

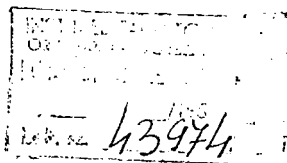
UNIVERSITATEA REGELE FERDINAND I. DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 781

SIFILISUL CEREBELOS

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE Iunie 1934
DE

IOAN ADAM



23 MAY 2005

5
C L U J
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE "ARDEALUL"
STRADA MEMORANDULUI 22

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: Domnul Prof. Dr. GH. MARTINESCU.

Profesori:

Clinica stomatologică (agr)	Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei (agr.)	" "	<i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" "	<i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Bolez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	supl.	<i>Doctor R.</i>
Istologia și embriologia umană	Prof. Dr.	<i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" "	<i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" "	<i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina legală (agr.)	" "	<i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" "	<i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" "	<i>Michail D.</i>
" neurologică	" "	<i>Minea I.</i>
Igienă și igienă socială	" "	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" "	<i>Negru D.</i>
Farmacia chimică și galenică	" "	<i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" "	<i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană (agr.)	" "	<i>Popovici Gh.</i>
Balneologie	" "	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică	" "	<i>Tătaru C.</i>
" urologică	" "	<i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	" "	<i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" "	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" "	<i>Vasiliiu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte: Domnul Prof. Dr. *C. Urechia*

Membrii:		Domnul Prof. Dr.	<i>D. Michail</i>
		" "	<i>V. Bologa</i>
		" "	<i>M. Kernbach</i>
		" "	<i>A. Pop</i>

Supleant: Domnul Doc. Dr. *Vancea*

*Părinților mei,
în semn de dragoste și recunștință*



D-lui Prof. Dr. C. Urechia, președintele tezei respectuoase mulțumiri.

Onor. Juriu de promoție și profesorilor mei, stimă.

D-lui Dr. C. Radu, afectuoasă recunoștință.

Rudeniilor mele, dragoste sinceră.

Prietenilor și colegilor de facultate, caldă afecțiune.



Introducere

Sifilisul poate interesa orice regiune a sistemului nervos și deci și cerebelul. Localizările cerebrale și medulare ale sifilisului se cunosc de multă vreme ca o manifestare a terțiarismului. Sifilisul cerebelos a rămas însă multă vreme foarte puțin cunoscut. De sigur funcțiunea acestui organ, legăturile lui cu celelalte părți ale sistemului nervos nu erau bine precizate, o cauză a fost însă și reacțiunile de fixare negative găsite în lichidul cefalo-rachidian la bolnavii cu fenomene cerebeloase. Dl Prof. Urechia—Elekes într'un articol publicat în Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris cu titlul: „Sifilisul cerebelos, dificultăți de diagnostic“ spune că sifilisul este una din cauzele cele mai frecvente ale arteritei cerebeloase cu emoragii și ramolismen consecutiv. Dificultatea de diagnostic constă în faptul că reacțiunile de fixare în lichid pot fi negative, cum a fost și în cazul Dlui Prof. Urechia—Elekes unde diagnosticul s'a făcut numai din punct de vedere anatomo-patologic, diagnosticul clinic fiind: tumoră cerebeloasă. Sifilisul nervos se credea înainte vreme că este o manifestare exclusivă a terțiarismului. S'a văzut însă cazuri când sistemul nervos era interesat deja în epoca secundară sau uneori chiar în timpul sifilomului primar. Cauzele cari favorizează izbucnirea sau localizarea sifilisului pe sistemul nervos sunt: surmenajul, emoțiunile, alcoolismul, traumatismele-cerebrale, cari toate micșorează rezistența organismului. Ereditatea nervoasă este deasemenea manifestă în unele cazuri, ca probă cazurile de tabes și paralizie generală familială. O chestiune care s'a pus este că de ce sifilisul interesează uneori sistemul nervos și alteori nu. Ipoteza cea mai verosimilă care poate răspunde la această chestiune ar fi ipoteza unui virus sifilitic dermatrop și al unui sifilis neutrop. Cu câțiva ani în urmă Levaditi și Marie după o serie de cercetări stabilesc următoarele deosebiri între aceste două feluri de virusuri:

1. Incubația virusului neurotrop este mai lungă.
2. Șancrul neurotrop este mai superficial.
3. Șancrul neurotrop este mai rezistent față de salvarsan.
4. Virusul dermatrop își păstrează virulența după numeroase pasagii, pe când cel neurotrop nu.
5. Un iepure infectat cu virusul dermatrop și vindecat apoi cu salvarsan, nu mai poate fi infectat cu acelaș virus, în timp ce el prinde virusul neurotrop.

Teoria sifilisul neurotrop, deși în cea mai mare parte încetățânită în știință este combătută de o serie de autori; unii dintre acești autori se întreabă că dacă admitem un sifilis neurotrop de ce nu am putea tot astfel admite și un sifilis epatotrop sau cardiotrop. Altă teorie ar fi că: tratamentul antisifilitic prea puțin intens și puțin întreținut ar fi cauza localizării pe sistemul nervos. Dar această teorie s'a dovedit ca neverosimilă. Sifilisul sistemului nervos poate foarte multă vreme să rămână latent fără să-și tradeze existența prin vre-un simptom subiectiv. Unul din primele și prea puținele simptome ale sifilisului nervos latent este: puncția rachidiană pozitivă. În lichid putem găsi cele patru reacții pozitive: albuminoză mai ales globulinele, limfocitoză, reacțiunile coloidale (Urechia—Danet cu gomălac etc.) și R. Wasserman. Uneori pe lângă o puncție rachidiană pozitivă putem găsi în sifilisul latent ușoare turburări pupilare, dureri reumatoide, cefalee etc. Sifilisul latent ca atare poate rămâne 10—15 ani chiar; uneori evoluează destul de repede spre un sifilis nervos manifest.

Anatomia și fiziologia cerebelului

Câteva noțiuni despre anatomia și fiziologia cerebelului vor servi mai mult ca oricând la înțelegerea simptomatologiei destul de complexe a afecțiunilor acestui organ.

Cerebelul este un organ impar și median, el este compus din trei porțiuni: o porțiune mediană, care se numește lobul median sau vermisul, și două porțiuni laterale, emisferele cerebeloase.

Conformația exterioară a cerebelului. Cerebelul prezintă două fețe: superioară, inferioară și o circumferință. Emisferele cerebeloase sunt divizate prin șanțurile de I. ordin în lobuli. Lobulii cerebeloși sunt foarte numeroși. Se descriu patru mai importante: Lobulii pneumogastrici (floculii) și lobulii bulbului rachidian amigdalele sau tonsilele). Lobulii sunt divizați prin șanțuri de al II. ordin în lame; acestea prin șanțuri de al III. ordin în lamele.

Topografia și localizările cerebeloase. Vechii anomiști au descris la cerebel 26 lobuli dintre cari 12 pe fața superioară și 14 pe fața inferioară. Această topografie a vechilor anomiști n'are nici o semnificație funcțională, deci nici o importanță clinică, ea n'are până azi decât un interes istoric. De aceea nu insistăm asupra ei.

Bolk la 1903 bazat pe cercetări de morfologie comparată și embriologie a înlocuit topografia anatomică veche printr-o terminologie nouă în raport cu localizările fiziologice. Pentru Bolk cerebelul cuprinde două părți: o parte anterioară care este lobul anterior și o parte posterioară care constituie lobul posterior. Limita între aceste două porțiuni este șanțul primar, curb cu concavitatea anterioară. Lobul anterior se compune dintr'un anumit număr de lame transversale cari sunt separate unele de altele prin șanțuri secundare. Lobul posterior se subdivide în două părți: o parte anterioară numită și lobulul simplu și o parte posterioară la care Bolk distinge

trei lobuli: lobulul median, lobulii laterali drept și stâng. Lobulul median se subdivide în: sublobulul a), sublobulul b) și sublobulul c). Lobulii laterali se subdivid în trei părți: lobulul ansiform, lobulul paramedian și lobulul vermicular.

Localizările funcționale ale scoarței cerebeloase. Cerebelul este organul regulării și al coordonării mișcărilor. Volumul lui este în raport direct cu dezvoltarea motricității, a simțului de echilibru și a simțului de orientare. Fiziologii în frunte cu Bolk au făcut o încercare de localizare cerebeloasă. Bolk a stabilit în principiu că formațiunile mediane și în subdependința lor grupe musculare cari și de organe mediane și cari pentru acest fapt funcționează sinergic la dreapta și la stânga. Din contra formațiunile laterale sunt în raport cu grupele musculare laterale, ale membrilor de ex., cari se contractă izolat, adică independent de contracția mușchiului similar de partea opusă. Plecând de la aceste principii generale Bolk formulează următoarele concluzii:

1. În lobul anterior se găsește centrul de coordonare a tuturor mușchilor capului și laringelui.

2. În lobulul simplu se găsește centrul de coordonare al mușchilor gâtului.

3. În brațul anterior și posterior al lobului ansiform se găsește centrul de coordonare a mișcărilor membrului superior și inferior.

4. În lobul paramedian sau amigdala și în partea mijlocie a lobului median se găsește centrul de coordonare a mișcărilor trunchiului.

5. În formația vermiculară reprezentată la om prin flocculus se găsește centrul de coordonare al cozii, așa se va explica dezvoltarea atât de diferită a acestel formațiuni la animale și la om.

Dacă se extirpă o parte din cerebelul unui animal mișcărilor acestuia devin nesigure, deși acțiunea voinței asupra fiecărei mușchi în parte se menține normală. Structura definitivă a cerebelului coincide cu începutul funcțiunii de locomoțiune. La om acest organ prezintă structura definitivă abia la sfârșitul primului an după naștere.

Conformația interioară a cerebelului. Cele două substanțe, albă și cenușie au o dispozițiune inversă față de aceea a

măduvei spinării. Substanța cenușie este periferică iar cea albă este centrală.

Substanța cenușie este formată din trei straturi de celule: stratul molecular, stratul celulelor Purkinje, stratul granulos.

Substanța albă se găsește la interior. În mijlocul substanței albe a vermisului și a emisferelor cerebeloase se găsesc masse neregulate de substanță cenușie dipuse în perechi de o parte și de alta a liniei mediane. Aceste masse constituiesc în vermis: nucleii acoperișului, sau nucleii lui Stilling, iar în emisfere nucleii dințași sau olivele cerebeloase. În substanța albă sunt două feluri de fibre de asociațiune și de proiecțiune. Fibrele de asociațiune leagă teritoriile ale aceleiași jumătăți ale scoarței cerebeloase sau leagă scoarța cu massele de substanță cenușie care sunt cuprinse în substanța albă. Fibrele de proiecțiune sunt iarăși de două feluri: eferente și aferente. Fibrele eferente, centrifuge, pleacă din nucleii cenușii și se duc prin pedunculii cerebeloși în măduvă și creier.

Fibrele aferente, centripete, ajung în cerebel prin unul din pedunculii cerebeloși și se termină în scoarța cerebelului.

Cerebelul se pune în legătură cu celelalte organe ale axei cerebro-spinale prin trei perechi de cordoane numite pedunculi: pedunculii cerebeloși inferiori, pedunculii cerebeloși mijlocii și pedunculii cerebeloși superiori.

Conexiunile cerebelului. Deosebim conexiuni extrinseci și intrinseci. Conexiunile extrinseci sunt formate la rândul lor din fibre aferente și eferente. Fibre aferente: 1. Fibre aferente de origine medulară: a) Fascicolul cerebelos direct, b) Fibrele cordonului posterior, c) Fascicolul lui Gowers; 2. Fibre aferente de origine bulbară: a) Fibrele nucleului lui Monacov, b) Fibrele din nucleul cordonului lateral, c) Fibre olivare. 3. Fibre aferente de origine protuberanțială. 4. Fibre aferente vestibulo-cerebeloase.

Fibre eferente: 1. Fascicolul cerebelo-rubric și cerebelo-talamic. 2. Fibre cerebelo-vestibulare. 3. Fibre cerebelo bulbare și cerebelo spinale. 4. Fibre cerebelo-pontice.

Conexiunile intrinseci ale cerebelului, unesc fie scoarța cerebeloasă cu nucleii cenușii centrali, fie diferitele regiuni ale scoarței între ele.

Vascularizația cerebelului. Cerebelul este irigat de 6 ra-

muri arteriale, trei de fiecare parte: Arterele cerebeloase inferioare din artera vertebrală, arterele cerebeloase mijlocii și superioare din trunchiul bazilar. Venele sunt independente de artere. Se divid în mediane și laterale. Cele mediane sunt: vena vermiană superioară și vena vermiană inferioară. Cele laterale sunt: superioare și inferioare.

Limfaticele n'au nici o particularitate.



Diagnosticul unui bolnav cerebelos

Înainte de a intra în subiectul propriu zis al acestei teze este bine cred să insistăm cât de puțin și asupra diagnosticului unui bolnav cerebelos; să vedem cum trebuie să examinăm un astfel de bolnav pentru a ajunge la diagnostic. Vom examina:

- I. Turburări de atitudine sau statice.
- II. Turburări ale mișcărilor sau chinetice.
- III. Turburările unor funcțiuni speciale.
- IV. Probe de pasivitate.

I. Turburări statice.

Statica corpului. Bolnavul cerebelos ia o atitudine specială din cauza astaziei. Dacă spunem unui astfel de bolnav să se ridice în picioare vom observa că se clatină ca un om beat, oscilează în toate sensurile, capul oscilează ca și restul corpului. Un bolnav mai vechi ajunge să se mențină în poziție verticală prin mărirea bazei de susținere, îndepărtând picioarele. Semnul lui Romberg este negativ la bolnavii cerebeloși.

Statica membrelor. Bolnavii prezintă tremurături la toate segmentele corpului. De obicei se caută acestea la membrele superioare. Aceste tremurături se măresc prin emoție și se atenuază prin voință și educație.

II. Turburări chinetice.

Bolnavii cerebeloși prezintă tremurături chinetice mai pronunțate la începutul mișcărilor. Mușchii lor prezintă contracțiuni clonice în loc de contracțiuni continue, tonice. Afară de acestea mai prezintă asinergie, ipermetrie și adiadococienezie. Acestea se pun în evidență prin mai multe probe dintre care cele mai ușor de executat sunt următoarele:

Asinergia trunchiului. Dacă unui bolnav cerebelos în poziție verticală îi spunem să se lase îndărăt după ce l-am asir-

gurat că-l vom sprijini și nu va cădea; vom vedea că bolnavul cerebelos își va conserva membrele inferioare rigide ceea ce va duce la pierderea echilibrului. Un individ normal își va flexa piciorul pe gambă și gamba pe coapsă, păstrându-și astfel echilibrul.

Proba rezistenței. Punem bolnavul să flecteze antebrațul pe braț, noi opunându-i rezistență. În stare normală când rezistența dispăre antebrațul este extins dus înainte prin tracțiunea antagonistă a tricepsului. La un cerebelos când dispăre rezistența, pumnul va lovi violent umărul, deoarece lipsește acțiunea antagonistă, frenatrice a tricepsului.

Proba indexului. Spunem bolnavului să ducă indexul la vârful nasului. Degetul bolnavului după ce pare că urmează drumul bun va lovi cu violență nasul.

Proba prinderii. Când spunem unui bolnav să prindă un pahar, el va deschide mâna mai mult decât este necesar; când spunem să lase paharul, deasemenea mâna se va deschide mai mult.

Adiadococinesie, este facultatea de a asocia două mișcări succesive opuse. De ex.: pronația cu supinația. Această funcțiune este abolită sau turburată la cerebeloși. Dacă punem bolnavul să execute cu mâna succesiv mișcările de supinație și pronație, cerebelosul le va face lent, sau nu le face de loc.

III. Turburările unor funcțiuni speciale.

Mersul bolnavilor cerebeloși. Bolnavul nu poate merge fără ajutor deși forța musculară este normală și sensibilitatea intactă. Doi indivizi trebuie să susțină partea superioară a corpului, fără să-i împrime însă mișcări. Dacă invităm bolnavul să meargă, vom vedea că după primii pași se va opri. Coapsa se flectează brusc și exagerat, piciorul va fi dus înainte. Partea superioară a corpului nu ia parte la mișcarea de translație, este chiar antrenată înapoi. Pentru ca bolnavul să poată merge trebuie ca ajutorii să-i împrime trunchiului o ușoară impulsione înainte. În timpul mersului capul și trunchiul bolnavului prezintă oscilațiuni, bolnavul este incapabil să meargă în linie dreaptă, el merge în zig-zag ca um om beat. Bolnavul în timpul mersului mai prezintă și mișcări de lateropulsione la dreapta sau la stânga, retropulsione și excepțional anteropulsione.

Turburări de scris. Dacă punem bolnavul să marcheze un punct cu creionul pe o foaie de hârtie, vom vedea că nu va reuși. Însă după câteva mișcări complimentare, ne necesare în loc de punct va marca o virgulă sau o linie. Deasemenea dacă-i spunem să tragă o linie dreaptă de lungime determinată, mâna lui nu se va opri la limita fixată. Literile bolnavul le scrie greșit, neregulat. Aceste turburări sunt determinate de ipermetria, asinergia, tremurăturile și adiadococineza pe cari le prezintă bolnavul.

Vorbirea bolnavului este monotonă, sacadată; scandată și explozivă.

Bolnavul mai prezintă și turburări ale mișcărilor globilor oculari.

IV. Probe de pasivitate.

I. Prindem cu mâinile trunchiul bolnavului care se află în stațiune verticală deasupra centurei, și îi imprimăm mișcări alternative de rotație la dreapta și la stânga; excursia membrilor superioare de partea bolnavă este cu mult mai întinsă. În această probă nici voința bolnavului nu poate imobiliza membrele decât incomplet. Această probă se poate face la toate segmentele corpului.

II. Când căutăm reflexele rotuliene și olecraniene amplitudinea mișcărilor segmentului membrului mobilizat este mai mare de partea bolnavă decât de partea sănătoasă.

III. *Catalepsia cerebeloasă* sau augmetarea echilibrului volițional static Dacă punem un bolnav cerebelos în decubit dorsal și îi flectăm coapsa pe bazin și gamba pe coapsă, cerebelosul păstrează această poziție cu mult mai mult timp decât individul normal. Acești bolnavi au posibilitatea de a păstra anumite atitudini ce noi le imprimăm diferitelor segmente ale corpului foarte mult timp. Este un fel de flexibilitate ceroasă, pe care o întâlnim în demența precoce.

Sifilisul cerebelos

Cunoștințele noastre asupra sifilisului cerebelos sunt de dată destul de recentă. Azi sifilisul cerebelos îl putem împărți în patru grupe: I. Afecțiunile cerebelului de natură vasculară. II. Gomele. III. Leziuni cerebeloase în cursul afecțiunilor sifilitice ale sistemului nervos. IV. Afecțiuni degenerative de natură sifilitică.

I. Afecțiuni de origine vasculară

Pentru a putea fi mai bine studiate afecțiunile de origine vasculară, le împărțim în: leziuni cordonale și leziuni centrale.

Leziuni cordonale

Emiplegia cerebeloasă sifilitică

Sifilisul este cea mai frecventă cauză a arteritei cerebeloase care produce sau emoragie în urma unui rupturi sau un ramolisment în urma unei tromboze. La nivelul pedunculilor cerebeloși se produce în totdeauna numai ramolisment prin mecanismul trombozei. Acest ramolisment produce emiplegia cerebeloasă sifilitică. Sub emiplegie cerebeloasă noi după P. Marie și Ch. Foix înțelegem un sindrom caracterizat prin atingerea unilaterală a funcțiilor cerebeloase.

Etiologie: În cele mai multe cazuri ale emiplegiilor cerebeloase găsim ca etiologie sifilisul adevărat reacția Wasserman pozitivă, limfocitoză rachidiană, albuminoză și reacțiuni coloidale pozitive. (P. Marie și Foix, Paulian etc.). Uneori reacția Wasserman o găsim negativă, ceea ce nu poate exclude însă etiologia sifilitică. Emiplegia cerebeloasă sifilitică e mai frecventă la bărbați decât la femei, iar în cea ce privește vârsta ea apare după 50 de ani, de obicei la 10—40 de ani după infecție. Apare fie ca afecțiune primară, fie ca afecțiune se-

cundară în cursul altor afecțiuni nervoase sifilitice: paralizie generală; tabes; și scleroză laterală.

Clinic: Debutul este brusc sau precedat de o stare prodromală cu cefalee difuză sau cu predominență occipitală, vertijuri, dureri în extremități de partea lezată; turburări oculare ca: diplopie pasageră etc. De cele mai multe ori însă debutul se face brusc printr'un ictus cerebelos. Bolnavul deodată simte o durere în cap foarte intensă, prezintă vertij și cade sau numai se înclină lateral; deasemenea prezintă și vărsături. Ceea ce este caracteristic pentru ictusul cerebelos este că bolnavul nu-și pierde cunoștința. Durerea este localizată în regiunea occipitală unilateral și paramedian; este internă, profundă și destul de vie. Vertijul este caracterizat printr'o senzație de rotațiune în acelaș sens care nu este modificată prin închiderea ochilor și este exagerată prin mișcările capului; însă dacă capul este inclinat de partea sensului rotațiunii vertijul se atenuază. Vărsăturile se fac fără efort, uneori însă avem numai senzație de greață. Vărsăturile devin foarte frecvente în cursul mișcărilor și ingestiei de lichide. Absența pierderii de cunoștință rămâne însă, simptomul cel mai caracteristic ictusului cerebelos.

Sindromul emiplegiei cerebeloase se traduce prin două feluri de simptome: turburări de echilibru și desordin unilateral în mișcări. Ca fenomene accesorii se prezintă dizartrie, fenomene oculo-motorii, modificări ale reacțiunilor vestibulare.

Turburări de echilibru. În cele mai multe cazuri mersul este greoiu cu mărirea bazei de susținere; acompaniat de o deviațiune spontană de partea lezată care se observă mai bine dacă punem bolnavul să meargă dealungul unei linii dinainte trasă cu o cretă pe padiment. Turburările de mers devin mai pronunțate dacă bolnavul voește să se întoarcă; el se va clătina în acest caz și va face repede doi-trei pași pentru recăștigarea echilibrului. Când se oprește, echilibrul este destul de stabil. Semnul lui Römberg este negativ. Poziția capului influențează foarte mult echilibrul bolnavului; acest echilibru nu este alterat dacă capul este aplecat înainte sau este rotit în așa fel ca urechea de partea lezată să fie înainte. Dacă însă se flectează capul înapoi sau se rotește în așa fel ca urechea de partea bolnavă să fie înapoi, bolnavul va cădea

după una-două secunde înapoi ca massă inertă, fără a schișa măcar un gest de apărare, sau de păstrare a echilibrului.

Turburări de motilitate. În timpul mersului bolnavul aruncă piciorul înainte rigid ca și când genunchiul ar fi anchilozat. Brațul de partea sănătoasă urmează mișcările piciorului, pe când brațul de partea bolnavă atârnă vertical de-a lungul trunchiului.

Flexiunea coapsei pe bazin se face mai pronunțat decât în stare normală în timpul mersului, și piciorul este pus la pământ violent producând un șgomot care denotă lipsa de măsură în extensiunea coapsei. De partea bolnavă găsim semnele cerebeloase: proba indexului, proba prinderii, adiadicocinesie pozitive.

Bolnavul emiplegic cerebelos prezintă și tremurături intenționate cari se asemănă cu cele din scleroza în plăci. Aceste tremurături se exagerează pe măsură ce mișcare își ajunge scopul. Uneori prezintă bolnavul și tremurături statice. Foarte frecvente sunt secusele musculare cari proiectează trunchiul înainte și coapsa pe bazin. Aceste secuse uneori sunt foarte violente încât bolnavul cade. Uneori putem întâlni mișcări choreice și atetotice.

Simptome oculare. Avem semne oculare pe cari le întâlnim în orice sifilis nervos, și semne oculare particulare leziunilor cerebeloase sifilitice. Acestea interesează musculatura internă sau pe cea externă. Uneori avem și fenomene vizuale.

Dizartria. În emiplegia cerebeloasă sifilitică avem dizartrie și disfonie. Anumite consonante sunt prost articulate, vorbirea este monotonă cu întreruperi după cari începe iarăși brusc. Milian și Schulmann în articolul lor din Paris Medical — 25 Oct. 1919, disting două feluri de dizarterie. În primul tip vorbirea este scandată, explozivă când este mai mult disfonie decât dizartrie, la aceștia examenul laringoscopic arată tremurături ale coardelor vocale. În al doilea fel avem mai mult dizartrie decât disfonie. Dizartria aceasta pe care o întâlnim la bolnavii cerebeloși ne încurcă de multe ori, deoarece ne gândim la Paralizie generală.

Reacțiuni vestibulare. Bolnavii cu emiplegie cerebeloasă prezintă turburări de echilibru fără să prezinte leziuni ale aparatului labirintic. De cele mai multe ori însă întâlnim modificări ale reacțiunilor vestibulare provocate. La indivizii

normali după o excitație vestibulară este o relație între atitudinea capului și sensul căderii (legea lui Barany). Această lege nu există la bolnavii cerebeloși la cari căderea se va face totdeauna în acelaș sens. In cazurile observate de J. Thiers cu emiplegie dreaptă căderea a fost înapoi oricare ar fi fost poziția capului.

Bolnavii crebeloși nu prezintă turburări de sensibilitate, vigoarea musculară este intactă, reflexele tendinoase nu sunt modificate, reflexul cutanat plantar se face în flexiune, numai dacă este și o leziune piramidală se va face în extensie. Reflexele cutanate abdominale sunt abolite.

Anatomia patologică. Macroscopic în toate cazurile vom găsi o leziune foarte mică, disproporționat de mică față de simptome, un ramolism mic până la dimensiunea de 3 mm. Acest focar de ramolism se prezintă sub diferite aspecte: forma unei lacune mici, focar mic celulos linear, alte ori găsim o meningo-vascularită bazilară cu arterele din spațiul interpeduncular neregulate, întortochiate, moniliforme, subțiate sau îngroșate și uneori dilatate. Meningele este albicioase mai ales în apropierea vaselor.

Microscopic în meningo-vascularită găsim o infiltrație limfocitară a piei mater, și în apropierea focarului vom vedea că arterele sunt de calibru mai mic sau dilatate, trombozate, uneori găsim mici rupturi cu emoragii microscopice. Focarul de ramolism rezultă dintr'un proces ischemic și un proces inflamator. In centrul acestui focar țesutul nervos este aproape dispărut, rămâne doar o rețea celuloasă; în jurul acestui focar găsim corpi granuloși și vase în cea mai mare parte trombozate, înconjurate de manșoane perivasculare, leucocitare. Mai departe de focar capilarele nu sunt obliterate, prezintă însă o alterațiune particulară numită gainită.

Forme clinice — diviziune. Emiplegia cerebeloasă se prezintă sub diferite aspecte clinice. Deosebim o emiplegie cerebeloasă pură, când leziunea interesează numai căile cerebeloase, ceea ce se realizează când leziunea interesează numai pedunculul cerebelos mijlociu în regiunea protuberanțială și o emiplegie cerebeloasă asociată cu fenomene oculare, talamice sau piramidale. Mai putem împărți emiplegiile cerebeloase în:

I. Emiplegii cerebeloase prin leziuni ale pedunculului ce-

rebral cu trei forme: Forma cerebello-oculară, forma cerebello-talamică, forma cerebello-piramidală.

II. Emiplegii cerebelloase prin leziuni protuberanțiale — emiplegii cerebelloase pure.

III. Emiplegii cerebelloase prin leziuni bulbare.

I. Emiplegii cerebelloase prin leziuni ale pedunculului cerebral. *Forma cerebello-oculară.* În această formă emiplegia este asociată cu paralizia motorului ocular comun. Turburările oculare sunt de partea leziunii, iar turburările cerebelloase de partea opusă, deci este un sindrom altern, cu leziunea situată deasupra comisurii lui Werneking. Debutul acestel forme se face prin ictus fără însă ca bolnavul să-și piardă cunoștința. Ictusul este însoțit de vărsături și o înclinare laterală a corpului. Paralizia motorului ocular comun este parcellară ca și în tabes, adică nu sunt prinse ramurile pentru toți mușchii inervați de acest nerv. În cele mai multe cazuri se pare că se prind ramurile pentru ridicătorul pleoapei superioare și dreptul intern. Aceste paralizii pot fi însoțite și de alte semne de sifilis nervos. Din punct de vedere anatomo-patologic în forma cerebello-oculară s'au găsit leziuni înapoia nucleului roșu, fiind interesat și pedunculul cerebelos superior. Microscopic leziunea se întinde dela nucleul roșu la comisura lui Werneking și distruge complet pedunculul pe o suprafață de câțiva mm. Interesează și fascicolul piramidal în jumătatea lui externă, fibrele radiculare ale motorului ocular comun, fascicolul longitudinal superior și panglica lui Reil. Leziunea cauzală a acestui sindrom cerebello-ocular ar fi focarul de ramoliment din calota pedunculului cerebral. Evoluția formei cerebello-oculare se face în timp relativ scurt 1—4 săptămâni și este relativ favorabilă. Fenomenele retrocedează progresiv, rămânând uneori ca turburări reziduale o ușoară latero-pulsiune și o mică jenă în pronunțarea unor cuvinte.

Forma cerebello-talamică. În această formă leziunea este localizată în regiunea suboptică — ipotamică (Foix, Nicolescu etc.). S'a încercat o diviziune a formei cerebello-talamice după topografia vasculară, dar s'au ivit inconveniente în faptul iregularității distribuției vaselor arteriale și în multiplicitatea posibilă a focarului de ramoliment, de aceea s'a părăsit. O altă încercare de clasificare este în: formă talamică, ipo-

talamică și sindromul superior al nucleului roșu, după cum sunt turburări de sensibilitate sau nu. Cea mai bună clasificare este însă cea clinică în forme cerebello-talamice cu emianopsie și forme cerebello-talamice fără emianopsie.

Forme cu emianopsie. Acesta este sindromul arterei cerebrale posterioare. Din punct de vedere anatomic se caracterizează printr'o leziune a cuneusului, feței inferioare a lobului temporal și printr'o leziune talamică. Debutul acestei forme se face totdeauna printr'un ictus fără pierderea cunoștinței, numai cu senzația de arsuri în extremități și turburări vizuale. Vom constata o emiplegie discretă cu reflexul plantar în flexiune, fără semnul lui Babinsky. Mișcări involuntare ca tremurături intenționate, emichoreo-athetoză, secuse clonice și clonii ritmice (mâna talamică). Turburări sensitive subiective, senzații de arsuri, durere, senzație de presiune, senzații alternative de căldură și de frig, ipoestezie sau hiperestezie, turburări ale simțului stereognostic. Aceste turburări însă sunt incontestante. Turburări cerebeloase ca: emiasinerergie acompaniată de emiipermetrie, dismetrie, adiadococinesie, turburări de tonus, reflexe de postură abolite de partea bolnavă. Emianopsia este constantă. Cele mai durabile fenomene sunt turburările mișcărilor voluntare și turburările cerebeloase, celelalte sunt transitorii și inconstante.

Forme fără emianopsie. În aceste forme s'au găsit leziuni la partea anterosuperioară a nucleului roșu, leziunea ia un aspect de panglică și traversează nucleul intern al talamusului de jos în sus și dinăuntru — înafară. (Foix și Nicolescu). Simptomatologia este a unei emiplegii cerebello-talamice fără emianopsie, mai este și o emiplegie alternă atribuită leziunilor protuberanțiale supra adăugate. Simptomatologia este dominată de simptomele cerebeloase: tremurături intenționate, mișcări involuntare, clonii ritmice, fenomene choreo-athetotice, turburări subiective și obiective de sensibilitate, datorite leziunilor talamice. Se observă și o discretă emiplegie piramidală. Emianopsia lipsește. Diagnosticul acestei forme este destul de greu. Fenomenele piramidale ușoare de aceeaș parte cu cele cerebeloase arată că leziunea este

deasupra comisurii lui Werneking. Lipsa emianopsiei și a paraliziei motorului ocular comun permit localizarea leziunii în partea superioară a nucleului roșu.

Forma cerebelo-piramidală. În această formă avem fenomene cerebeloase și fenomene piramidale de aceeași parte sau de partea opusă (sindrom cerebelo-piramidal omolateral și încrucișat). Calea cerebeloasă se încrucișează la nivelul comisurii lui Werneking în regiunea pedunculului protuberanțială pe când calea piramidală știm că se încrucișează mai jos, la partea inferioară a bulbului. Deci o leziune deasupra locului de încrucișare a căii cerebeloase va produce simptome cerebeloase și piramidale omolaterale, pe când o leziune între încrucișarea căii cerebeloase și piramidale încrucișate și alterne. Asociațiunea cerebelo-piramidală nu este decât rareori pură, de cele mai multe ori este însoțită de turburări talamice și paralizia parțială a motorului ocular comun. Debutul se face printr'un ictus. Vom avea fenomene de emiplegie cerebeloase. Este caracteristică pentru această formă și dizartria pe care o găsim imediat după ictus. Inteligența nu este atinsă.

II. Emiplegii cerebeloase prin leziuni protuberanțiale. Emiplegii cerebeloase pure. Leziunea care produce emiplegia cerebeloasă pură este localizată în protuberanță la nivelul pedunculului cerebelos mijlociu. Este o leziune distructivă a pedunculului printr'o arterită sifilitică. Debutul se face prin ictus fără pierderea cunoștinței. Simptomatologia este clasică pentru emiplegia cerebeloasă: Emiasinerגיע, emihipermetrie, lateropulsiune, vigoarea musculară egală pe ambele părți, uneori o ușoară ipotonie. Se mai observă un nistagm orizontal, și vorbire scandată. Turburări labirintice nu găsim.

III. Emiplegii cerebeloase prin leziuni bulbare. Aceste forme se mai numesc și emiplegii cordonale inferioare și se caracterizează prin asociația sindromului emiplegic cerebelos cu o emianestezie încrucișată și mioză bulbară.

Din punct de vedere anatomic fiecare jumătate a bulbului este împărțită prin rădăcina hioglosului în două regiuni: una antero-internă și alta postero-externă. Regiunea antero-internă cuprinde: piramida motorie, căile sen-

sitive pentru tact, localizare, stereognosie, sensibilitate profundă. În regiunea postero-externă se găsește calea cerebeloasă inferioară, o parte din calea sensibilă și nucleii diferiților nervi cranieni. Căile cerebeloase inferioare se divid în două grupe: un grup posterior care cuprinde porțiunea centrală a cîmpilor restiformi, fascicolul cerebelos direct, fibrele lungi ale cordonului posterior și nucleilor lui Goll și Burdach. Un grup lateral sau extern care cuprinde fascicolul lui Gowers și fibrele nucleului lateral. Înăuntrul căilor cerebeloase inferioare sunt: fibre sensitive pentru sensibilitatea termică și dureroasă și nucleii nervilor cranieni perechea VI. VII. și porțiunea sensibilă a trigemenului. Regiunea anterioară este vascularizată de artera bulbară anterioară și arterele protuberanțiale mijlocii. Regiunea posterioară, de artera fosetei laterale a bulbului. Este deci o vascularizație independentă a acestor două regiuni. Arterita arterei cerebeloase inferioare și posterioară produce sindromul lateral al bulbului (sindromul lui Adolf Wallenberg). Rolul principal însă în patogenia sindromului cerebelos bulbar îi revine arterei fosetei laterale a bulbului care naște din trunchiul bazilar și dă naștere la ramuri pentru olivă apoi se înfundă în foseta laterală a bulbului și irigă la acest nivel emergența nervilor mixti.

La autopsia cazurilor de emiplegie cerebeloase de origine bulbară s'au găsit patru focare de ramolism, două mici și două mari — principale. Focarul principal cuprinde lama posterioară a olivei și jumătatea anterioară a rădăcinii trigemenului și secționează o parte a fibrelor din spinal. Focarul secundar este alungit în sens vertical și se întinde dela partea mijlocie la partea superioară a olivelor. Se va produce o secțiune a fibrelor dela acest nivel.

Simptomatologia. Debutul se face printr'un ictus cu vertij, vărsături și jenă în deglutiție, fără pierderea cunoștinței. Vom constata la examenul bolnavului o emiplegie cerebeloasă cu simptomele cunoscute și de aceeaș parte paralizie oculo-simpatică și mioză, enoftalmie, retracția fantei palpebrale și emianestezia feței, iar pe par-

tea cîpusă emianestezia trunchiului și a membrelor și fenomene piramidale directe.

Diagnosticul se face după caracterul ictusului care apare vertiginos, fără pierderea de cunoștință, fără cădere numai cu tendință la lateropulsiune. Diagnosticul diferențial îl facem cu vertijul de origine gastrică sau epatică, sindromul lui Menière, forma atenuată a ictusului cerebral. În perioada emiplegică diagnosticul îl facem cu: Emiplegia piramidală, mai ales în formele cerebeloase. În emiplegia cerebeloasă nu este vorba de o emiparalizie veritabilă, forța musculară este puțin atinsă și domină fenomenele cerebeloase. Emiplegia isterică unde nu găsim ictusul vertiginos, modificări ale echilibrului, emiasnergie și găsim emianestesie sau alte stigmatе isterice. Ataxia tabetica unde avem abolirea reflexelor tendinoase și semnul lui Romberg. Ataxia labirintică cu care este destul de greu de făcut diagnosticul. Un cerebelos poate să stea în poziție verticală pe când un labirintic va cădea înapoi fără să încerce să-și mențină stațiunea verticală, afară de aceasta Barany a arătat că afecțiunile labirintice se acompaniază de ipo sau iperexitabilitate labirintică, cu cădere variabilă după poziția capului, pe când afecțiunile cerebeloase determină o cădere care nu are nici o legătură cu poziția capului. Facem diagnosticul și cu maladia lui Friederich și eredo ataxia cerebeloasă cari sunt boli familiare, cu scleroza în plăci forma cerebeloasă.

Prognosticul din punct de vedere vital este relativ bun prin leziunea cerebeloasă, dar emiplegia cerebeloasă este însoțită foarte dese ori și de o menigo vascularită sifilitică la baza creierului care întunecă prognosticul. Din punct de vedere funcțional simptomele dispar repede în două trei săptămâni în cele mai multe cazuri. Uneori însă se observă o ameliorare puțin evidentă sau chiar o agravare a simptomelor.

Tratamentul. Se confundă cu tratamentul sifilisului nervos în general. Se mai asociază medicamente vasculare: acetyl cholină, angioxil, etc. Rezultatele sunt cu atât mai favorabile cu cât tratamentul s'a instituit mai de vreme.

Leziuni centrale

Emoragia și ramolismetul

Din punct de vedere clinic emoragia și ramolismetul se pot descrie împreună. După gravitatea simptomelor deosebim mai multe forme: forma furoiantă, când moartea apare rapid sau în cel mult câteva ore. Forma cu ictus și coma, când bolnavul din ictus intră direct în coma. În perioada terminală apar crize apoplectiforme și epileptiforme. Evoluția este fatală. Forma cu ictus și emiplegie cerebeloasă, debutează printr'un ictus cerebelos cu toate caracterele lui după care urapar crize apoplectiforme și epileptiforme. Evoluția este fageră debutează cu cefalee, vărsături, o jenă în mișcări și în mers.

Emoragia și ramolismetul sunt precedate foarte deseori de fenomene prodromale care traduc procesul de arterită sifilitică: cefalee, occipitală, vertij, mișcări involuntare ale capului.

Diagnosticul diferențial îl facem cu apoplexia cerebrală, emoragia meningee, encefalita, scleroza în plăci, ataxia acută de tip Leyden, ținând seamă de fenomenele cerebeloase care nu se intrunesc în aceste afecțiuni. Din punct de vedere anatomo-patologic putem avea emoragii mici multiple sau o emoragie mare unică. Sifilisul prin procesul de arterită cronică duce la ruptură și deci la emoragie, care este de obicei un accident terțiar al sifilisului. Se poate produce însă și în cazuri de sifilis recent la tineri (cazul Prof. Urechia, Kernbach și Elekes). Ramolismetul se produce prin mecanismul trombozei și poate fi limitat sau difuz, de diferită mărime.

Tratamentul în perioadă de ictus este simptomatic, apoi facem tratament specific.

Endarterita proliferativă, este o entitate anatomică a cărei etiologie sifilitică a fost dovedită de cercetările Dlui Prof. Urechia care a găsit asociate și alte leziuni sifilitice acestei endarterite (Rev. de Neurol. Mai 1931, pag. 642). Această endarterită proliferativă se caracterizează printr'o proliferare intensă a epiteliului și adventiției capilarelor mijlocii și mici. Capilarele însăși proliferază și se grupează în pachete. Nu găsim fenomene inflamatorii, alterațiune a fibrelor elastice

și degenerescență grăsoasă. A fost descrisă de Nissl și Alzheimer pentru prima oară fără însă să i se precizeze etiologia.

II. Gomele

Gomele cerebeloase sunt rari, aproape totdeauna este vorba de o encefalită sclerogomoasă cu gome multiple în diverse regiuni, leziuni de arterită specifică și procese de meningită cronică. Din punct de vedere anatomic aceste gome nu prezintă nici o particularitate. Localizarea este aproape totdeauna corticală. Simptomatologia este variabilă și în funcție de leziunile asociate. O gomă voluminoasă poate să dea simptomatologia unei tumori și nu putem face diagnosticul decât din punct de vedere anatomo-patologic. Cazul Dlui Prof. Urechia și Elekes publicat în Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hop. de Paris — 13 Mai 1933, este cât se poate de instructiv. În acest caz diagnosticul clinic a fost de tumore cerebeloasă și s'a făcut indicațiunea unei intervenții chirurgicale unde nu s'a găsit nimic. Examenul anatomo-patologic făcut la clinica psihiatrică a precizat faptul, că este vorba de un sifilis gomos.

Tratamentul specific cu neosalvarsan, bismut, și iodură de potasiu dă rezultate bune.

III. Leziunile cerebelului în maladiile sifilitice ale sistemului nervos

Diferiți autori au găsit leziuni cerebeloase în paralizie generală progresivă, tabes, scleroză laterală, fără însă a avea un caracter specific. De aceea nu vom insista asupra lor.

Ataxia cerebeloasă acută sifilitică. Se cunoaște și sub numele de cerebelită sifilitică. S'au observat cazuri când la un individ sifilitic au apărut brusc fenomene cerebeloase cari au dispărut apoi destul de rapid după tratament specific (Decourt, Coste și Bolgert). Faptul că la bolnavii prezințați fenomenele cerebeloase erau precedate de reacțiuni meningeae, fenomene piramidale, semne tabetice, a dus la presupunerea că fenomenele cerebeloase ar constitui numai un puseu acut evolutiv cu deterimanre cerebeloasă.

IV. Afecțiuni degenerative de natură sifilitică

Sifilisul poate produce atrofii cerebeloase prin leziunile de meningilă, leziunile vasculare și cerebrale.

Atrofii prin meningo-cerebelită. Se prezintă ca plăci de atrofie corticale, interesând în mod neregulat emisferele, vermisul și respectând substanța albă și nucleii centrali. Lamelele și lamelele cerebeloase sunt subțiri, cenușii și uneori fibroase. Caracteristic pentru acest proces distructiv este meningo-vascularita asociată.

Debutul acestei forme de atrofie se face în copilărie. După o fază meningo-encefalică apar fenomene cerebeloase care constau mai ales în turburări de echilibru. Evoluția este cronică. Diagnosticul este greu mai ales când avem absența limfocitozei și reacțiunii Wasserman în lichidul cefalo-rachidian.

Atrofii lamelare, descrise de A. Thomas 1905. Atrofia este diseminată neregulat pe lamele. La nivelul lamelelor celulele lui Purkinje sunt înlocuite prin țesut nevrolgic. Substanța albă nu este atinsă. Clinic avem turburări statice și turburări de mers.

Atrofii cerebeloase progresive. Guillain și J. Decourt au publicat un caz la un individ de 69 de ani sifilitic cu toate reacțiile de laborator pozitive. Fenomenele au apărut lent fără ictus și erau mai pronunțate la membrele inferioare traducându-se prin turburări statice și turburări de mers foarte accentuate. Din punct de vedere anatomo-patologic s'au găsit leziuni de atrofie difuză cu distribuție neregulată, mai ales la fața superioară a cerebelului. La nivelul leziunilor de atrofie celulele lui Purkinje erau dispărute.

Atrofii încrucișate ale cerebelului. Acestea sunt atrofii cerebeloase asociate cu atrofii cerebrale. Atrofia interesează mai mult un emisfer. Au fost observate mai ales la copii eredo-sifilitici de A. Thomas și Dș Kononova. Nu se știe dacă atrofia cerebeloasă sau cerebrală este primitivă.

Cazuri clinice

În clinica psihiatrică din anul 1919 până în anul 1934 s'au diagnosticat cinci cazuri de sindrom cerebelos luetic. În afară de acestea au mai fost cinci cazuri de sindrome cerebeloase, dintre cari trei cazuri de tumori cerebeloase, și două cazuri de sindrome cerebeloase nespecifice. Într'unul din aceste ultime cazuri s'ar putea totuși presupune o etiologie luetică întrucât soția bolnavului recunoaște un avort spontan în afară de cinci nașteri la termen. Precum reiese din acest număr restrâns de cazuri de sindrome cerebeloase, sifilisul este o cauză relativ frecventă a sindromelor cerebeloase; jumătate din cazuri având etiologia confirmată luetică.

În ceea ce privește raportul dintre localizarea cerebeloasă a sifilisului și celelalte localizări nervoase; în clinica psihiatrică din Cluj din 995 cazuri de sifilis localizat pe diferite părți ale sistemului nervos numai 5 au fost cerebeloase. Deci sindromul cerebelos luetic este destul de rar.

I. — Caz. N. V. 21 de ani. Antecedente negative. Boala a debutat în 1932 cu turburări de echilibru, mers titubant cu tendință de a cădea înainte sau la dreapta. Aceste fenomene se accentuau când bolnavul privea brusc la dreapta. După o săptămână se instalează o cefalee frontală și periorbitală, diplopie, vărsături fără nici un efort, nistagm care când apare face să dispară cefalea, vertij care dispare când bolnavul se culcă pe partea stângă. Din punct de vedere obiectiv: Pupilele bolnavului reacționează la lumină puțin întârziat. Prezintă nistagm orizontal și vertical. Reflexul rotulian drept este pendular.

Lichidul cefalo-rachidian: Tensiunea cu aparatul lui Claude este 35. Albuminoză. Limfocitoză 16 pe mm³. Reacțiunile coloidale (Urechia-Dane) pozitive, reacțiunea Wasserman negativă. S'a făcut diagnosticul de tumoră cerebeloasă, și s'a indicat intervenția chirurgicală. La intervenția făcută de prof. Jacobovici nu s'a observat însă tumora presupusă. Bolnavul a sucombat după două săptămâni dela intervenție cu simptome de hipertensiune și colaps bulbar. La autopsie macroscopic nimic apreciabil. Microscopic s'a observat un țesut granulomatos și gome miliare cari n'au ajuns încă la ramoliment, ocupând substanța albă a lobului cerebelos drept, prinzând puțin și vermisul. Alte leziuni nervoase sifilitice nu s'au găsit.

Deci etiologia luetică a sindromului cerebelos pe care l-a prezentat bolnavul nu s'a diagnosticat decât la examenul microscopic al cerebelului. Acest caz publicat de Prof. Urechia și Klekes în Bull. et Mem. de la Soc. des Hop. de Paris în ședința din 19 Mai 1933, este instructiv prin dificultatea de diagnostic între un

sifilis și o tumoră cerebeloasă, reacția Wasserman fiind negativă în lichid. Reacția Wasserman negativă ne face în cazul acesta să eliminăm sifilisul și să ne gândim la o tumoră; dar hipertensiunea lichidului cefalo-rachidian relativ mică (25) ne face să ezităm la acest diagnostic. Este bine deci să facem un tratament specific exuvantibus chiar dacă reacțiunea Wasserman este negativă în cazuri de sindrome cerebeloase.

II. — Caz. Z. C. 35 de ani. Tatăl alcoolic. Un frate cu o psihoză care s'a vindecat după cinci luni. Tifus exantematic la 14 ani. Neagă sifilisul. Femeia n'a avut avorturi. Bolnavul în 1929 având cefalee se prezintă la consultațiile clinicii psihiatrice. Pupilele erau inegale, punctia suboccipitală a fost pozitivă și s'a recomandat tratament antisifilitic. Nu face însă decât o serie de bismut. În 1933 este din nou bolnav și este primit în clinică. Bolnavul prezintă o cefalee frontală cu exacerbațiuni vesperale, insomnie, în timpul mersului o senzație de cădere la stânga, este nervos, iritabil, violent și cu memorie proastă. Din punct de vedere obiectiv bolnavul prezintă: aortită, anisocorie, ușoară rigiditate pupilară, nistagm moderat în mișcările de lateralitate. La membrele superioare reflexele sunt mai vii. Ușoară ipoacusie stângă din cauză locală. Forța dinamometrică este 65 și 55. La partea stângă prezintă semne cerebeloase. Lichidul cefalo-rachidian prezintă: albuminoză, limfocitoză 114 pe mm³. Reacțiunile coloidale Urechia-Danet și Guillain — Lechelle pozitive. Reacțiunea Wasserman deasemenea pozitivă. Tensiunea rachidiană la aparatul lui Claude este 20. I s'a făcut un tratament clasic cu malarie, neosalvarsan și bismut. În 20 Iulie bolnavul a părăsit clinica fără nici unul din simptomele subiective pe care le avea. Reacțiunile lichidului cefalo-rachidian la plecarea bolnavului din clinică au fost slab pozitive, reacția Wasserman fiind chiar negativă. Acest caz a fost publicat de Prof. Urechia și L. Dragomir cu diagnosticul de emisindrom cerebelos sifilitic în Bull. et Mem. de la Soc. des Hop. de Parts, ședința din 1 Dec. 1933.

III. — Caz. Bolnav în vârstă de 24 ani. Boala a debutat brusc cu cefalee intensă. După două ore bolnavul face un ictus cu pierderea cunoștinței, iar după o oră sucombă. Cadavrul a fost transportat la Institutul de med. legală unde s'a făcut autopsia creierului. Lobul stâng cerebelos prezintă la autopsie o hemoragie mare care a inundat și ventriculul al IV-lea. Plexurile choroide erau congestionate. În artera bazilară aproape de emergența arterei cerebeloase posterioare s'a constatat o placă aterosomatoasă. În regiunea frontală erau plăci de leptomeningită. Din cauza că bolnavul înainte de boala care i-a cauzat moartea era complet sănătos s'au eliminat din etiologie bolile infecțioase și intoxicațiile. Cum se știe că sifilisul este o cauză frecventă a hemoragiilor și ramolismențelor cerebeloase, s'a căutat sifilisul în familie și s'a aflat că individul respectiv într'adevăr era

sifilitic și urma un tratament antiluetic. La examenul microscopic al cerebelului făcut la clinica psihiatrică de Prof. Urechia s'a constatat: Arterele cerebeloase prezintau o infiltrație limfocitară și plasmatică. Un vas prezintă o arterită tip Heubner, alt vas prezintă o tromboză, iar meningele prezintă în unele locuri o degenerescență hialină. Nevroglia în jurul emoragiei prezintă o transformare amoeboidă. La nivelul creierului s'a găsit o meningită cronică cu proliferare a fibroblastelor și fără leziuni infiltrative. Vasele meningiale prezintau și ele leziuni sifilitice. Acest caz a fost publicat de Prof. Urechia, Kernbach și Elekes în Bull. ef Mem. de la Soc. des Hop de Paris, în 7 April 1933 cu diagnosticul de emoragie cerebeloasă la un tânăr sifilitic.

IV. — Caz. U. Th. 40 de ani. Tatăl alcool'c. În antecedente pneumonie, blenoragie, un accident în urma unei explozii din timpul războiului când și-a pierdut cunoștința timp de 15 minute. Soția a avut 12 copii dintre cari 6 morți în I.—II copilărie. Boala a debutat insidios cu amețală, mișcări de balansare antero-posterioară a capului. Mai târziu apare greață și vărsături fără efort, turburări de echilibru. Din punct de vedere obiectiv: Pupilele bolnavului sunt inegale și prezintă nistagm orizontal cu oscilațiuni lente. Reflexele la membrele superioare sunt vii, deasemenea reflexele cutanate abdominale și cremasteriene. Babinski și Oppenheim negative. Romberg pozitiv. Mersul bolnavului era tipic cerebelos, titubant cu baza de susținere mult mărită. Prezintă deasemenea o latero și retropulsivitate. Mergea mult mai dificil cu piciorul drept. La dreapta bolnavul prezintă și alte semne cerebeloase: adiadococinesie, dismetrie, asinergie. Dacă punem bolnavul să se îndoie pe spate el nu flectează genunchii și cade pe spate, din punct de vedere psihic prezintă o ușoară morie. Vede lucrurile în culori vii, alții i se pare că un obiect oarecare vine către el sau se îndepărtează. Mai târziu însă își dă seamă că totul a fost numai o iluzie. Lichidul cefalo-rachidian prezintă: albuminoză, limfocitoză 8, 5 pe mm³, reacțiunile coloidale pozitive iar reacția Wasserman a fost negativă. Pentru natura luetică ar pleda cei 6 copii morți în I. și II. copilărie, reacțiunile coloidale pozitive și albuminoza din lichidul cefalo-rachidian.

V. — Caz. K. M. Antecedente negative. Boala a debutat insidios, bolnava a observat că mâna dreaptă îi slăbește, nu mai poate să coase, scapă obiectele, etc. Mai târziu a prezentat senzații de frig și furnicături în membrul inferior stâng, turburări în mers, tendința de a cădea pe spate și amețală. Din punct de vedere obiectiv bolnava prezintă aortită, pupilele cu contur ușor neregulat, nistagm ușor orizontal, reflexul rotulian drept mai viu și pendular, iar reflexele abdominale inferioare mai diminuate. Bolnava prezintă și semne cerebeloase: dismetrie, semnul

indexului, adiadococinesie. Romberg este pozitiv. Turburări de echilibru cu retropulsiune. Pusă să se lase pe spate nu flectează genunchii și cade. Lichidul cefalo-rachidian prezintă albuminoză, limfocitoză 35 pe mm^3 . Reacțiunile coloidale pozitive, de asemenea și reacțiunea Wasserman. Tensiunea la aparatul lui Claude 29. Diagnosticul de sindrom cerebelos luetic a fost precizat deci în baza reacțiilor lichidului cefalo-rachidian pozitive.





Concluziuni.

1. Sifilisul cerebelos este o localizare destul de rară a sifilisului nervos.

2. Sifilisul apare tardiv la 10—40 ani dela infecția sifilitică, mai tardiv decât paralizia generală și tabesul.

3. Sifilisul cerebelos este mai frecvent la bărbați decât la femei, ca și sifilisul în general.

4. Sifilisul cerebelos apare fie ca o manifestare primară a unui sifilis nervos, fie în cursul altor afecțiuni neuroase sifilitice: paralizie generală, tabes și scleroză laterală.

5. Sindromul cerebelos sifilitic de cele mai multe ori este datorit emoragiei și ramolimentului arterelor cerebeloase.

6. Diagnosticul sifilisului cerebelos îl facem din prezența simptomelor cerebeloase la un individ cu antecedente sifilitice și reacțiunile lichidului cefalo-rachidian pozitive. Reacțiunea Wasserman poate fi uneori negativă în sânge și lichid.

7. Prognosticul sifilisului cerebelos din punct de vedere vital este în funcție de celelalte leziuni sifilitice ale sistemului nervos. Din punct de vedere funcțional simptomele cerebeloase dispar în urma tratamentului antisifilitic.

8. Tratamentul sifilisului cerebelos nu se deosebește de tratamentul clasic al sifilisului nervos.

9. În Clinica Psihiatrică, în anii 1921—1934 s'au diagnosticat 995 cazuri de sifilis localizat pe diferite porțiuni a sistemului nervos, dintre cari numai 5 au fost cu sindrom cerebelos sifilitic.

Văzută și bună de imprimat.

Decan :

(ss). Prof. Dr. Gh. MARTINESCU

Președintele tezei :

(ss). Prof. Dr. C. URECHIA

Bibliografie.

Testut : Traité d'Anatomie descriptiv.

Drăgoiu : Elemente de Istologie.

Levy—Valensi : Diagnostic Neurologique.

Urechia—Mihalescu : Tratat de patologie neuro-mintală.

Claude : Maladies du systeme nerveux.

Collet : Precis de Pathologie interne.

Thiers : La Syphilis du Cervelet et des connexions cerebelleuses.

Urechia—Elekes. Syphilis cerebelleuse Difficulté du diagnostic. (Bull. Soc. Med. Hop. Paris, Seance du 19 Mai 1933).

Urechia—L. Dragomir : Hémisindrom cerebelleuse syphilitic. (Bull. Soc. Med. Hop. Paris. Seance 7. IV. 1933).

Urechia—Kernbach et Elekes : Hemoragie cerebelleuse a un jeun syphilitic.