

## INCIDENȚA ȘI FORMELE DE APARIȚIE ALE SCLEROZEI ÎN PLĂCI (ÎN LUMINA CAZUISTICII DE 17 ANI A CLINICII NOASTRE)

Acad. D. Miskolczy, P. Waitsuk, K. Csiky, Cs. Wagner R.

În toate țările se elaborează lucrări și se adună date în legătură cu extinderea și frecvența sclerozei în plăci.

Recent, primul Congres Internațional al Științelor Neurologice ținut la Bruxelles la 21—28 VII 1957 a ridicat în discuție problemele ce-și așteaptă soluționarea în legătură cu scleroza în plăci și cu afecțiunile demielinizante. Participanții la congres au trecut în revistă cunoștințele de pînă acuma referitoare la scleroza în plăci. Printre lucrările congresului au figurat numeroase contribuții statistice despre incidența și formele de apariție ale sclerozei în plăci. (Akerman, Brage, Halasy, Herman, Kurland, Alter și Bailey Pearce, Okinaka, De Rojas C. M., Youssif și Mostafa Mahmoud.

Lucrarea de față urmărește un scop similar și anume *acela ca în urma studierii materialului nostru clinic pe o perioadă de 17 ani, să furnizeze, potrivit relațiilor existente la noi în țară, date referitoare la extinderea, incidența precum și la frecvența și la eventuala raritate a simptomelor acestei boli, fie în concordanță cu datele relatate în manuale, fie deosebindu-se de acestea.* Vom folosi și observațiile relatate de autori români și străini, pentru ca astfel să avem posibilitatea de a face o comparație. Prin urmare, datele noastre sînt caracteristice, în primul rînd, pentru formele de apariție ale bolii pe raza teritorială deservită de clinica noastră. Sperăm că acțiunile similare de adunare a datelor ce se desfășoară în toate țările

vor avea un efect rodnic pentru elucidarea problemelor în legătură cu etiopatogenia și tratamentul acestei afecțiuni.

*Extindere, frecvență.* Studiind frecvența sclerozei în plăci, *Marburg* a constatat că ea reprezintă 8% din totalul îmbolnăvirilor nervoase. Este demn de subliniat faptul că boala e foarte răspândită în Danemarca (*Jensen și Schröder*), în Norvegia (*Monrad—Krohn*), în Suedia (*Sallström*), în Finlanda și Islanda (*Stender*), în timp ce în Japonia (*Miura, Sato, Kurado și Steiner*, ca și *Siemerling*), în China (*Peister și Word*) în Egipt și Madagascar (*Stender*), în America de sud precum și în Africa de sud, scleroza în plăci apare numai sporadic sau extrem de rar (*Stender, Russell—Brain, Cochrane*).

Înmărmind materialul clinic al spitalului István din Budapesta, *Halasy M.* a relatat că dintre cei 22.399 de bolnavi internați între 1939—1956, 1763, adică 6,34% au suferit de scleroză în plăci.

*R. Lopashich* și *N. Zec* (Iugoslavia) au relatat între 1923—1955 în total 685 de cazuri de scleroză în plăci, iar în Sarajevo (Bosnia și Herțegovina) au observat între 1945—1956, 202 cazuri, ceea ce reprezintă 887 de cazuri de scleroză în plăci, adică 3,5% din totalul afecțiunilor nervoase. *E. Herman* relatează în Polonia o incidență mai ridicată. La noi în țară, *Minciu, Șofletea* și *Marcovici* au găsit în materialul clinicii din Timișoara între 1951—1959, 161 de cazuri de scleroză în plăci. Această cifră reprezintă 13,7% din totalul bolnavilor internați.

*J. Seitan* și *C. Roșianu* au publicat rezultatele interpretării clinico-statistice a 149 de cazuri de scleroză în plăci observate în regiunea Brașov.

În Clinica de neurologie de la Tîrgu-Mureș au fost tratați în interval de 17 ani (1945—1961) 411 bolnavi de scleroză în plăci. Acest număr reprezintă 1,5% din totalul de 26.596 de bolnavi internați în această clinică în răstimp de 17 ani. Numărul cazurilor de scleroză în plăci reprezentînd 1,5%, urmează după catastrofele cerebrale de origine vasculară (1.346 de cazuri, 5%), după tumorile cerebrale (1.062 de cazuri, 3,9%), după neurosifilis (870 de cazuri) 3,2% și după epilepsic (568 de cazuri, 2,1%).

*Repartizarea cazurilor de scleroză în plăci după sex.* În legătură cu repartizarea acestei afecțiuni după sex, părerile sînt diferite. *Bucca* (Viena) a găsit în materialul lui 460 de bărbați și 262 de femei. Din cele 1.151 de cazuri relatate de *Dreyfuss*, 672 sînt bărbați, și 479 femei. În cazuistica lui *Marburg* găsim 112 femei și 50 de bărbați. La o constatare similară a ajuns și *H. Pette* în materialul cărui figurează 258 femei și 207 bărbați. *Lopashich* și *Zec* la un material de 887 de bolnavi au găsit 489 de femei și 392 de bărbați. În schimb, datele relatate de *Bodechtel* arată că îmbolnăvirea se produce aproape în aceeași proporție atît la bărbați cit și la femei. *Minciu, Șofletea* și *Marcovici*, studiind repartizarea după sex pe un material de 165 de cazuri, au constatat o proporție mai ridicată la bărbați (87 de cazuri). În materialul studiat de noi, din 411 cazuri 229 au fost bărbați (55,71%) și 182 femei (44,28%).

*Repartizarea cazurilor de scleroză în plăci după vîrstă.* Numeroase observații arată că scleroza în plăci survine și în copilărie. *Reymond* și *Lejonne* au relatat 1 caz apărut la vîrsta de 1 an jumate, *Nobel* un caz la vîrsta de 2 ani și jumătate, *Neuburger* un caz de 4 ani și jumătate, iar *Ch. Arnouts* două cazuri survenite în copilărie. Unul din aceste cazuri a fost confirmat și histopatologic. Intr-unul din cazurile relatate de *Ludo van Bogaert* și *Et. Matthys* boala a debutat la 12 ani, pentru ca deznodămîntul letal să se producă la 14 ani.

În cele observații arată că după vîrsta de 10 ani afecțiunea nu mai este rară (*Wexberg, Wechsler, Marburg, Creutzberg*). *Güll* și colab. cercetînd în 1959 datele din literatură referitoare la incidența afecțiunii în copilărie au găsit în total 40 de cazuri cînd scleroza în plăci a apărut între 11 și 14 ani.

În adolescență numărul îmbolnăvirilor crește. *Vierheilig* a constatat că în 41% din cazurile sale debutul s-a produs în cel de al treilea deceniu de viață, iar în 29% în al

patrulea. *Sallström* în schimb relatează că în 75% din cazurile sale boala a debutat între 16—35 de ani. La marea majoritate a cazurilor relatate de *Goldflam*, scleroza în plăci a apărut la vârsta de 20—30 de ani. În 35% din cazurile descrise de *Lopashich R.* și *Zec N.* boala a debutat între 25—35 de ani.

Potrivit datelor lui *Cendrowski*, debutul bolii se produce între 21—45 de ani în 79% a cazurilor. În materialul clinic al Clinicii de neurologie din Mînc, bolnavii de scleroză în plăci au fost în proporție de 5,2% sub vârsta de 20 de ani (observații care îmbrățișează o perioadă de 9 ani).

În 16% din cazurile studiate, *Minciu*, *Șofletea* și *Marcovici* au găsit bolnavi sub 20 de ani. Peste vârsta de 50 de ani au avut un singur caz.

Autorii sînt în general de acord asupra faptului că după vârsta de 45 de ani frecvența sclerozei în plăci scade. Apariția acestei afecțiuni la o vîrstă mai înaintată este rară, la fel ca și în copilărie. *Hoesslin* relatează 3 cazuri peste 60 de ani, *Bergmann* 1 caz în vîrstă de 65 de ani și *Crocqu* un caz în vîrstă de 81 de ani, toate acestea putînd li considerate drept rarități.

*Jequier M.* (1958) urmărind cazurile de scleroză în plăci survenite la o vîrstă mai înaintată a adunat din toată literatura numai 43. În materialul nostru, debutul bolii s-a produs în 31 de cazuri în cel de al șaselea deceniu de viață.

În ce privește repartizarea materialului nostru după vîrstă în marea majoritate a cazurilor boala a debutat între 20—40 de ani. (243 de cazuri, 59,12%). Dintre aceștia în 125 de cazuri afecțiunea a apărut în cel de al treilea deceniu de viață (30,6%). În concordanță cu datele din literatură, numărul cazurilor noastre scade treptat după vîrstă de 45 de ani. Nu rareori cazurile survenite peste vîrstă de 45 de ani au prezentat un anumit aspect vascular. În urmă cu cîțiva ani am observat un caz de boală *Winiwarter-Buerger* care a trezit la început suspiciunea de scleroză în plăci. Elucidarea diagnosticului s-a putut face numai pe baza examenului histopatologic. Potrivit observațiilor noastre simptomele leziunilor vasculare sînt prezente chiar în faza inițială a bolii, dar dacă debutul afecțiunii are loc în al cincilea deceniu de viață caracterul vascular devine dominant.

Am încercat să urmărim repartizarea bolii după anotimpuri. În 198 de cazuri am reușit să stabilim anotimpul. În 64 de cazuri debutul a avut loc primăvara, în 53 iarna, în 48 vara și în 33 toamna. Rezultă prin urmare că cele mai multe cazuri au început primăvara timpuriu și iarna. Regretăm că aproape în 50% din cazurile noastre nu am izbutit să stabilim precis anotimpul în care a avut loc debutul bolii.

De problema legăturii dintre anotimp și debutul afecțiunii s-au ocupat de asemenea *Minciu*, *Șofletea* și *Marcovici*. Ei au putut să stabilească anotimpul în 82 de cazuri, observînd că în 35 de cazuri debutul s-a produs vara, în 30 de cazuri iarna, în 19 primăvara și în 16 toamna.

În Uniunea Sovietică *Grascencov*, *Rogover*, *Gecht* și *Vein* au studiat frecvența bolii și au ajuns la concluzia că aceasta scade de la nord spre sud. Rolul climei și al precipitațiilor atmosferice în provocarea bolii nu este încă destul de elucidat.

Recent *Milton Alter* și colab. (1960) au studiat aspectele geografice ale incidenței sclerozei în plăci și au constatat că în Noua Scoție (Canada) numărul îmbolnăvirilor este de 2,4 ori mai mare decît în părțile sudice ale Carolinei. Autorii au pus în legătură acest fapt cu clima rece. Afirmația potrivit căreia cauza mării răspîndiri a sclerozei în plăci ar fi o insuficiență aprovizionare cu apă (*Allison*) este lipsită de temei. În Norvegia și Finlanda, țări care au multe ape, boala este frecventă.

*Dawenport* susține că frecvența crescută a sclerozei în plăci se observă acolo unde există ape abundente. Cu toate acestea, în Japonia, care după cum se știe este înconjurată de mări și oceane, scleroza în plăci apare numai sporadic.

*Repartizarea materialului clinic după profesiune.* Unii autori ca *Morawitz*, *Dreyfus*, *Steiner*, *Wilson* și alții au observat că scleroza în plăci este o boală care survine mai ales în mediul rural. Datele lor statistice nu pot fi însă acceptate fără rezervă, deoarece ele se referă la regiuni în care îndeletnicirea predilectă a popu-

lației este agricultura. Dimpotrivă *Kreindler* constată că scleroza în plăci se întâlnește mai rar în mediul rural, și mai frecvent printre locuitorii de la orașe. *In ce ne privește, am stabilit că 54,5% din cazurile noastre provin din mediul rural (222 de cazuri) și 45,9% (189 de cazuri) provin din mediul urban.* Această cifră din urmă nu are o semnificație deosebită, deoarece este evident că numărul bolnavilor e mai mare la orașe unde populația este mai deasă. În materialul lui *Minciu, Șofletea și Marcovici* 70% din bolnavi provin din mediul urban. Studiind repartizarea cazurilor noastre după profesie, am constatat că 40,14% (165 de cazuri) provin din sectorul agriculturii. Muncitorii calificați reprezintă numai 10,9%, adică 45 de cazuri. Numărul muncitorilor necalificați este de 38 adică 9,24%. Dintre cei 411 bolnavi de scleroză în plăci 79 au fost lucrători intelectuali (19,2%). Dintre aceștia 12 lucrători în rețeaua sanitară, 45 funcționari, 3 tehnicieni și ingineri, 19 cadre didactice și elevi. În materialul nostru figurează 12 pensionari, 57 casnice și 15 persoane cu alte profesii.

Dacă luăm în considerare împrejurările ce favorizează exacerbările putem afirma că după gripă, și diferite imbolnăviri catarale ale căilor respiratoare superioare, cel mai important rol îl au graviditatea, întreruperea sarcinii și nașterea. Este demn de menționat observația lui *Sprenger*, potrivit căreia în 40% din cazuri graviditatea a dus la agravarea afecțiunii. *Riesz*, sintetizând datele referitoare la 100 de unipare, și respectiv multipare a constatat că în 21% a cazurilor debutul s-a produs în timpul nașterii, iar în 67% a cazurilor la 1—12 ani după prima sau a doua naștere. Analizând materialul nostru din punctul de vedere al exacerbărilor rezultă că din cele 411 cazuri, 175 au evoluat cu o exacerbare, 145 cu două, 56 cu trei, 23 cu patru și 12 cu cinci exacerbări.

Dintre simptomele inițiale în 163 de cazuri (39,8%), s-a constatat o pareză, în 85 de cazuri (20,6%) parestezii, în 84 de cazuri (20,4%) neurită retrobulbară, în 67 de cazuri (16,3%) tulburări sfincieriene, în 52 de cazuri (12,6%) o hemipareză, în 44 de cazuri (10,7%) pareza nervului oculomotor extern. Printre simptomele inițiale cefaleea se întâlnește destul de des (69 de cazuri) 14,7%. Ea poate să apară izolat sau asociată cu simptome de focar sau în cadrul unei stări neurastenice. *Nu rareori am întâlnit cazuri când cefaleea a fost atribuită unei neuroze, deși ea constituia simptomul inițial al sclerozei în plăci.* Până în cele din urmă diagnosticul în aceste cazuri a fost decis de simptomele de focar care a evoluat mai târziu precum și de tabloul clinic caracteristic și de evoluția sclerozei în plăci.

Analizând frecvența simptomelor sclerozei în plăci am constatat că parezele faciale sînt destul de dese. (51 de cazuri, 12,4). În concordanță cu datele relate în literatură am observat atît forme periferice cît și centrale. În materialul nostru a fost frecventă prezența concomitentă a leziunilor faciale și ale nervului oculomotor extern.

După leziunile faciale în ordinea frecvenței urmează cele ale nervului oculomotor extern, observate în 39 de cazuri (9,4%). Această observație concordă cu datele relatate în literatură (*Marburg, Pette și Müller*).

Leziuni olfactive au fost întâlnite în mod cu totul excepțional (un caz), de altfel ca și în datele din literatură. *Bodechtel*, studiind 350 de cazuri, a întâlnit tulburări olfactive numai la 4 bolnavi.

*Neurita retrobulbară* a fost observată în 22 de cazuri, atrofia monolaterală sau bilaterală a nervului optic în 22 de cazuri, decolorare temporală monolaterală în 32 de cazuri, decolorare bitemporală în 42 de cazuri. Decolorarea temporală reprezintă în materialul nostru 18%, iar neurita retrobulbară 5,3%. Aceste cifre par minime la prima vedere. Dacă însă ținem seama de faptul că decolorarea temporală a papilelor nu este în fond altceva decît o stare preliminară a neuritei retrobulbare, atunci proporția se ridică la 23,3%. În ceea ce privește frecvența neuritei retrobulbare parerile sînt deosebite. *Gunn și Windmüller* au găsit-o în 22,2—57%, *Marburg* și alți autori în 55—74%. *Cimbal* relatează atrofia nervului optic în 9%;

noi am întâlnit acest simptom numai în 5,3%. Credem că merită să fie relevat faptul că scleroza în plăci cauzează cecitate completă numai în proporție de 1,8%. Noi am observat cecitate în 2% a cazurilor. *Cimbal* a găsit stază papilară în 10,9%. Noi am observat în 4 cazuri papile cu marginile estompate iar în două cazuri stază papilară (1,4% din totalul cazurilor).

Considerăm demne de menționat cele 3 cazuri însoțite de nevralgia trigemenului. *Bodechtel* a descris această leziune numai în 3 cazuri. *Galaction*, urmărind 26 de cazuri de scleroză în plăci nu menționează nevralgia trigemenului. Într-un caz a observat o diminuare a sensibilității pe teritoriul trigemenului. Noi am constatat în 7 cazuri o astfel de diminuare pe teritoriul de inervație al trigemenului.

Frecvența nistagmului este în general cunoscută în scleroza în plăci: *Berger* relatează o frecvență de 45%, *Müller* de 73%, *Windmüller* de 75% și *Bodechtel* de 48%. În materialul nostru nistagmul spontan orizontal a fost observat în 207 de cazuri (50,3%) nistagmul spontan vertical în 57 de cazuri (13,8%) și nistagmul rotatoric în 14 cazuri (3,4%).

*Vendég*, studiind în 1948 reacția vestibulară la 150 de bolnavi de scleroză în plăci, a descris particularitățile caracteristice ale acestei afecțiuni, constatând că în cursul reacției rotatorice și calorice diferența dintre faza lentă și rapidă este ștearsă (75,92%), și că amplitudinea și frecvența prezintă un caracter ondulant în 85% a cazurilor; reacția rotatorică este accentuată (92%) iar timpul de latență al reacției calorice este scurtat (96%). Noi am efectuat în 214 cazuri examenul vestibular și în 176 de cazuri (82,1%) am observat o reacție caracteristică sclerozei în plăci. Modificările reacției vestibulare considerate de *Vendég* ca fiind caracteristice au fost observate de noi și în marea majoritate a cazurilor oligosimptomatice. Faptul acesta a contribuit în măsură considerabilă la stabilirea diagnosticului.

Leziunile regiunii căii piramidale s-au manifestat mai ales în parapareză, paraplegie (193 de cazuri, 48%), sau în tetrapareză, tetraplegie (38 de cazuri, 9,2%).

În concordanță cu datele lui *Berger*, *Marburg* ca și cu ale lui *Obstander* am observat că parezele apărute exclusiv la membrele superioare sînt mai rare (un caz de parază a minii stîngi, și 3 cazuri de parază a minii drepte). În schimb hemiparaza, respectiv hemiplegia figurează în materialul nostru într-un număr destul de mare. (70 de cazuri, 17%, dintre care de partea stîngă 32 și de partea dreaptă 38). paraplegie flască am observat într-un caz, însoțită de sindrom de coș terminal.

Potrivit datelor publicate de Societatea Internațională pentru Combaterea Sclerozei în Plăci sindromul cel mai constant este abolirea reflexelor abdominale care se constată în 60—90% a cazurilor. Interpretînd materialul nostru din acest punct de vedere am constatat că abolirea reflexelor abdominale a fost prezentă în 280 de cazuri (68,1%) iar tulburările unilaterale ale reflexelor abdominale au fost prezente în 69 de cazuri (16,7%). Aceste din urmă au apărut mai ales în formele hemiplegice.

În ceea ce privește tulburările senzitive, din cele 411 cazuri în 86 (20,9%) au apărut parezezii cu diferite localizări. În 21 de cazuri din cele 152 relate de *Marburg* parezeziile au constituit sindromul inițial al bolii. Se cunosc forme clinice care se manifestă chiar de la început cu fenomene dureroase. Forma dureroasă a sclerozei în plăci a fost descrisă de *Frankl-Hochwart*, *Müller* și alți autori. În materialul nostru în 69 de cazuri (16,7%) am întâlnit cefalee, în 3 cazuri nevralgia trigemenului, în 1 caz nevralgie intercostală, în 1 caz lombosciatică și în 1 caz hiperpatie talamică.

Cercetînd formele dureroase ale sclerozei în plăci, *Oppenheim* a încercat să le explice prin leziunile radiculare. *Marburg* și *Pette* au confirmat și histopatologic prezența acestor modificări. *Strahüber* a observat modificări și în nervii periferici. Totodată *Barré* a atribuit o origine cordonală unora dintre simptomele dureroase. Alți autori (*Sebeck*, *Laignel-Levastine*) încredințează sistemul nervos vegetativ sau leziunile talamusului pentru apariția durerilor. *Galaction*, a studiat tulburările senzitive în 262 de cazuri de

scleroză în plăci. În 45,8% aceste tulburări au avut un caracter obiectiv, iar în 55,2% un caracter subiectiv. În materialul nostru clinic tulburările senzitive de tip medular au fost cele mai frecvente. Nu am observat tulburări senzitive de tip cortical. Într-un caz am constatat o hiperpatie de tip talamic, într-un caz tulburările senzitive au fost de tipul leziunii conusului, și într-un alt caz de tip disociat care însă au avut un caracter trecător. Observații asemănătoare relatează *Oppenheim, Peritz, Piltz* și alții.

Dintre tulburările sfinteriene, cea mai frecventă este incontinența urinară (39 de cazuri, 9,49%). Retenția urinei a figurat cam în aceeași proporție cu retenția anală (19 cazuri, 4,6% față de 20 de cazuri 4,8%).

În două cazuri am observat o afazie motorică pasajeră iar în alte 2 cazuri o vorbire de tip bulbar. Vorbirea scandată a fost cea mai frecventă (64 de cazuri, 15,5%).

Menționăm că în 3 cazuri accesese epileptice generalizate și jacksoniene au apărut deja în faza inițială a bolii; de asemenea într-un caz am observat o epilepsie temporală.

În 20 de cazuri (4,8%) am găsit un sindrom cerebelos izolat. Notăm însă că simptomele cerebeloase s-au asociat în multe cazuri altor forme clinice (formelor paraplegice, hemiplegice și tetraplegice deopotrivă).

În 6 cazuri tulburările de termoreglare (hipertermie) au atras atenția asupra posibilității prezenței unui focar diencefalic.

Dintre simptomele psihice stările neurastenice au fost cele mai frecvente. Acestea au fost observate în 4,3% a cazurilor încă de la debutul bolii. 2 cazuri s-au prezentat cu confuzie mintală cu halucinații. Într-un caz am constatat prezența unui sindrom depresiv (la fel ca *Redlich, Lhermitte* și alții) în prezența tabloului clinic caracteristic al sclerozei în plăci. În 3 cazuri tabloul a fost mascat de demență. (*Gray, Müller, Cassirer, Berger* și alții). Plîsul forțat și risul spastic s-au asociat cu un sindrom talamic sau cu simptome cu aspect extrapiramidal parkinsonian, respectiv de balism. Un caz așa-numit pseudotumoral s-a manifestat cu simptome frontale, în special cu o lipsă de inițiativă.

Două cazuri au prezentat o formă pseudotumorală cu hipertensiune intracraniană. Un caz s-a prezentat ca un proces expansiv tumoral frontal, iar celălalt ca un proces expansiv al lojei posterioare.

Se știe că scleroza în plăci debutează uneori prin sindromul hipertensiunii intracraniene (*Folix, Marburg, Lévy, Adler, Schaeffer, Dilly și Heine*). În caz de prezență concomitentă diferențierea sclerozei în plăci de tumorile cerebrale întîmpină mari greutăți și necesită o deosebită prudență. Staza papilară a fost menționată de mulți autori ca simptom al sclerozei în plăci. (*Henner, Pitha, Vinar, Adler, Dilly, Dirsch, Verger, Schallaer, Debrouse* și alții).

Într-un caz relatat de *Mello* (1944) la o femeie de 30 de ani tabloul clinic al sclerozei în plăci a imitat un proces expansiv tumoral al lojei posterioare.

*Riser, Garric, Géraud* și *De Saint-Martin* (1944) relatează cazul unei femei de 39 de ani, la care s-au constatat accese epileptice jacksoniene de partea dreaptă. Aceste accese care s-au repetat la intervale scurte în curs de 24 de ore, au fost însoțite de o hemiplegie pasajeră. Pe lângă accesesele de tip jacksonian, au apărut și absențe, diminuarea acuității vizuale de partea stîngă și cefalee. Examenul fundului de ochi a descoperit o decolorare temporală. Durerile de cap și accesesele jacksoniene frecvente au făcut incert diagnosticul de scleroză în plăci cu toate că decolorarea temporală pleda pentru această afecțiune.

Prezența crizelor epileptice în scleroza în plăci îngreunează diagnosticul diferențial dintre afecțiunile tumorale cerebrale și procesele de demielinizare. În literatură sînt amintite cazuri cînd intervenția chirurgicală a fost executată din cauza suspiciunii de tumoră cerebrală, constatîndu-se apoi că era vorba în realitate de o scleroză în plăci. Cu toate acestea trebuie să ne gîndim uneori și la posibilitatea prezenței concomitente a proceselor de demielinizare și a tumorii cerebrale.

În cazul de scleroză multiplă, confirmat prin autopsie, relatat de *Lindström* (1953) la examenul encefalografic s-a stabilit dislocarea aparatului ventricular. Acest examen a semnalat prezența unor simptome de focar. Antecedentele personale ale bolnavului au indicat o hipertensiune intracraniană cu debut brusc și progresiv precum și prezența stazei papilare. După dispariția hipertensiunii intracraniene acute a persistat scleroza multiplă, într-o formă cu remisuni.

În cazul relatat de *Reiser, Gayrald, Giraud și Lamarck* (1943) era vorba de o femeie în vîrstă de 38 de ani care după colecistită a prezentat dureri de cap, parezezii în membrul superior stîng, ptoză stîngă, parază facială dreaptă, vorbire scandată, și o stază papilară bilaterală. Cu 5 luni mai tîrziu staza papilară s-a accentuat iar pe fundul de ochi au apărut și hemoragii. Pe lîngă sindromul unei leziuni centrale s-a instalat și o parază radială bilaterală. Lichidul cefalorahidian se obține cu o presiune ridicată, numărul celulelor a fost de 12/3, iar proteinele au fost sporite în lichid. Mai tîrziu staza papilară a regresat și simptomele neurologice au dispărut. Bolnava a fost ținută sub observație timp de 2 ani, fără să se fi observat nici o recrudescență. În cele din urmă autori au ajuns la concluzia că a fost vorba de o scleroză în plăci.

Cazuri de scleroză în plăci debutînd printr-o hipertensiune intracraniană acută au fost observate mai ales în timpul gravidității sau al menstruației. Diagnosticul diferențial al proceselor craniene expansive față de scleroza în plăci este îngreunat de numeroase împrejurări. Prezența stazei papilare și a hipertensiunii intracraniene trezește suspiciunea de tumoare cerebrală. Dacă în același timp se constată și o stare febrilă, atunci se ivește și posibilitatea abscesului cerebral. Examenul pneumoencefalografic sau ventriculografic dă de cele mai multe ori un rezultat negativ, dar se cunosc și forme ce se manifestă printr-o dislocare caracteristică proceselor tumorale expansive (cazul lui *Lindström*).

În eventualitatea că sindromul hipertensiunii intracraniene și staza papilară regresează, stabilirea diagnosticului diferențial este mai ușoară pe baza simptomatologiei caracteristice sclerozei în plăci. Unele cazuri însă rămîn neelucidate, în ciuda minuțiozității cu care sînt efectuate examinările.

Merită să fie menționat un caz al nostru manifestat printr-un sindrom talamic și altul manifestat prin simptome de tip parkinsonian, (rigiditate cu tremurături). Într-un caz am observat și un balism în prezența unor leziuni cerebelare și piramidale.

Observațiile noastre în legătură cu lichidul cefalorahidian sînt următoarele:

|                                               |     |         |         |
|-----------------------------------------------|-----|---------|---------|
| Numărul punctiilor suboccipitale              | 247 | } = 263 |         |
| Numărul punctiilor lombare                    | 16  |         |         |
| Lichid normal                                 | 102 | } = 147 | } = 263 |
| Sporirea proteinelor                          | 83  |         |         |
| Sporirea proteinelor și a numărului celulelor | 64  | } = 78  |         |
| Sporirea numărului celulelor                  | 14  |         |         |

*Sporirea proteinelor:*

|              |    |         |
|--------------|----|---------|
| R. Pandy (±) | 58 | } = 147 |
| R. Pandy +   | 44 |         |
| R. Pandy ++  | 42 |         |
| R. Pandy +++ | 3  |         |

*Sporirea numărului celulelor:*

|                       |     |        |
|-----------------------|-----|--------|
| Nr. celulelor: 6—12/3 | 185 | } = 78 |
| " 13—20/3             | 24  |        |
| " 21—100/3            | 43  |        |
| " 101—800/3           | 11  |        |

*Trebuie să amintim rolul puncțiilor în evoluția procesului patologic. Este răspîdită părerea potrivit căreia puncția lombară poate să atragă după ea agravarea bolii și că puncțiile repetate sau pneumoencefalografia prezintă riscuri și mai mari. K. Henner combate cu fermitate efectuarea puncției lombare, întrucît a observat că după efectuarea ei a survenit o înrîutățire în 70% a cazurilor (669 de cazuri). El susține că dacă este nevoie să se efectueze o puncție, atunci aceasta să fie suboccipitală deoarece bolnavii o suportă cu mult mai ușor. În materialul nostru, noi am observat exacerbarea procesului după o puncție lombară în 2 cazuri. Ne declarăm de acord cu părerea lui Henner, cu atît mai mult cu cît după efectuarea unei puncții suboccipitale la 224 de bolnavi nu am observat în nici un caz crearea unei agravare a bolii.*

*Studiind formele clinice ale bolii am constatat că în 73,4% (302 cazuri) a cazurilor au dominat leziunile piramidale. Din acestea, 187 de cazuri adică 45,3% au prezentat un aspect pur medular. Leziunilor piramidale li s-au asociat simptome cerebroase într-un procent de 16,3%, simptome oculare în 17,7%, vestibulare și cerebrale în 0,6% precum și diencefalice, mezencefalice sau extrapiramidale. Evoluția formelor medulare are în general un caracter lent cronic. Remisiunile terapeutice și spontane sînt minime sau chiar lipsesc complet.*

*În materialul nostru 20 de cazuri adică 4,8% au prezentat o formă clinică pur cerebelară. Formele cerebelare combinate le-am întîlnit în 4,9%, cu simptome de trunchi cerebral în 3,3%, cu simptome piramidale în 0,7% și cu simptome oculare în 0,2% a cazurilor.*

*Forme izolate de trunchi cerebral le-am întîlnit într-o proporție de 2,1% adică în 9 cazuri. În unele din aceste cazuri debutul a fost vehement, în ciuda faptului că tendința la remisiuni a fost cea mai exprimată tocmai în aceste forme.*

*În materialul nostru formele fruste sînt reprezentate într-o proporție de 13,38% (55 cazuri). În aceste cazuri numite și oligosimptomatice, simptomele dominante pe lângă cele neurologice izolate sau puține la număr au fost: o cefalee rebelă la orice tratament, amețeli, vîjîituri în urechi și simptome neurastenice. Sistem convinsîși că formele fruste adică oligosimptomatice au o frecvență mult mai mare decît cea semnalată, deoarece cele mai multe dintre ele aparțin consultațiilor ambulatorii. Notăm de asemenea că în cazurile ambulatorii, examenul vestibular (Vendég) a constituit un ajutor considerabil în elucidarea diagnosticului. Aceste cazuri oligosimptomatice sînt benigne în marea lor majoritate și chiar dacă evoluția lor este trenantă nu manifestă tendința la progresiune. În fond acesta este fenomenul cel mai îmbucurător pe care putem să-l relatăm în urma analizei materialului nostru, cu toate că el interesează numai un sector minim al observațiilor noastre clinice.*

*Sosit la redacție : 6 aprilie 1962.*

*Bibliografia la autori.*