

MANIFESTĂRI OCULARE IN PATOLOGIA NERVOASĂ (STUDIU STATISTIC)



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE ____ Iunie 1935

V. DE

NICULAE POPESCU

CLUJ
TIPOGRAFIA „CARTEA ROMÂNEASCĂ”
1935

MANIFESTĂRI OCULARE IN PATOLOGIA NERVOASĂ (STUDIU STATISTIC)

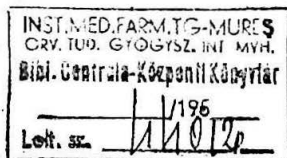


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE IUNIE 1935

DE

NICULAE POPESCU

23 MAY 2005



CLUJ
TIPOGRAFIA „CARTEA ROMĂNEASCĂ”
1935

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAİL

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. ALEMAN I.
Microbiologia	” ” BARONI V.
Istoria Medicinii	” ” 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

{	” ” ”	I. MINEA
	” ” ”	A. POP
	” ” ”	V. BOLOGA
	” ” ”	GH. BUZOIANU

Supleant : DOCENT Dr. GAVRIŁA

Inchin această lucrare

memoriei mamei mele
pe care am iubit-o atât de mult.



Scumpului meu tată
toată dragostea și cele mai frumoase
mulțumiri pentru sacrificiile făcute cu
mine în timpul studiilor și pentru
iubirea ce mi-a arătat-o totdeauna.

Fraților și surorilor mele
dragoste neabătută de frate.
Pentru Any, Gostel, Gostică, Lisandru
toată afecțiunea și atenția mea.

Dlui Prof. D. Michail

Omagii de respect și recunoștință pentru bună voința pe care mi-a arătat-o în totdeauna, pentru îndrumările acordate la alcătuirea acestei lucrări și onoarea distinsă ce-mi face primind presidenția tezei mele.

On. Juriu de promoții
respectuoase mulțumiri.



Dlui Dr. Diaciov cele mai sincere și calde mulțumiri pentru sprijinul moral și material pe care mi-l-a dat și căruia îi voi păstra întotdeauna toată considerațiunea mea.

Dlui Dr. Munteanu multe mulțumiri pentru bună voința pe care mi-a arătat-o totdeauna.

Nu pot trece mai departe fără să nu mulțumesc și pe această cale Dlui Inspector Dr. Barișiu pentru ajutorul ce a bine voit a mi-l acorda.

Pentru Giță, Ghiță, Mitică și Bonciu voi păstra întotdeauna aceeași prietenie neștirbită pe care am avut-o și până acum.

INTRODUCERE.

Intotdeauna lumea medicală a căutat ca în cercetările științifice pe care și le-a propus și care sunt mereu frământate, să afle corelațiunea care există între variatele afecțiuni ce aparțin diferitelor specialități și aceasta pentru a-și da seama cât mai bine de boalele la care este chemată a se pronunța. A vorbi de un separatism absolut pe teren medical, este imposibil, căci există așa de strânse legături între toate specialitățile, încât nu putem concepe punerea unui diagnostic bun și precis, sau aproape de adevăr, decât atunci când am ținut seamă, de toate aceste legături. Așa că împărțirea câmpului medical, în diferite specialități, nu are un cadru cu limite precise, care să delimiteze pentru medic întinderea activității sale pe teren medical. A ne referi numai la o singură specialitate, ar însemna să ajungem la un rezultat incomplet, sau de multe ori nul, ori dezastruos pentru bolnav.

Boala intrată odată în organism, ea nu se va mărgini numai asupra unui singur organ, ci va cuprinde mai multe organe, sau organismul întreg. De aceea este foarte important atât pentru diagnostic, prognostic și tratament, cunoașterea cât mai largă a legăturilor ce există între toate specialitățile medicale. După cum toate organele corpului conlucrează în vederea unui singur scop, tot așa și ramurile medicale, trebuie să meargă mână în mână pentru aflarea cât mai exactă a diagnosticului boalei de care suferă individul — și deci alinarea suferinței.

Corelațiunea între diferite ramuri medicale nu este numai în locurile de contact, ci ea merge mai departe, fiind uneori imposibil de a spune la care specialitate aparține o afecțiune oarecare.

Această legătură de interdependență o evidențiază din ce în ce mai mult, chiar evoluția cunoștiințelor medicale dezvoltată, pe legătura și colaborarea între clinici.

Eu în această lucrare pe care o prezint, mă voi limita numai la a arăta legătura dintre Clinica Oftalmologică și Clinica Neurologică, folosindu-mă de o cercetare statistică, — lăsând astfel la o parte câmpul de activitate dintre celelalte specialități. Această legătură dintre Clinica Oftalmologică și Clinica Neurologică a fost cunoscută de multă vreme, însă Dl. Prof. Michail care dă toată importanța acestei chestiuni, sugeând mai multe lucrări în acest gen, a găsit necesar că aceste lucruri să fie studiate la facultatea noastră de medicină a Clujului, care prin legătură dintre clinicile noastre de aici, ar putea crea un aspect propriu centrului medical universitar din Cluj —, prin poziția pe care o ocupă ca cetate medicală și în al doilea rând reliefează și mai mult necesitatea legăturii și importanța ei practică.

Scopul pe care mi-l'am propus în această lucrare, este de a arăta strânsa și importanta legătură care există între aceste două clinici bazându-mă pe o cercetare statistică, care se va referi la toate cazurile din ultimii 8 ani, pe care Clinica Neurologică a găsit de cuviință că trebuie să fie trimise spre examinare, Clinicii Oftalmologice, neavând însă pretenția, că această lucrare va putea să prezinte întreaga legătură ce poate fi între aceste clinici. Totuși se va vedea în cursul expunerii mele, cât de mare importanță are examenul oftalmologic în afecțiunile neurologice, care de cele mai multe ori este singurul, ce poate da o clarificare în punerea diagnosticului neurologic.

Afecțiunile neurologice foarte des evoluează simultan cu afecțiuni oculare, care pot să fie chiar premergătoare afecțiunii sistemului nervos central, putând astfel să ne dăm seama de influența pe care o vor avea asupra aparatului vizual.

Mă voi conduce în cursul lucrării de o anumită împărțire, pe care o voi face pentru a evidenția și mai mult această legătură dintre ce'e două clinici. Voiu grupa materialul după diferite boli, arătând pentru fiecare din ele leziunile oculare corespunzătoare, la caz că acestea sunt, și ce rezultate se desprind din faptele clinice mai importante, analizând în acelaș timp, fiecare boală și reliefând datele oftalmologice ce se desprind din ele.

II.

CLASIFICAREA MATERIALULUI CLINIC.

Cazurile pe cari le voi prezenta, sunt toți bolnavi care au fost trimiși de Clinica Neurologică spre examinare la Clinica Oftalmologică, în perioada de timp dela 1 Ianuarie 1928, până la 30 Mai 1935, cuprinzând 254 cazuri. Pentru adunarea acestor cazuri am folosit condicile de consultații, foile de observații corespunzătoare bolnavilor din Clinica Neurologică, precum și registrele de intrare și ieșire a clinicelor respective.

La fiecare caz voi arăta diagnosticul sigur sau probabil al Clinicei Neurologice și rezultatul examenului oftalmologic; iar acolo unde e nevoie de explicații mai detaliate, le voi arăta în considerațiile tratate la grupa afecțiunilor neurologice respective.

Aceste cazuri le-am împărțit pe grupe de afecțiuni, arătând la fiecare grupă, manifestările oculare pe care le-au prezentat.

Cazurile studiate pot fi grupate în mod schematic în modul următor:

1. Afecții sifilitice	70 cazuri	{	a) Tabes	53 cazuri
			b) Sifilis cerebr.	7 "
			c) P. g.	5 "
			d) Tabo-paral.	5 "
2. Scleroză în plăci	58 cazuri			
3. Tumori	20 cazuri	{	a) Tum. cerebr.	12 cazuri
			b) " nelocalizate	2 "
			c) " hipofizare	2 "
			d) " frontale	1 caz
			e) " ponto-cereb.	1 "
			f) " a șelei turc.	1 "
			g) " a cozei de cal	1 "

4. Tulb. n. funcț.	13 cazuri	10. B. lui Friedreich	3 caz.
5. Epilepsii	12 „	11. Isterie	3 „
6. Neurastenii	8 „	12. Choree	3 „
7. Cefalei	8 „	13. Sindrom cerebelos	2 „
8. Hemiplegii	7 „	14. Afect. ale gl. endocr	2 „
9. Afect. encefalitice	6 „	15. Diverse	39 „

Această împărțire este arbitrară, căci multe din aceste afecțiuni prezentau mai multe afecțiuni organice; am ținut însă seamă la clasificarea lor de afecțiunea dominantă.

Voiu trece acum la diferite grupe de afecțiuni, în parte arătând considerațiile și conculziile pe care ni-le impune realitatea faptelor.

1. AFECȚIUNILE SIFILITICE.

Cazurile cu afecțiuni sifilitice care au fost trimise pentru examenul oftalmologic, sunt în număr de 70. Aceste cazuri le putem împărți în 7 subgrupe după cum urmează:

1. Tabes	53 cazuri
2. Paralizie gen.	5 „
3. Tabo-paral.	2 „
4. Sifilis cereb.	7 „
5. Paraplegie sifilitică	1 caz
6. Neuro-labirintită sifilitică	1 „
7. Hemiplegie dr.	1 „

Din aceste 70 cazuri au prezentat manifestări oculare 60. Deci afecțiunile sifilitice prezintă manifestări oculare într'un procent destul de însemnat (85%).

Voiu da mai jos manifestările oculare ce au însoțit afecțiunile sifilitice la acești bolnavi:

1. Atrofia n. optic	33 cazuri
2. Nevrită optică	4 „
3. Coroidită peripapilară	4 „
4. Tulb. de motilitate oculară	6 „
5. Tulbur. pupilare	7 „
6. Hipertens. arter. retiniană	2 „
7. Pterigion	1 „
8. Miopie	2 „

9. Leucom cornean	1	„
10. Sinechii iriene și cataractă	1	„
11. Nimic	20	„

Vom vedea mai jos tabloul celor 60 cazuri, care sunt divizate în subgrupe, după cum am arătat mai sus.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Deheleanu Gh.	Crize gastrice tabetice	Normal.
2	Onuț J.	Tabes dorsal	Paral. dr. ext., pareză part. m. oc. c. A. O.
3	Sebișan C.	Atrof. optică tabetică	Atrof. opt. post-nevritică
4	Rusu I.	Tabes ?	Paral. dr. ext.
5	Farcas A.	Tabes incip. cu atrof. opt.	Atrof. n. opt. A. O.
6	Ana B.	Tabes dorsal	„ „ „ „ „
7	Marcu Gh.	Atrof. opt. tabetică	„ „ „ „ „
8	Valeni M.	Tabes dorsal	Coroidită peripapilară, atrofie temporală papilară, pareză a dr. ext. stg., pterigion int.
9	Condor C.	Tabes dorsal	Pupile nereg. O. D., Reflx. fotomotor dispărut la O. D., redus la O. S.
10	Junian A.	Atrof. opt. tabet.	Atrof. simplă tab. bilat. a n. optici.
11	Boariu C.	Tab. cu crize gastrice	Pupile inegale, Midriază paralit. O. D.
12	Sfârlea G.	Atrofie opt. tab.	Atrof. totală post-nevritică a n. optici
13	Câmpianu T.	„ „ „	Atrof. opt. tab., pupile imobile, paral. m. o. c. O. S.
14	Dănoiu I.	„ „ „	Atrof. n. opt. A. O.
15	Moldovan G.	„ „ „	Nevrită optică.
16	Ganea V.	„ „ „	Atrof. n. opt., pup. inegale, nereg., reflexe pup. abolite, limit. mișc. glob. ocul. orizontal
17	Mureșan M.	„ „ „	Atrof. n. opt.
18	Rădoi D.	Tabes dorsal	Nevrită opt. bilat.
19	Jelea J.	Atrofie opt. tab.	Atrof. n. opt. A. O.
20	Meri P.	Tabes dorsal	C. V. strâmtat, papile mai albe și cu aspect atrofice

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
21	Seleşan M.	Tabes dorsal	Papil. cu margini ușor difuze
22	Vilan C.	Atrof. opt. tab.	Atrof. albă a n. opt.
23	Râmniceanu G.	" " "	Atrof. n. opt. A. O., scotom cent.
24	Vârva G.	" " "	Atrof. n. opt.
25	Mihaiu G.	Tab. dors.	" " "
26	Dobrovski B.	Tab. incip. cu crize gastrice	Inegal pupil.
27	Molnar S.	Tabes	Atrof. albă tab. a. n. optici A. O.
28	Sibeașan M.	"	Atrof. opt. incip.
29	Nilvestan F.	Tab. cu artrop. multiple	Atrof. opt. bilat.
30	Hudula P.	Tabes	C. V. Strâmtat temp.
31	Saveta P.	Tab. dors.	Atrof. opt. incip. A. O.
32	Teodorucu N.	Atrof. opt. tab.	Atrof. post. nevrit.
33	Biris G.	Tabes	Atrof. n. opt.
34	Petre S.	Neuro-tabes	" " " A. O.
35	Laco R.	Tab. cu paral. m. o. c.	Ptoză totală O. D.
36	Tarnita J.	Atrof. opt. tab. bilat.	Atrof. simplă a. n. opt.
37	Dobosi S.	Tabes dorsal	Reflexul con. abolit.
38	Katz I.	Tabes	Atrof. tab., pupil. neg.
39	Bârbuș P.	Tabes	" opt. " "
40	Luca V.	"	Papilită albă cu aspect atrof. O. S. și coroidită peripapilară.
41	Tușor A.	"	Atrofie n. opt. cu coroidită peripapilară.
42	Grunuui N.	"	Aspect de papilită.
43	Bura G.	"	Atrof. n. opt.
44	Tonea I.	Tab. dors. paral. m. o. c.	Rigiditate pupil. bilat.
45	Caldart C.	Atrof. opt. tab. bilat.	Atrof. opt. A. O.
46	Cristea T.	" " " "	Atrof. opt. A. O. cu perivascularită retriniană
47	Boian Gh.	" " " "	Atrof. opt. bilat.
48	Diac P.	Tabo-paral.	Coroidită peripapil. atrof. Lipsa mișcării de convergență.
49	Tomșa T.	Tabo-paral. cu atrof. opt.	Atrof. optică.
50	Gassner N.	P. G.	Normal.
51	Ogmerean I.	" "	Nevrită opt. bilat. cu focare de coroid. perifer. atrof.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
52	Marcu I.	P. G.	Normal
53	Jiman I.	Sifilis cereb.	Edem papilar bilat., hipertens. art. ret.
54	Molnar A.	" "	Miopie
55	Schneider A.	" "	"
56	Silberstein E.	" + tabes	Leucom cornean
57	Burner L.	Mening. cr. sifil.	Hipertens art. ret.
58	Stevan D.	Atrof. opt. sifil.	Atrof. n. opt. A. O.
59	Aron I.	" " "	" " " " "
60	Caroly P.	Paraplegie specif.	Sinechii iriene post. întinse cu cataractă pat. O. S.

Din acest tablou reiese că au fost 47 cazuri de tabes care au prezentat leziuni oculare, din totalul de 53, ceea ce face un procent de 88%, iar dintre leziunile oculare mai frecvente la aceste cazuri au fost:

1. Atrof. optică 27 cazuri, deci un procent de 57%
2. Nevrită optică 2 " " 3%
3. Coroidită . 1 caz " " 2%
4. Tulbur. pupilare 7 cazuri, " " " 14%
5. Paral. m. o. c. 2 " " " 3%

Paralizii gen. au fost 5 cazuri din 60 cazuri cu manifestări oculare. Din acestea 3 au prezentat leziuni oculare și anume: nevrită, coroidită, și atrofie.

Cazurile cu sifilis cerebral au fost 7 din 60, iar leziunile mai frecvente au fost: Edemul pap. cu hipertens, art. ret. (1), atrof. n. opt. (2), hipertens. art. ret. (1), defecte de refracție (2), leucom (1). De paraplegie a fost un caz din 60. Restul din cazuri nu au prezentat nimic ocular.

După ce am văzut acest tablou, voi căuta în câteva cuvinte, să fac o privire generală asupra leziunilor oculare în afecțiunile mai importante sifilitice.

Multă vreme s'a crezut, că afecț. sifilitice dau mai mult atrofie primitivă a papilei nervului optic; azi se admite și procese de nevrită optică. Atrof. optică primitivă apare în tabes și este progresivă. O atrofie neinflamatorie care apare primitiv la adulți

mai ales bilat. e suspectă de tabes și paral. gen. Când atrofia primitivă e însoțită de rigiditate pupilară și anizocorie, diagnosticul de atrofie tabetică e cert.

Unii susțin că procesul tabetic ar începe în retină, alți (Ingersheimer) în segmentul orbital, cranial al nerv. optic.

Procesul degenerativ începe totdeauna într'o zonă periferică a nerv. optic. Fasc. papilo-macular nu e atins primitiv și lipsa scotomului central în tabesul incipient pledează pentru această părere.

Pierre Marie și Leri dau un rol important leziunilor inflamatorii perivasculare și meningeae. Ei consideră că leziunea inițială a amaurozei tabetice, e o nevrită interstițială, ce s'ar prezenta ca o neoformațiune intensă a vaselor și a țesutului conjunctiv, care se întâlnește în special în cazurile de taboparalizie.

Din constatările de mai sus rezultă că alterațiunile ating toate elementele componente ale nervului optic: cilindraxi, mielină, nevroglie, scheletul conjunctivo-vascular, tecile meningeae. Aceste procese predomină în reg. bulbulară.

Ceeace ar mai veni în discuție la tabes este, felul procesului tabetic spinal și leziunile primitive de atrofie ale nervului optic. La cel spinal am avea o infiltrație de tip histogen prin fibroblaste și cel. mezoteliale, iar la cel optic tabetic ar fi o infiltrație meningo-vasculară, de tip limfoplasmocitar. Ca și la măduvă elem. originare ale n. optic, nu sunt primitiv lezate. Nu e o alterație primitivă a retinei și nu s'a relevat o infiltrație celulară specifică în afară de teaca durală. Cum se poate concilia atunci datele acestea cu atrof. opt. tabetică? Pierre Marie dă importanță leziunilor meningeae. Spielmayer a arătat că sunt aceste leziuni și la cei cu A. V. norm. Deci ele nu explică nici atrofia n. și nici turb. de vedere. Leziunea nervoasă poate evolua independent de orice proces meningial. De altfel spirocheți nu au fost nici odată semnalății în fibr. nerv. ci în învelișurile nerv. sau în jurul vaselor. Pe de altă parte se știe că în P. G. e o adevărată cultură de spirocheți, atrofia totuși e rară. Oricum s'ar prezenta, problema, nu trebuie uitat că în atrof. optică tab. avem un dublu proces: inflamatoriu la nivelul tecilor și vaselor nervilor și degenerativ în tes-nervos însuși. Caracterul leziunilor anatomo-pat., explică fără îndoială multe puncte din aspectul clinic al afecțiunii, dar cauza profundă a tabesului și complicațiile sale optice este încă de descoperit.

În sifilisul cerebral mai putem găsi staza papilară care apare de regulă în meningite bazilare. Ea e însoțită deseori de paral. m. o. ext. sau hemiplegii datorite alterațiilor pedunculare și protuberanțiale. Barach a observat staza papil. în perioada sec a sifilisului.

2. SCLEROZĂ ÎN PLĂCI.

Cazurile cu diagnosticul sigur sau probabil de scleroză în plăci, care au fost trimise de Clinica Neurologică pentru a fi examinate din punct de vedere ocular, la Clinica Oftalmologică, au fost în număr de 58. Dintre acestea 22 nu au prezentat nici o leziune oculară, iar din restul de 36 cazuri 3 nu au legătură cu scleroza în plăci, fiind: 2 turburări de refracție și 1 cu conjunctivită exematoasă. Deci din 58 cazuri 32 cazuri de scleroză în plăci au fost însoțite de leziuni oculare, care după toate probabilitățile par a fi în legătură cu această boală.

Manifestațiunile oculare care au însoțit această boală le putem enumăra în modul următor:

1. Paliditatea bitemporală a papilei 7 cazuri
2. Nistagm 6 „
3. Nevrită optică 7 „
4. Atrofie optică 9 „
5. Coroidită 2 „
6. Tulbr. de motilitate oculară 2 „
7. Turburări de refracție 2 „
8. Conjunctivită exematoasă 1 caz
9. Nimic 22 cazuri

Iată tabloul celor 36 cazuri de scleroză în plăci însoțite de leziuni oculare, cu care se găsesc în legătură probabilă de cauzalitate.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Szabo A.	Scleroză în plăci	Atrof. opt. incipientă A. O., hipertens art. ret.
2	Spumă D.	Scleroză în plăci cu hemiplegie stg.	Nevrită optică bilaterală
3	Hidrich I.	Scleroză în plăci	Nevrită optică bilaterală hipertens art. ret

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinice Neurologice	Rezultatul examenului oftalmologic
4	Váradi M.	Scleroză în plăci	Atrof. incip. cu coroidita peripap. bilat.
5	Carola N.	" " "	Uşoare fenom. de nevrită opt. edematoasă
6	Tămăşan T.	" " "	Atrof. opt. post. nevrit.
7	Nagy R.	" " "	Perivasculită retiniană la A. O.
8	Stefania I.	" " "	Coroidită peripap. A. O.
9	Pop. C.	" " "	Atrof. opt. post. nevrit.
10	Szappanos S.	" " "	Atrof. n. optici înaintată O. S. şi incip. O. D.
11	Petruţ P.	" " "	Atrof. temp. a papil, diplopie, nistagm, hipertens. art. ret.
12	Göbel M.	" " "	Atrof. n. opt., hipotens. art. ret.
13	Glück M.	" " "	Atrof. opt. post. nevrit. bilat.
14	Pompeiu D.	" " "	Uşoară nevrită optică bilat.
15	Colihaba V.	" " "	Insuficienţa convergenţei, Diplopie, inegalit. pupil.
16	Diter L.	" " "	Pap. dr. deform, C. V = strâmtat sup.
17	Kimak E.	" " "	Nimic.
18	Szabo I.	" " "	"
19	Hodiş A.	" " "	Atrofie a ½ temp. a papilelor.
20	Pop R.	" " "	Nimic.
21	Bot A.	Scleroză în plăci, paral. specif.	Nevrită optică incipientă
22	V. Pop.	Scleroză în plăci	Hipertens. art. ret.
23	Varga I.	" " "	Miopie.
24	Popescu M.	" " "	Conj. exemat.
25	Kis I.	" " "	Atrof. n. optici.
26	Berger A.	" " "	Coroidită peri-maculară
27	Tibor I.	" " "	Atrof. n. opt. bilat., Paral. m. o. ext. stg.
28	Halasi R.	" " "	Paloarea reg. temp. a papilei
29	Loza D.	" " "	Nistagm orizontal
30	Vara Z.	" " "	Paliditatea ½ temp. a papilei A. O., coroidită peripapilară C. S.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinice Neurologice	Rezultatul examenului oftalmologic
31	Sgaverda A.	Scleroză în plăci	Scotom hemianopsic dr. A. O.
32	Stăncel I.	" " "	C. V. ușor strâmtat sup. și concentric
33	Jacob H.	" " "	C. V. ușor strâmtat sup. și inf.
34	Nagy G.	Scleroză în plăci și sind. vestib.	Atrof. post-nevritică bi- temp. a papilelor A. O.
35	Cornel C.	Scleroză în plăci	Nevrită optică bilat.
36	Aplozan M.	" " "	Paloarea ½ temp. a pa- pilelor A. O.

Din statistica de mai sus se vede că în majoritatea cazurilor de scleroză în plăci, e interesat nervul optic. Manifestările oculare precedează uneori apariția celorlalte simptome cu 7—13 ani, ba s'au citat cazuri când simptomele oculare au apărut înainte cu 19—21 ani. Așa că examenul oftalmologic a căpătat în timpul din urmă, o importanță foarte mare și un bolnav suspect de scleroză în plăci, nu se consideră terminat cu examinarea până ce nu i-am făcut și examenul oftalmoscopic. Leziunea oculară quasi tipică pentru scleroză în plăci este paliditatea bitemporală a papilelor nervului optic. (Lagrauge și Morquezy). Se produc adesea ambliopii sau amauroze subite, care uneori constituie un mod de debut al sclerozei în plăci, fiind de obicei trecătoare. Se mai constată nistagm, a cărui mecanism încă azi nu e suficient elucidat, fiind un simptom foarte frecvent și de mare valoare; e deseori orizontal sau rotatoriu; uneori găsim o combinație de nistagm orizontal și vertical. Bine înțeles că trebuie să eliminăm în asemenea cazuri, nistagmul congenital și cel ce ține de o afecțiune a urechei. Triesner insistă asupra mișcărilor conjugate ale ochilor în nistagmul provocat.

Din statistică reese că 5 cazuri au prezentat acest simptom. Am avea deci o procentualitate 15%. După unii autori însă nistagmul în scleroza în plăci ar fi de 60—70%.

Leziunile nervului optic se găsesc în majoritatea cazurilor și examenul oftalmoscopic este foarte important mai ales în cazuri

rile incipiente. S'a observat că nevrita optică a precedat cu mulți ani înainte apariția celorlalte simptome de scleroză în plăci. Astfel examenul oftalmoscopic a arătat o atrofie parțială cu o paliditate a papilei în regiunea temporală și mai rar interesată în întregime, și foarte rar atrofie completă. În general atrofia papilară e inegal repartizată, în diferite părți ale câmpului vizual. Uneori această atrofie interesează numai porțiuni sau fascicule din nervi: atrofii fasciculare. Luându-ne după statistica de mai sus unde am găsit 19 cazuri care au prezentat nevrită și atrofie, reese că avem un procent 32%. Ca urmare a acestor atrofii și nevrite optice, bolnavii pot prezenta tulburări de vedere, observându-se o scădere a vederii, scotom, îngustarea câmpului vizual, câte odată chiar și amauroză. Câte odată amauroza nu e însoțită de alterații papilare, este vorba deci în aceste cazuri de procese retrobulbare.

Parezele sau paraliziiile muschilor oculari nu sunt rare, — de și în statistica de mai sus nu am găsit decât un caz. — Ele constau în pareze parțiale, paralizii parțiale sau asociate. Paraliziiile izolate interesează mai cu seamă motorul ocular extern sau m. oc. c. și atunci constatăm strabism ori diplopie. S'au mai semnalat: paralizia convergenței, anizocorii și hipus pupilar. (Guiloin).

Uneori scleroza în plăci nu se prezintă ocular decât cu o hipertensiune a arterei retiniene pusă în evidență prin metoda lui Baillard. Din cele expuse mai sus se evidențiază că în scleroză în plăci manifestările oculare iau parte însemnată, mai ales prin paliditatea bitemporală a papilelor, nistagm și diplopie. Și pentru ca să arăt și mai mult importanța examenului oftalmoscopic mai ales în cazurile incipiente ale sclerozei în plăci, voi da mai jos un caz la care examenul ocular a fost făcut în mai multe rânduri și în urma căruia diagnosticul neurologic a fost schimbat. Este cazul Alexandru Hodiș de 29 ani care a fost trimis la Clinica Neurologică spre examinare de mai multe ori cu următoarele diagnosticiuri:

Diagn. neur. la 28 Mart. 1929 cu diagnosticul: abces cerebral

„ 5 Apr.	„	„	„	tumooră cerebr.
„ 12 Apr.	„	„	„	tumooră cerebr.
„ 26 Apr.	„	„	„	tumooră cerebr.
„ 29 Mai	„	„	„	scleroză în plăci

Exam. oft. la 28 Mart. diag.		Nevrită optică edematoasă (formă de stază)
La 5 Apr. 1929	"	Nevrită optică edematoasă ceva mai puțin pronunțată, iar vederea e în parte revenită
La 12 Apr. 1929	"	Persistă nevrita cu edemul în regresie
La 26 Apr. 1929	"	Atrofie optică incipientă
La 29 Mai 1929	"	Atrofie optică incipientă în $\frac{1}{4}$ temp.

Așa că în urma examenului oftalmoscopic care a constatat o atrofie optică în jumătatea temp. caracteristică pentru scleroza în plăci, diagnosticul neurologic ultim a fost de scleroză în plăci. Deci prin faptul că manifestările oculare apar cu mult înainte de celelalte simptome, căutarea lor are o importanță foarte mare pentru depistarea cazurilor incipiente de scleroză în plăci.

3. TUMORI.

Din statistică reiese că au fost trimise spre examinare la Clinica Oftalmologică un număr de 20 cazuri. Iar din acestea 19 au prezentat leziuni oculare. Deci manifestările oculare în aceste cazuri prezintă un procent de 95%, așa că importanța examenului oftalmologic în asemenea cazuri este foarte mare, fiind de multe ori decisivă.

După sediul tumorii din punct de vedere topografic, reese următoarea împărțire:

1. Tumori neloc. 2 cazuri	5. Tumori ponto cereb. 1 caz
2. „ cerebr. 12 „	6. „ a șele turcești 1 „
3. „ hipofez. 2 „	7. Compresie unilat. a cozei de cal 1 „
4. „ frontală 1 „	

Manifestările oculare după frecvența lor au fost următoarele:

1. Stază papilară	10 cazuri
2. Nevrită optică	4 „
3. Atrofia nervului optic	3 „
4. Coroidită diseminată	1 „
5. Nistagm	1 „
6. Tulbur. de motilitate ocul.	1 „
7. Glaucom	1 „

Tabloul celor 20 cazuri cu tumori însoțite de leziuni oculare este următorul:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Faltin I.	Tum. ponto-cerebeloasă	Edem papil. bilat.
2	Les I.	" hipofizară	" " "
3	Szakács I.	Neoform intraer.	Coroidită diseminată A. O.
4	Bercovici E.	Tum. cerebr.	Edem papil.
5	Manzarin A.	" " "	Nimic.
6	Jucan A.	" " ?	Nevrită optică, nistagm, diplopie, C.V. straintat
7	Hentea V.	Compres. unilat. a cozei de cal	Ușor aspect edematos peripapilar.
8	Horvath I.	Tum. cerebr.	Stază papil. A. O.
9	Tușman I.	" " ?	Atrofie optică
10	Marcovici M.	" " ?	Nevrită optică edematoasă A. O.
11	Ferențiu V.	Tum. a șelei turcești	Stază papil. bilat.
12	Rusu A.	Tum. cerebr.	Nevrita optică peripap.
13	Savu S.	Neoform intracr.	Stază papil. bilat. hipertens art. ret.
14	Kalmar N.	" " "	Nevrită opt. edematoasă
15	Cont E.	Tum. front. ?	Norm.
16	Câmpeanu I.	Tum. hipofizară	Atrof. n. optici
17	Bărbulescu I.	" cerebr.	Stază papil. cu hemoragiile retiniene.
18	Jacob. I.	" "	Stază papil. bilat.
19	Cosma V.	" "	Stază papil. bilat. cu atrof. ½ temp. a papililor și hemoragii ret. O. S.
20	Runanda G.	Neoform cerebr.	Glaucom cr. simplu O. D. paral. fac. stg. xeroză corneană O. S.

Din studiul acestui tablou se vede că cea mai frecventă leziune oculară e staza papilară, ce se traduce din punct de vedere clinic printr'un edem al papilei nervilor optici cu dilatarea venelor și strâmtarea arterelor și leziuni hemoragice la nivelul discului ipapilar sau în jurul papilei. În cazuri mai înaintate edemul e așa de mare, că proemină în interiorul globului luând aspectul unei flori de crizantemă. Ceeace caracterizează staza papilară în

fazele inițiale ale sindromului, e că evoluează fără turburări vizuale. Când vederea începe să scadă, este momentul să se intervină, pentru a evita o cecitate iremediabilă. Terrien a observat că staza papilară e cu atât mai frecventă, cu cât tumora e localizată mai departe de nervul optic. Astfel tumorile frontale evoluează de regulă fără stază papilară, fiind însoțite în schimb de atrofia n. optici. În cele ale lobului temp. dr. staza pap. apare târziu, la stângul apariția precoce a afaziei lui Wernicke scade din valoare adiagn. a stazei pap. Tumorile lobului occipital însă apar constant cu staza papilară foarte precoce, ca și cele cerebeloase care prezintă o stază papilară cu evol. rapidă. În tum. protuberanței se întâlnește 38%.

Eu acest simptom l-am găsit în 6 cazuri din 20 studiate, ceea ce face un procent de 30%, și de obicei e bilat.

Afară de stază pap. tumorile intra-craniene pot evolua cu nevrită sau atrofie optică. Aceste simptome le-am găsit în 6 cazuri (2 nevrită și 4 atrofie) fiind un procent de 30% (nevrite 10% și atrofie 20%).

Primele semne ale suferinței nervului optic comprimat se traduc prin turburări vizuale trecătoare, care survin la intervale neregulate. Aceasta este epoca când se poate interveni pentru a scăpa de o atrofie sigură.

Mai putem constata edem papilar care începe de obicei nazal sau inferior. Acest simptom l-am găsit în 4 cazuri, ceea ce ar face într'un procent de 20%.

Primele turburări care interesează câmpul vizual consistă, dintr'o strâmtare în partea internă. Ulterior strâmtare concentrică, care trece și asupra punctului de fixație.

Papila devine palidă, diminuează tumefierea ei și marginile ei devin șterse cu toate că venele rămân umflate și sinuase. Sunt ultimele transformări care preced instalarea atrofiei. . .

Staza papilară este datorită hipertens. intracr. care însoțește tum. cerebr. Augmentarea l. c. r. se însoțește de o hidrocefalie ventriculară și în special al celui de al IV-lea. Apeductul lui Sylvius fiind mai mult sau mai puțin obstruat, lichidul stagnează în cel de al 3-lea ventric, maximum de compresiune exercitându-se pe planșeul sau și pe recesurile optice ale chiasmei. Or e ușor de înțeles, că din cauza augmnetărei pasagere a acestui lichid, se produce o compresiune a chiasmei și consecutiv obnubilății vizuale.

4. EPILEPSII.

Au fost trimiși pentru examenul ocular, 12 bolnavi cu manifestări epileptice. Dintre acestea 3 cazuri au prezentat turb. oculare și anume:

1. Edem în $\frac{1}{2}$ nas a papilei	1
2. Nevrită optică	1
3. Astenopie acomodativă	1

Tabloul acestor cazuri este următorul:

Numele	Diagn. neur.	Rezult. oft.
1. Friedman M.	Epilepsie esențială	Edem în $\frac{1}{2}$ nas a papilei
2. Marica I.	Accese epileptice post traum.	Nevrită incipientă
3. Valer A.	Accese epil.	Astenop. acomod. AO.

Avem un procent deci de 25%.

5. SINDROM CEREBELOS.

Au fost 2 cazuri examinate de Clinica Oftalmologică.

1. Rusu V.	cu diagn. neur.	Sindrom cerebelos
" "	oft.	Nevrită optică incipientă, hipotens art. ret.
2. Moisesescu G.	cu diagn. neur.	Sindrom cerebel. post traum.
" "	oft.	Nimic.

6. MALADIA LUI FRIEDREICH.

S'au prezentat la Clinica Oftalmologică 3 cazuri de maladia lui Friedreich, dintre care numai 1 caz a prezentat afecțiune oculară.

Dan G.	cu diagn. neur.	B. lui Friedrich
" "	oft.	Nevrită optică bilat.

7. AFECȚIUNI ALE GLANDELOR ENDOCRINE.

Cazurile examinate cu afecțiuni ale gl. endocrine sunt în număr de 2. Amândouă au avut dig. neurologic de insuficiență ovariană și din punct de vedere oftalmologic, unul nu a prezen-

tat nimic, iar altul a avut sufuziuni sanguine conjunctivale A. O. Aceste cazuri sunt următoarele:

- | | | |
|--------------|--------------|-----------------------|
| 1. Marșan M. | diagn. neur. | Insuficientă ovariană |
| | " oft. | Nimic |
| 2. Nagy M. | " neur. | Insuf. ovar. |
| | " oft. | Sufuziune conj. A. O. |

Fiind cazuri puține de insuf. ovariană, care au fost examinate, nu putem trage concluzii mari asupra acestor turburări. Totuși voiu căuta să arăt în câteva cuvinte, că există turburări și în aceste cazuri. Se notează în aceste cazuri hemoragii subconjunctivale, în cam. ant., corpul vitros și retină. Lagrange a descris un caz de glaucom la ofetiță, iar Trou un caz de cataractă la o fetiță de 9 ani. Se mai pot constata edeme pasagere ale pleoapelor și conjunctivei. Berger și Loewy a atras atenția asupra herpesului conjunctival și palpebral. Landsberg asupra hemoragiilor și acceselor de migrenă oftalmică.

Uneori apariția menstruației, redeșteaptă și accentuează glaucoamele în stare latentă, blefaro. conj., irido-ciclo-coroidite, episclerite. În timpul sarcinei, se poate observa adesea afect. ocul. (retinita gravidică) deslipiri de retină. În legătură cu menopauza s'a constatat o slăbire a vederii, astenopie acomodativă, agravarea miopiei, hemoragii subconj., deslipiri de retină, nevrită edematoase (Dl. Dr. Prof. Michail). Unii autori au mers mai departe afirmând că cataracta senilă, ar putea fi datorită unei disfuncțiuni a glandelor sexuale.

8. ISTERIE.

Dintre cazurile care au avut diagnosticul de isterie și au fost examinate ocular în intervalul de timp dela 1 Ian. 1928—30 Mai 1935, 2 au prezentat defecte de refracție, iar unul cheratită parenchimotoasă care se explică și prin aceia că acel bolnav avea și R. W. +.

Aceste cazuri au fost în număr de 3 și tabloul lor e următorul:

- | | | |
|-------------|--------------|----------------------|
| 1. Frida M. | Diagn. neur. | Isterie. |
| | Rezult. oft. | Cheratită parenchim. |
| 2. Szabo I. | Diagn. neur. | Isterie. |

	oft.	. .	Miopie
3. Belenesi M.	neur.	. .	Isterie
	oft.	. .	Astigm. mixt.

9. AFECȚIUNI CHOREICE.

Bolnavii cu afecțiuni choreice examinați de Clinica Oftalmologică au fost în număr de 3.

Leziunile oculare pe care le-au prezentat acești bolnavi au fost: stază papilară cu hemoragie abundentă peripapilară A. O., și nevrită optică bilat. cu edem în $\frac{1}{2}$ nas, iar la un caz miopie. Tabloul bolnavilor e următorul:

	Diagn. neur.		Diagn. oft.
1. Tipă N.	Choree		Stază papil. cu hemoragie abundentă peripapil.
2. Eliza S.	„		Nevrită optică bilat. cu edem în $\frac{1}{2}$ nas.
3. Fain S.	„ recidiv.		Miopia forte.

Din acest tablou reiese că avem un procent de 66% cu manifestări oculare.

10. TURBURĂRI NERVOASE FUNCȚIONALE.

Au fost trimiși de Clinica Neurologică pentru examenul oftalmologic 13 cazuri, dintre care un număr de 10 au prezentat următoarele manifestări oculare:

1. Afachie post-operatorie	1 caz						
2. Hipermetropie	2 cazuri						
3. Miopie	2 „						
4. Blefaro. conj. exemat.	1 caz						
5. Astigmatism	<table> <tr> <td>mixt</td><td>1 „</td></tr> <tr> <td>miopic</td><td>1 „</td></tr> <tr> <td>hipermetr.</td><td>1 „</td></tr> </table>	mixt	1 „	miopic	1 „	hipermetr.	1 „
mixt	1 „						
miopic	1 „						
hipermetr.	1 „						
6. Blefarită	1 „						

Tabloul celor 10 cazuri care au prezentat turb. n. funcț., însoțite de manifestări oculare este următorul:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Jacob E.	Turb. n. funcț.	Hipermetropie + 5 D.
2	Bruchner M.	" " "	Afachie post operat.
3	Hosu St.	" " "	Miopie.
4	Herbay E.	" " "	Blefaro conj. exematoasă.
5	Hegedüs S.	" " "	Hipermetropie.
6	Ciochina M.	" " "	Astigmatism hipermetropic, ax. inclinat.
7	Covacs M.	" " "	Miopie.
8	Kraft S.	" " "	Astigm. mint. cu ax inclinat.
9	Popovici A.	" " "	Astigm. miopic A. O.
10	Caszi C.	" " "	Blefărită.

Din acest tablou rezultă că 77% din cazurile cu tulbur. funcț. au prezentat manifestări oculare. Au fost mai mult defecte de refracție și un caz de conj. exemat., iar unul de blefarită. În nici un caz nu s'au găsit leziuni ale fundului de ochiu.

11. NEURASTENIA.

Bolnavii care au suferit de neurastenienie și care au fost trimiși de Clinica Neurologică spre examinare la Clinica Oftalmologică, au fost în număr de 8 cazuri. Dintre acestea 6 cazuri au fost însoțite de manifestări oculare, iar 2 cazuri nu au prezentat nimic patologic.

Manifestațiile oculare pe care le-au prezentat acești bolnavi sunt:

1. Coroidită	2 cazuri
2. Nevrită optică	2 „
3. Miopie	1 caz
4. Hipertens. art. ret.	1 „
5. Cataractă	1 „

Tabloul cazurilor examinate este următorul:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Florea I.	Neurastenie	Cataractă incipientă OD.
2	Oancea N.	"	Coroidită peripapilară mai accent. O. S. unde e și maculară
3	Tolvay A.	" specifică	Nevrită opt. bilat.
4	Sutsch S.	"	Edem al marginilor papilare accent. O. S., Reflex. conj. abolit., cornean diminuat.
5	Stroescu P.	"	Miopie.
6	Mircea I.	"	Miopie, hipertens. art. ret.
7	Sima R.	"	Nimic.
8	Ilie B.	"	"

Rezultă din acest tablou că 3 cazuri au fost însoțite de leziuni ale fundului de ochi, 3 au prezentat defecte de refracție, iar un caz de cataractă incipientă care ar fi mai mult în legătură cu vârsta bolnavului, fiind o cataractă senilă.

12. AFECȚIUNI ENCEFALITICE.

Au fost trimiși de Clinica Neurologică pentru exam. oftalm. 6 cazuri cu turb. nervoase, survenite în urma encefalitei. Dintre acestea 4 au avut diagn. de Parchinsonism post encef. și 2 cu meningo encef. Au prezentat din toate acestea numai 4 cazuri manifest. ocul. și anume:

1. Nevrită optică 2 cazuri
2. Insuficiența convergenței 1 caz
3. Astigm. hipermetrop. 1 "

Tabloul acestor cazuri e următorul:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Piseoiu N.	Parkinsonism post encef.	Nevrită optică A. O.
2	Jurasan A.	" " "	Limit. mișc. glob. oc. lat. și în sus. Insuficiența convergenței, Astigm. hipermetropic.
3	Pop G.	" " "	Nimic.
4	Herenți M.	Parkinsonism + basedo-	Edem peripapilar, insu-
5	Luca V.	nism frust	fici. converg.
6	Nagy G.	Meninge encef.	Nimic
		" "	"

Din tabloul de mai sus se vede că în aceste afecțiuni encefalitice epidemice, turb. ocul. ocupă un loc preponderant. Afectarea mușchilor motori se traduce prin semne fizice și funcț. variabile după gradul paraliziei. Nervul optic poate fi atins deseori și Dl. Prof. Michail în epidemia din 1920 a descris câteva cazuri de nevrită optică edematoasă datorită encef. epidemice.

Putem constata paralizii ale mișcărilor voluntare cu conservarea acuității reflexe a globilor oculari, ori paralizii complete.

13. MANIFESTĂRI OCULARE TRADUSE PRIN CEFALII.

Cazurile trimise de Clinica Neurologică cu diagnosticul de cefalee pentru a fi examinate ocular, au fost în număr de 8. Din acestea 3 nu au prezentat nimic la examenul oftalmologic.

Manifestările oculare găsite au fost:

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| 1. Atrof. post. nevritică a. n. opt | 2 cazuri |
| 2. Nevrită optică | 1 caz |
| 3. Macule corneene bilat. | 1 „ |
| 4. Hipertens. art. ret. | 1 „ |

Tabloul acestor cazuri e următorul:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Pruna G.	Cefalalgie	Nevrită opt. incip. A. O.
2	Külm A.	Cefalce	Uşoară hipertens. art. ret.
3	Susan I.	Cefalce post traum.	C. V. redus concentric
4	Jast F.	" " "	Nimic
5	Sârbu J.	" " "	Atrof. post nevri. A. O.
6	Țigan A.	" " "	Macule corneene bilat.
7	Todor I.	" " "	Niciu
8	S. hiler G.	" " "	"

Din acest tablou reiese că cefaliile sunt urmate de manifestări oculare într'un procent de 62%.

Cea mai frecventă este cea a convergenței, apoi pareza reflex. pupilar, acomodatiei, apariția bruscă a unei contracții a dreptilor int sub numele de spasm al convergenței, care se explică prin paral. divergenței, iar clinic prin diplopie homomină pentru vederea de aproape, turb. în mișcările de lateralitate și verticalitate —, nistagm, care însoțește de obicei o limitare a mișcărilor asociate ale globilor.

14. AFECȚIUNI HEMIPLEGICE.

S'au prezentat la Clinica Oftalmologică 7 bolnavi care au fost trimiși de Clinica Neurologică cu diagnosticul de hemiplegie. Două cazuri cu hemiplegie dr. și 5 cu hemipl. stg. Dintre acestea numai 2 au prezntat manifestări oculare, iar la restul de 5 nu s'a găsit nimic.

Cele cu manifestări oculare au fost: unul cu hipermetropie și altul cu ușor edem peripapilar. Aceste cazuri sunt:

	Diagn. neur.	Rezultatul oftalm.
1. Cupșa P.	Hemiplegie stg.	Uşor edem peripapilar
2. Popescu D.	Hemiplegie dr.	Hipermetropic

Din acest tablou reiese că putem avea un procent de 28% din cazuri, care să prezinte și semne oculare.

De și leziunile ce însoțesc aceste cazuri nu sunt caracteristice, totuși voi aminti unele manifestări oculare în legătură cu oarecare hemiplegie.

În caz de hemiplegie, când e leziunea în bulb, sau pedunculi, vom avea și în sfera oculară uneori paralizii ale nervului M. O. C. de aceeași parte cu leziunea. Acest nerv mai des e interesat parțial, traducându-se prin ptoze —; când leziunea se întinde și asupra pateticului dă paral. muschiului oblic. mare. Se mai pot observa paralizii ale mișcărilor de lateralitate și asociate ale globului ocular. Dacă leziunea e la nivelul I-ei dorsale, putem să avem sindromul lui Claud—Bernard—Horner. (mioză, diminuarea deschiderii palpebrale, exoftalmie și hipotens. intracraniană).

15. DIVERSE.

În acest loc am grupat cazurile care nu puteau fi grupate în nici unele din grupele de mai sus.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Urvary I.	Monoplegie brach. cu afazie	Nimic.
2	Mesaroș M.	Nevrită periferică	Atrof. post nevritică.
3	Varga A.	Manie.	Atrof. albă a n. optici.
4	Turcu D.	Scleroză cerebeloasă.	Ușoară decolorare a papilei în partea temp.
5	Laura R.	Polinevrită post gripală	Cataractă O. D. și leucom aderent la O. S.
6	Pop A.	Miocardită cr. osteită, arteriosc. cerebr.	Cataractă bilat.
7	Chifea N.	Paraplegie	Nevrită opt. bilat.
8	Dumitrescu A.	„ spastică	Aspect de atrof. opt. post nevritică.
9	Ghergheli M.	Lumbago.	Nimic.
10	Vas E.	Amauroză funcți.	Fenom. de nevrită A. O.
11	Kalman L.	Spasm labio-gloso-faringi. post encefalitic	Turb. peripapilare.
12	Șarfe V.	Sindrom Brown Seguard	Nipotens. art. ret.
13	Blănescu T.	Compres medul.	Hipermetropie.
14	Katz E.	Atrofie mușc. Schareot-Marie.	Atrof. n. optici.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul neurologic	Rezultatul examenului oftalmologic
15	Marmorstein S.	Paral. infant.	" post nevritică.
16	Topor D.	Astm. nerv. fobii	Hipermetropie.
17	Onai A.	Sinusita front.	Edem papilar bilat.
18	Timar T.	Paraplegie spastică.	Nimic.
19	Vaida S.	Catar tubar. bilat. cu cefalee.	"
20	Jacob E.	Trofedem al gambei, cefalee.	"
21	Rapcea M.	Paral. m. o. c.	Paral. m. o. c.
22	Cupşa S.	Parapl. cerebr.	Nimic.
23	Dobre T.	Nevralgie sub occipit reumatiz.	"
24	Munteanu R.	Migrenă.	"
25	Németh I.	Basedowism.	Hipertens. art. ret.
26	Goga T.	Traum. cranian.	Miopie, coroidită peripapil. A. O.
27	Domşa V.	Polinevrit. diabetică.	Neuro retinită nefretică A. O. exudate maculare şi hemoragii peripapilare.
28	Oláh A.	Sciatică dr.	Nimic.
29	Anderco E.	Nevralgie occipit. cornică	"
30	Şanta E.	Migrenă.	Miopie forte coroidită.
31	Koncz B.	Paral. isterică a membr. sup.	Conj. exematoasă.
32	M. M.	Pareză facială	Nimic.
33	M. I.	Sindrom. vestibul.	"
34	N. L.	Confuzie mintală.	"
35	Sulea M.	Demenţia precoce.	"
36	Onu M.	Paral. reflex.	"
37	Horovitz I.	Depresiunea psihică.	"
38	Neitur E.	Morfinomanie.	Uşoare fenom. de nevrită
39	Matei C.	Telanie spastică.	Blefaro conj. exemat. Astigm hipermetr.

Din studiul acestui tablou reiese, că din 39 cazuri cu diferite afecţiuni nervoase, au prezentat manifestări oculare, 29 cazuri, ceea ce face un procent de 74%.

Afecţiunile oculare pe care le-au prezentat aceste cazuri au fost:

1. Nevrită optică
2. Atrof. n. optici

4 cazuri

7

3. Neuro-retin. nefretică	1	„
4. Choroidită peripap.	1	„
5. Blefaro-conj.	2	„
6. Hipermetropie	2	„
7. Cataractă	2	„
8. Hipertens. art. ret.	2	„
9. Astigmatism	1	„
10. Leucom, aderent	1	„

Eu nu voi insista asupra fiecărui caz în parte, ci voi căuta să desprind din acest tablou, afecțiunile nervoase care au fost și sunt mai des însoțite și de leziuni oculare. Astfel în:

Diabet putem să constatăm adeseori o diminuare a tens. bulbului ocular, paralizia bulbului, protuberanței și o rigiditate pupilară. La fund de ochiu, putem avea o neuroretinită nefretică cu exudate maculare și hemoragii perivascularare, pe care le-am găsit și în un caz trimis de Clinic. Neur. spre examinare.

În caz de morfiomanie putem să constatăm nistagm, lipsa reacției la lumină. — Cazul examinat ocular dela Clinica Neurologică nu a prezentat decât o blefaro conjunctivită exematoasă.

Sinusita poate să fie destul de des complicată cu o nevrită optică. Studiul acestor manifestări oculare a fost pus la punct în o serie de lucrări mai ales în ultimii ani, grație mai ales examenului radiologic și cercetărilor anatomice. Această nevrită este mai rară în sinusitele frontale, mai frecvent în cele maxilare și etmoidale, destul de des în cele sfenoidale. De obicei e unilat. și se prezintă cu un aspect cenușiu edematos, cu vasele congestionate, fără hemoragii retiniene, și cu ambliopie marcantă, scotoame și strâmtări de câmp vizual. În cazul observat în această statistică, am constatat edem papilar bilat.

În boală lui Basedow putem constata în 80% din cazuri exoftalmia, care e de regulă primul simptom observat și e acela care persistă cel mai mult. Ea e bilat. și are aproape acelaș grad asupra ochilor. S'au văzut cazuri când în urma extirpării parțiale a glandei tiroide, exoftalmia a persistat de partea nerezecată. Dintre cele 3 simptome mari care formează triada simptomatică în Basedow, exoftalmia este prezentă.

Traumatismele craniene pot produce: mioză midriază, anizocrie, stază sau congestie papilară și retiniană.

III.

PRIVIRE GENERALĂ ASUPRA MATERIALULUI CLINIC STUDIAT.

Făcând o privire generală asupra tuturor acestor cazuri studiate din punct de vedere neurologic și oftalmologic, se desprinde, cât de mare este legătura dintre aceste două specialități cari totdeauna trebuie să meargă mână în mână. Această legătură a fost și mai mult apreciată odată cu descoperirea oftalmoscopului.

Totodată reese că ochiul este organul care reacționează aproape la toate turburările nervoase, evidențiind în modul cel mai prompt turburările funcționale, pe care le suferă organismul în general, și fiecare organ în particular.

Așa că examenul ocular este câte odată indispensabil fiind chiar primul dintre semnele clinice care se impun medicului, căci în foarte multe din afecțiuni nervoase, semnele oculare preced aceste boli, putând astfel lua măsurile necesare.

Afecțiunile sistemului nervos central care prin leziunile lor produc turburări de ordin sensorial și motor sunt foarte numeroase.

Astfel hemoragia cerebrală este însoțită f. frecvent de hemianopsie homonimă de tip cortical sau sub cortical, totală sau parțială, în sector. Fiind în acelaș timp turb. pupil. mai accent. de partea unde e leziunea, și turb. paral.

În tumorile cerebr. simptom. ocul. din cauza frecvenței și precocității lor, au o importanță diagnostică de primul rang. Ade-seori unele din aceste semne, ne permit să afirmăm în mod sigur existența unei tumori, atunci când simptomele gen. sunt încă neclare.

În general semnele oculare în hipertens. intracr. se divid în 2 grupe:

1. Simpt. difuze ce arată existența unei tumori și
2. Simpt. de localizare.

Cel mai important din prima grupă e staza papilară sau papila edemătoasă, caracterizată printr'o tumefiere a părții terminale a nerv. optic. Papila are aspectul unei crizanteme, este mai largă ca în stare normală, și proemină în interiorul ochiului; marginile sunt difuze, calibrul vaselor schimbat, arterele mici, venele mult mărite de volum. Vederea cu toate acestea e normală

cel puțin la început. Ulterior survin obnubilații xizuale, de o mare valoare diagnostică, pentru că ele constituie semnul de alarmă.

Ca simptome de localizare citez: inegalitatea stazei papilare, atrofia simplă a n. optic și heminaopsiile.

Paraliziile nervilor cranieni, fie ele oculo-motoare sensitive sau sensoriale, pot facilita diagnosticarea sediului tumorei. Astfel paral. completă a m. o. c. e aproape totdeauna determinată de o compresiune directă prin tumoră la baza craniului.

Leziunea trigemenului are ca simptom de localizare o valoare considerabilă. Ea se manifestă prin o anestezie în domeniul uneia dintre cele 3 ram. și la corneea se poate traduce prin apariția unei cheratite neuro-paralitice. Existența complicației corneene afirmă sediu bazal al tumorei, căci cheratita nu se observă decât dacă leziunea interesează trunchul nervos.

Ca modificări pupilare: anizocorie, reacție pupil. hemianopsică, dispariția reflexului la lumină, sau uneori relații importante asupra localizării probabile a tumorii.

În tabes cea mai rea complicație e atrofia n. optic.

În scleroză în plăci atingerea aparatului oculo-motor și a căilor optice este f. frecv. Aceste infecții constituie unul dintre cele mai frumoase exemple de nevrită cu focare multiple diseminate, care atinge în același mod fascicolile albe ale măduvei encefalului și ale nervului optic.

Afecțiunile meningee prezintă un proces infecțios, propagat de la învelișurile creierului în acelea ale n. optic — un fel de perinevrită optică difuză, care se întinde în tot lungul n. optic având maximum de leziuni, la nivelul traectului intra-canalicular.

În encefalită epidemică turb. oculare ocupă un loc preponderant. Afectarea mușchilor motori ai globiilor, se traduce prin semne funcționale și fizice variabile după gradul paral. Nervul optic adeseori e atins, dând o nevrită optică edematoasă.

În traumatisme ale bazei craniului turb. ocul. au o valoare considerabilă. Acestea sunt: hematumul orbitei, exoftalmia și turb. nervoase, sensoriale prin leziunile căilor optice motoare și sensitive.

În afecțiuni protuberanțiale turb. ocul. cele mai frecv. sunt paral. mișcărilor de lateralitate.

Boalele infecțioase; sifilis, tbc.; prin predilecția lor pe anumite viscere oculare sunt redutabile sub orice formă s'ar prezenta la toate vârstele și toate climatele.

Afecțiunile diferitelor organe pot acționa direct sau indirect asupra aparatului ocular, dând naștere la complicații foarte serioase, care nu numai că pun în pericol ochiul însăși, dar foarte adeseori constituie semnul cel mai prețios al unei deficiențe organice profunde, care pune în pericol însăși viața individului.

De reținut este că examenul ocular trebuie efectuat și practicat la timp pentru a clarifica un diagnostic general, căci poate preveni evoluția unei cecități, sau prin simpla prescripție de lentile poate să dispară cefaleele tenace.



CONCLUZIUNI.

1. În ultimii 8 ani a fost o colaborare asiduă și fructuoasă între Clinica Neurologică și cea Oftalmologică din Cluj.

2. S'au examinat în cursul acestui interval de timp de către Clinica Oftalmologică 254 cazuri trimise de Clinica Neurologică. Aceste cazuri le putem grupa în modul următor:

Afecțiuni sifilitice: (tabes, sifilis cerebr., paralizie gen., tabo. paral.), scleroză în plăci, tumori, turb. n. funcționale, epilepsie, neurastenii, cefalii, hemiplegii, afecț. encefalitice, b. lui Friedreich, isterie, choree, sindr. cerebelos, afecț. endocrine, diverse.

Dintre acestea, 182 cazuri au fost însoțite de afecțiuni oculare (71%).

3. Afecțiunile oculare cele mai frecvente care au însoțit cazurile neurologice de mai sus au fost:

1. Nevrită optică	25 cazuri	10%
2. Stază și edem papilar	17 „	6%
3. Paloarea $\frac{1}{2}$ temp. a papilei	8 „	3%
4. Atrofie optică	47 „	18%
5. Coroidită	10 „	4%
6. Tulbur. pupilare	6 „	2.3%
7. Tulbur. de motilitate oculară	8 „	3%
8. Nistagm	7 „	2.7%
9. Tulbur. de refracție	20 „	8%

4. Examenul oftalmologic, acel al motilității oculare și studiul papilei, practicate și efectuate la timp, contribuie în o mare măsură la precizarea diagnosticului neurologic, la clarificarea prognosticului și chiar la orientarea tratamentului.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL.

(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL.