloul clinic este cel al nevritei retrobulbare, evoluând cu un prognostic relativ bun. Mai frecvent debutează unilateral și numai mai târziu cu ocazia atacului a boalei generale se îmbolnăvește și al doilea ochiu.

Din cazurile studiate reiese că leziunile bilaterale a F. O. sunt mai frecvente (8%), decât cele unilaterale (20,2%) și anume:

Decolorarea parțială a papilei	unilateral	1 caz	(2%)
	bilateral	5 cazuri	(10,2%)
Decolorarea totală a papilei	unilaterală	1 caz	(2%)
	bilaterală	2 cazuri	(4%)
Atrofia necompletă	unilateral	1 caz	(2%)
	bilateral	3 cazuri	(6,1%)
Neurita optică edematoasă bilaterală		1 caz	(2%)

O aparență contrazicere. În realitate acest rezultat deosebit de cel al majorității autorilor, se explică prin faptul, că bolnavii aceștia sunt internați la clinică într'un stadiu avansat al boalei lor sau poate ar fi o particularitate regională.

TURBURĂRILE DIN PARTEA MUȘCHILOR OCULARI.

Turburările din partea mușchilor oculari ca și cele optice pot fi simptome precoce ale sclerozei în plăci, nici ele nu sunt absolute, ci incomplete și ele prezintă tendința la ameliorări spontane parțiale sau complete, prezintă și ele tendința la recidive. Disparițiunea competentă și definitivă a funcțiunii mușchilor oculari constituie asemenea o raritate.

Leziunile din partea aparatului motor mai des întâlnite sunt: Paraliziile izolate a nervului oculo-motor comun și a nervului oculo-motor extern. Aceste paralizii izolate trebuie să fie foarte frecvente, mai frecvente decât se constată cu ocazia examinării, căci figurează diplopia cel puțin în $\frac{1}{3}$ din cazuri în anamneza bolnavilor. Aceste paralizii au însă un caracter fugaceu.

Paraliziile asociate frecvente în encefalită epidemică sunt excepționale în scleroza în plăci. (Marquézy).

Din cazurile Clinicei Neurologice din Cluj au prezentat din 58 cazuri:

ALTERAȚIUNI PUPILARE.

1. Alterația mișcărilor de convergență in 26 cazuri (44,8%).
2. Alterația mișcărilor de lateralitate in 9 cazuri (15,5%).
3. Paralizia nervului oculo-motor extern 1 caz (1,7%).

Alterațiuni pupilare sunt foarte rare față de celelalte manifestări oculare din scleroza în plăci. Din cele 58 cazuri ce au prezentat oarecari manifestări oculare, 12 au prezentat alterațiuni pupilare (20,6%).

1. Sindromul lui Argyl-Robertson 1 caz (1,7%).
2. Inegalitatea pupilară in 3 cazuri (5,1%).
3. Mioză 1 caz.
4. Midriază in 2 cazuri.

După Parinaud ar avea deosebită importanță diagnostică mioza cu reflex fotomotor exagerat, ceea ce însă nu am putut constata în nici unul din cazurile studiate. În majoritate pupilele sunt în dilatație mijlocie.

NISTAGMUL.

Nistagmul, joacă un rol esențial prin frecvența lui 41 din cazurile studiate au prezentat (70,6%), în mare majoritate a cazurilor orizontal 34 cazuri (82,9%), rar combinat orizontal și vertical 5 cazuri (12,1%) și mai rar vertical 2 cazuri (4,8%). Nistagmul apare în general numai în pozițiile extreme la privirea laterală. Importanța diagnostică când e izolat nu reprezintă putându-se întâlni în multe alte boli nervoase și chiar ocazional la oameni sănătoși. Patogenia nistagmului este discutată. Oscilațiunile nistagmice nete și ritmice fiind de origină vestibulară, secusele nistagmiforme nu sunt precizate încă. Unii caută un raport între nistagmusul și paraliziiile mușchilor oculo-motori, însă nu sunt totdeauna asociate de paralizii musculare. După Marquézy ar putea fi vorba despre o turburare în tonusul muscular prin atingerea căilor cerebeloase. Uneori inclinarea laterală a capului poate să exagereze nistagmusul ochiului din partea opusă.

DIAGNOSTICUL MANIFESTAȚIUNILOR OCULARE ALE SCLEROZEI ÎN PLĂCI.

Nevrita retrobulbară din scleroza în plăci va trebui diferențiată de:

Ambliopia toxică (alcool, nicotină) prezintă scotom central cu turburare vizuală relativă la acest nivel ca și în scleroza în plăci, însă ambliopia toxică este aproape constant bilaterală, pe când în scleroza în plăci în aproximativ 50% a cazurilor ambliopia este la început unilaterală. Debutul mai brusc, evoluția mai rapidă a simptomelor morbide, tendința la ameliorări spontane caracterizează leziunea de natură sclerozei în plăci. După majoritatea autorilor confuziunea s'ar face ușor cu ambliopia plumbică.

Atrofia tabetică a nervului optic. În tabes foarte rar e păstrat câmpul vizual periferic lângă o pierdere a celui central. Debutul este insidios. Atrofia unilaterală și incompletă este foarte rară, amauroza completă și definitivă este regula. În scleroza în plăci: debut brusc, frecvent leziunea unilaterală, ameliorările apar și spontan, nu dă aproape niciodată amauroză completă și bilaterală. La tabes turburările vizuale sunt asociate totdeauna de alterațiuni a fundului de ochiu, în timp ce la scleroza în plăci des găsim turburări vizuale însemnate, fără un tablou oftalmoscopic corespunzător. Reflexele osteo-tendinoase abolite în tabes sunt exagerate în scleroza în plăci. Sifilisul în perioada în care dă turburări oculare totdeauna se manifestă și prin reacțiune biologică pozitivă în sânge sau în liquor.

Turburările vizuale din mielita acută. Debutează cu turburări vizuale fără tablou oftalmoscopic anormal. Paralizia spinală are decurs acut și evoluția gravă cu paralizii spinale. Uneori însă o scleroză în plăci poate realiza tabloul clinic al unei mielite transverse.

Papila de stază dă dificultăți în diagnostic cu *tumoara cerebrală*.

Ambliopia funcțională histerică. Câmpul vizual este alterat periferic fără alterațiuni a fundului de ochiu. Vom lua în considerare celelalte manifestațiuni. O îngustare periferică așa de regulată în scleroza în plăci nu survine niciodată în câmpul vizual ca în histerie.

Neurita retrobulbară în urma sinusitelor posterioare este

după cercetările mai noi mai rară decât se credea pe vremuri. În timp ce Uthoff o găsește în 5% a cazurilor de neurită retrobulbară, Onodi, Schmiegelow, Wertheim, Marquézy o constată ca raritate. Beck din 91 empieme a sinusurilor a avut o singură neurită retrobulbară. Este mai mult unilaterală, se va exclude prin examinarea amănunțită a sinusurilor.

Paraliziile oculare trebuiesc diferențiate de cele tabetice. În scleroza în plăci ele sunt asociate în general de nistagmus, ceea ce nu se constată în tabes.

Ca încheiere spune Langenbeck: „Dacă ni se prezintă o neurită retrobulbară fără o intoxicațiune exogenă, verosimilitatea este de 30—40%, că aceasta suferință constituie un semn precoce al sclerozei în plăci.

Eliminând formele cronice idiopatice hereditare, sifilisul și diabetul, afecțiunea sinurilor posterioare, procese orbiculare, starea de menstruație, graviditate, lactație, precum și o hemoragie mare și bruscă, atunci verosimilitatea sclerozei în plăci crește la 75%. Dacă neurita retrobulbară se asociază cu nistagmus, ochiul al doilea se îmbolnăvește tardiv după primul, asistăm la apariția de recidive, se observă pareze a mușchilor oculari în special sub aspectul paraliziei asociației și semnul lui Uthoff: accentuarea turburărilor de vedere prin efort fizic, vom găsi numai două din aceste semne înșirate că asociază neurita retrobulbară vom fi îndreptățiți să punem diagnosticul unei scleroze în plăci, care se va manifesta neurologic numai cu ani în urmă”.

CONCLUZIUNI.

1. Turburările oculare sunt foarte frecvent întâlnite în scleroza în plăci și constituie semne caracteristice.

2. Prin apariția precoce a manifestațiilor oculare din scleroza în plăci, de multe ori oftalmologul este chemat să descopere afecțiunea.

3. În formele cu debut ocular turburările oculare constituie multe ori timp de 15—20 de ani singurele semne manifeste ale sclerozei în plăci.

4. Nistagmusul este turburarea oculară cea mai des întâlnită (70,6%) însă puțin caracteristică. Nistagmusul este în majoritatea cazurilor orizontal, rar vertical sau combinat.

5. Manifestațiunea oculară cea mai caracteristică este nevrita retrobulbară, care se exprimă perimetric prin scotom central relativ și oftalmoscopic, prin decolorarea părții inferioare a segmentului temporal a papilei. Aceste leziuni oculare debutează unilateral, într'un stadiu avansat a boalei ele devin bilaterale.

6. Turburările vizuale survin și fără leziuni corespunzătoare ale F. O.

Văzută și bună de imprimat,

Decan:
ss. Prof. Dr. MICHAIL.

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. MICHAIL.

BIBLIOGRAFIE.

1. *Graefe-Saemisch*: Handbuch der Augenheilkunde. 2. Auflage, XI. B. 2. Abt. A.
2. *Doc. P. Vancea*: Tulburările oculare în scleroza în plăci. Clujul Medical No. 10 (1934).
3. *Kraus-Brugsch*: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten, IX. B. I. Hälfte (1921).
4. *A. von Domarus*: Grundriss der Inneren Medizin. (1928).
5. *L. Heine*: Die Krankheiten des Auges in Zusammenhang mit der inneren Medizin und Kinderheilkunde. (1921).
6. *Robert Marquézy*: Contribution à l'étude clinique, biologique, étiologique et expérimentale de la sclérose en plaques. Thèse. Paris, 1924.
7. *G. Guillain*: Études neurologique. Vol. II.
8. *Lagrange-Valude*: Encyclopedie française d'Ophtalmologie.
9. *Velter*: Des lésions des voies optiques et de l'appareil oculomoteur de la sclérose en plaque. Thèse, Paris, 1912.
10. *Minea I.*: Sur quelques réactions des axones dans la sclérose en plaques. C. R. de la Soc. de Biologie, T. XCVIII. 1928, p. 1474.
11. *Behr C.*: Zur Entstehung der multiplen Sklerose. Münch. Med. Wochenschr. 1924, I, 663.
12. *Uthoff*: Untersuchungen über die bei der multiplen Hand-sklerose vorkommenden Augenstörungen. Arch. für Psychiatr. 21, 55, 303, 1890.
13. Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie. Vol. IX. (1931).
14. *Grenouw*: Beziehungen der Allgemeinleiden zum Auge.
15. *Gaudissart*: Paralysie de mouvement de latéralité des yeux et nystagme dissocié dans la sclérose en plaques. (Arch. d'Opht.).
16. *Langenbeck*: Graefes Archiv f. Ophtalmologie. Bd. 87. S. 278.
17. *Willbrand-Saenger*: Die Neurologie des Auges.
18. *Willbrand-Behr*: Die Neurologie des Auges in ihrem heutigen Stande.
19. *Lapersonne et Cantomet*: Manuel de neurologie oculaire. 1923, p. 230.
20. Zeitschrift für Augenheilkunde, No. 1—2, vol. XLIV.
21. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 2. Sem. 1925.