

1011

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE

No. 516

CONTRIBUȚIUNI CLINICE LA STUDIUL
FACTORILOR EVOLUTIVI AI
POLINEVRITELOR

POLINEVRITE PRELUNGITE PRIN INSUFICENTA
TIROIDIANA LATENTA



TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ŞI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 1930.

DE

ELENA NEGUŞ

POST EXTERN AL CLINICILOR,

POST PREPARATOR AL CLINICEI NEUROLOGICE DIN CLUJ

2666

CLUJ
INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
STRADA MEMORANDULUI 22
1930.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. I. DRĂGOIU.

Profesori :

Bacteriologia (agr.)	D-l. Dr. <i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" " <i>Botez M.</i>
Istologia și embriologia umană	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Gane T.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" " <i>Guiart I.</i>
Clinica Medicală	" " <i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	
Medicina operatoare	" " <i>Iacobovici I.</i>
Farmacologia și farmacognozia	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	" " <i>Mihail D.</i>
Clinica neurologică	" " <i>Minea I.</i>
Medicina legală	" " <i>Minovici N.</i>
Igiena și Igiena socială	" " <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	" " <i>Nițescu I. I.</i>
Farmacia chimică și galenică	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	
Clinica stomatologică (supl.)	" " <i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica dermato-venerică	" " <i>Tătaru C.</i>
Clinica căilor urinare (agr.)	" " <i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	" " <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	" " <i>Vasilii T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte : D-l Profesor Dr. Ioan Minea

Membrii : { " " " *M. A. Botez*
 " " " *I. I. Nițescu*
 " " " *C. Urechia*
 " " " *T. Vasilii*

Supleant : Dl Docent Dr. V. Bologa

*Torei mele Mimi
închin această lucrare*



Președintelui meu de teză
Profesor Dr. J. Minea
și profesorilor mei

respectuase mulțumiri și recunoștință pentru înălțimile
obținute de la Domniile lor în decursul anilor de studiu.



Generalități despre polinevrite.

Studiul polinevritei a putut să ia o dezvoltare deosebită abia după ce Ranvier preciză histologia fibrei nervoase și confirmă prin cercetări bine executate memorabilele legi ale lui Waller. În urma acestui fapt diferiți autori prin cercetările, comunicările și observațiunile lor au contribuit la clarificarea și stabilirea entității patologice a polinevritelor. Astfel s'a stabilit că sindromul „polinevrită” este datorit unei reacțiuni inflamatorii sau degenerative a sistemului nervos față de o toxină, care circulând în sânge împregnează de odată toți nervii organismului, dând leziuni atât în sistemul nervos central cât și în sistemul nervos periferic.

Din punct de vedere histo-patologic general avem două feluri de polinevrită: polinevrită interstițială și polinevrită parenchimatooasă. — În polinevrita interstițială se observă alterațiunea țesutului conjunctiv perifascicular atingând în cazurile mai avansate chiar și fibra nervoasă. În polinevrita parenchimatooasă se observă mai ales leziuni ale fibrei nervoase cu o fragmentare a cilindraxului și a mielinei ducând de multe ori la o adevărată secționare a fibrei localizată cu deosebire la nivelul segmentelor interanulare.

Polinevrita parenchimatooasă sau interstițială pură este rară, de cele mai multe ori vom găsi polinevrită mixtă interstițială și parenchimatooasă.

În același timp la examenul centrilor nervoși vom găsi alterațiuni celulare sub forma de cromatoiză centrală, periferică sau totală, la celulele coarnelor anterioare, celulele coarnelor posterioare și în celulele ganglionilor spinali. Aceste leziuni pot fi datorite acțiunii directe a toxinei patogene sau pot fi o reacțiune la distanță datorită întreruperii cilindraxului.

În cazurile de polinevrită acompaniată de tulburări mintale s'au observat și leziuni ale scoarței cerebrale.

Polinevrita poate debuta în mod lent neobservat dar progresiv, cu senzație de oboseală și furnicături în membre pentru ca apoi să se deslănțue întregul tablou al polinevritei. Altă dată debutul este brusc chiar apoplectiform cu temperatură urcată și cu fenomene generale grave.

În polinevrită avem tulburări motorii ca paraplegii, tetraplegii, sau numai abolirea sau diminuarea reflexelor, hipotonii musculare, tulburări trofice ca atrofia musculară diminuarea secrețiunii sudorale căderea părului edeme tulburări de sensibilitate ca hipoestizie superficială sau profundă alterațiuni ale excitabilității electrice a nervilor și a mușchilor precum și tulburări psihice.

Polinevrita survine mai rar la copii, mai des în pubertate și în epoca adultă, iar după 50 ani cazurile de polinevrite sunt rare.

După Pitres și Vaillard polinevritele ca forme clinice se impart în patru sindrome bine diferențiate.

I. Sindromul kabeto-nevritic în care predomină tulburările sensitive și ale coordinațiunii motorii.

II. Sindromul pareto-nevritic unde avem cu deosebire fenomene de ordin paralic.

III. Sindromul amiotorofonevritic cu atrofia musculară pronunțată.

IV. Sindromul psihonevritic unde pe lângă celelalte simptome ale polinevritei se mai adaugă și tulburări psihice.

Deoarece unele polinevrite durează câteva săptămâni, altele luni sau ani, putem avea după durata lor, polinevrită forma acută, subacută sau forma cronică.

Atunci când nu avem decât diminuarea reflexelor durerii ușoare la presiune asupra mușchilor și a nervilor lipsa tulburărilor de sensibilitate obiectivă, nu avem paralizii, vom avea polinevrita ambulatorie care are un diagnostic benign.

După cum sunt mai pronunțate tulburările de natură senzitivă sau motorie, vom avea o polinevrită senzitivă sau

motorie, iar dacă aceste simptome se asociază vom avea polinevrită forma mixtă.

După localizarea tulburărilor motorii vom avea polinevrită simetrică sau asimetrică, iar luând în considerare felul cum progresa maladia, vom avea polinevrită ascendentă sau descendentă.

Forma de polinevrită recurentă se explică prin o debilitate constituțională nervoasă, când bolnavii cu ocazia diferitelor cauze morbide prezintă afecțiuni ale sistemului nervos.

Se mai poate descrie forme etiologice de polinevrită și atunci gruparea este după natura infecțiunii sau a intoxicațiunii.

Polinevrită poate da ori care toxină exo sau endogenă, capabilă să atace fibra și celula nervoasă. Această toxină poate fi elaborată de agentul patogen al maladiilor infecto-contagioase ca febra tifoidă, disenteria bacilară, tuberculoza, difteria, scarlatina, variola, rujeola, pneumonia, gripa, parotidita epidemică, erizipelul, blenoregia, sifilisul, febra palustră. În asemenea cazuri avem polinevrită de origine infecțioasă.

Un altfel de polinevrită sunt polinevritele de origine toxică, în care o toxină organică sau minerală a pătruns în organism, pe cale cutanată gastrică sau pulmonară. Astfel de substanțe sunt alcoolul, arsenicul, plumbul, mercurul, oxidul de carbon, fosforul, și cari după cum am amintit, dau polinevrite de origine toxică.

În afară de acestea se cunoaște un al treilea fel de polinevrită al cărei studiu este relativ recent. Acestea sunt polinevritele discrazice, cari sunt cauzate de maladiile generale sau de vicii ale regimului alimentar, prin alterațiuni lente ale mediului interior. În grupul acesta sunt încadrate: polinevrita reumatismală și gutosă, polinevrita canceroasă, polinevrita în beriberi, scorbut, pelagra; maladiile prin avitaminosă, polinevrita diabetică, polinevrita autotoxică în maladiile nemicrobiene ale rinichiului, ale ficatului și ale tubului digestiv.

Ar mai fi încă un al patrulea fel de polinevrite: anume

polinevrite de origine nedeterminată criptogenetică, a căror etiologie nu o putem determina deoarece bolnavii acuză în antecedente maladii atât de neînsemnate încât nu li se poate atribui un rol patogenetic decisiv. La acești bolnavi cu ocazia unei răceli, a unui efort fizic se deslănțuește o polinevrită acompaniată de întregul cortegiu simptomatic al polinevritei mai ușoare sau mai grave. Cauza acestor polinevrite ar fi o determinanță constituțională, care însă nu e atât de gravă încât să compromită starea generală a individului, ar avea însă consecințe asupra humorilor din cari își iau hrana ramificațiunile terminale ale nervilor periferici (Pitres et Vaillard). În aceste cazuri cea mai mică tulburare patologică ca cele amintite — răceală efort drenaj gastric poate să provoace procesul de degenerescență al nervilor.

Cari cauze anume ar putea avea efect asupra compoziției serului sanghin și asupra alterațiunei humorilor din cari își iau hrana ramificațiunile terminale ale nervilor periferice? În asemenea cazuri ar putea avea un rol și glandele endocrine. Toți autorii afirmă că o stare fiziologică rea și o funcțiune endocrină defectuoasă au consecințe grave asupra debutului și decursului maladiilor sistemului nervos.

Din punct de vedere al gravității cazurilor am putea împărți polinevritele în polinevrite grave, polinevrite de gravitate mijlocie, și în polinevrite ușoare.

Forma gravă de polinevrită evoluează sub forma unei maladii infecțioase cu febră și simptome generale grave, cu tulburări viscerale, tulburări trofice, motorii, cu abolirea reflexelor tendinoase, dureri, și o stare generală rea. În asemenea cazuri alterațiunea mușchiului cardiac și a diafragmului este gravă și precoce, iar leziunile sistemului nervos se pot extinde la nervii bulbari, nervul vag și simpatic terminându-se de multe ori prin moarte.

Formele de gravitate mijlocie sunt cele mai frecvente. Ele atacă cu deosebire membrele inferioare și superioare dând tulburări trofice și motorii abolirea reflexelor tendinoase, dureri la presiune a maselor musculare. Această

formă este susceptibilă în marea majoritate a cazurilor de însănătoşare mai mult sau mai puţin completă.

Forma uşoară debutează şi evoluează fără febră, iar simptomele amintite la polinevritele de gravitate mijlocie sunt mult diminuate. Ele se sfârşesc de obicei cu însănătoşare completă în timp de câteva luni.

Evoluţia polinevritei este diferită ea fiind în funcţiune de natura şi de funcţiunea nervilor lezaţi, de intensitatea afecţiunii, şi de factorii etiologici.

Luând în considerare natura şi funcţiunea nervilor, în polinevritele motorii avem fenomenele paretice, localizate cu deosebire la membrele inferioare, iar tulburările senzitive sunt minime, manifestându-se abia prin oarecari crampe în muşchii gambelor uşoare dureri la presiune a maselor musculare şi a nevrilor, cari însă după câţva timp dispar.

Evoluţia polinevritelor senzitive se prezintă cu predominanţă cu fenomene dureroase foarte intense, localizate la muşchi, la oase, şi pe traectul nervilor.

Intensitatea afecţiunii este de cea mai mare importanţă în evoluţia polinevritei. Aici trebuie luată în considerare mai mulţi factori.

Starea generală a bolnavilor este un factor de cea mai importanţă. regenerarea nervilor fiind cu atât mai uşoară cu cât organismul este mai puţin slăbit. Vârsta trebuie luată de asemenea în considerare, căci copiii şi adulţii prezintă o evoluţie mai benignă, decât indivizii înaintaţi în vârstă, de asemenea şi puterea de difuziune a toxinei, virulenţa microbilor, extinderea alteraţiunilor anatomice, şi gradul de debilitate nervoasă a indivizilor.

Evoluţia polinevritei poate fi lentă când de obicei debutează insidios fără febră, sau cu febră uşoară, cu tulburări subiective a căror intensitate se măreşte încet, bolnavii prezentând senzaţie de greutate la membrele inferioare, furnicături şi senzaţie de arsură la acest nivel.

După un timp oarecare mersul devine anevoios, pentru ca apoi să se înstaleze paralizia completă al membrilor inferioare, care de obicei este simetrică. Paralizia debutează cu muşchii antero-externi ai gambei, piciorul devenind

flasc. Paralizia progresează dela partea distală spre partea proximală a membrelor, dând abolirea reflexelor tendinoase și paralizia mai mult sau mai puțin completă a membrilor inferioare. După câțva timp aceleași fenomene apar și la membrele superioare. După câțva timp aceleași fenomene apar și la membrele superioare. Mușchii paralizați prezintă și atrofie mai mult sau mai puțin pronunțată, iar examenul electric ne indică reacțiune de degenerescență.

În decursul maladiei, bolnavii acuză dureri în membre, cari la începutul maladiei sunt sub forma de furnicăături, și cari mai târziu devin dureri foarte mari.

Tulburările de sensibilitate obiectivă sunt repartizate cu deosebire la extremități în partea lor distală, sub forma de ipoestizie mai mult sau mai puțin pronunțată.

Maladia se poate opri aici, iar după câteva săptămâni se observă o ușoară ameliorare cu o restabilire funcțională lentă dar progresivă. De multe ori însă întâlnim re-tracțiuni tendențioase dând poziții vicioase membrilor.

Se poate întâmpla însă ca maladia să aibă tendința de progresiune spre torace, prinzând astfel mușchii respiratori precum și nervul vag și nervii bulbari, iar bolnavii în asemenea cazuri mor cu ocazia unei sincope sau de o infecțiune pulmonară.

Polinevrita poate însă să aibă o evoluțiune rapidă. Ea debutează sub forma unei maladii infecțioase cu frisoane, cefalee, agitație sau depresiune, cu temperatură mare. În decursul unei maladii infecțioase sau în timpul convalescenței în urma unei oboșeli, bolnavii acuză furnicăături localizate la membrele inferioare, iar după 1—4 zile bolnavii acuză dureri musculare și pe tracetul nervilor. La început bolnavul prezintă ușoară pareză, care apoi progresează instalându-se în curând o paralizie flască, de cele mai multe ori forma ascendentă cu extindere spre torace și spre membrele superioare. Evoluțiunea maladiei este rapidă, astfel încât în o săptămână apar fenomene bulbare, precoce și intense acompaniate de asfixie.

Evoluțiunea aceasta poate să nu treacă prin toate fazele descrise, ba chiar o asemenea evoluțiune este rară, de

obicei după un timp mai mult sau mai puțin îndelungat se oprește în evoluția ei, și regresează ameliorându-se progresiv.

Luând în considerare factorii etiologici, se mai poate vedea că unele polinevrite toxice survin la indivizi la cari spre exemplu din cauza ocupațiunii, în mod lent dar continuu, pătrunde în organism o doză oarecare de toxină, iar boala deasemenea debutează în mod lent și progresiv.

Polinevritele de origine infecțioasă apar în timpul sau în convalescența boalei.

Atât la polinevritele toxice, cât și la cele discrazice, evoluțiunea este în funcțiune de eliminarea agentului toxic, sau infecțios, de existența unei medicațiuni cauzale, de intensitatea și extinderea leziunilor anatomice, de forma lentă sau rapidă a ei, de posibilitatea evitării complicațiunilor și de posibilitatea prevenirii recedivelor.

Ceace domină evoluțiunea polinevritei în general este faptul extrem de important, că sindromul acesta are o tendință naturală spre vindecare, și că după o evoluțiune progresivă care la un moment dat ajunge în general 2 sau 3 săptămâni la o dezvoltare maximă, începe să regreseze constant, ameliorându-se progresează până la vindecarea completă. Acest important fenomen, ne servește de multe ori în clinică și ca un element important de diagnostic. Ținând seamă de toate scăderile ce le implică aproximația, putem afirma că o polinevrită gravă durează 6-8 luni, o polinevrită de gravitate mijlocie durează 8-10 săptămâni, iar o polinevrită ușoară durează câteva zile până la o săptămână.

La toate polinevritele însă la cari evoluția nu este satisfăcătoare, și nu se face în modul mai sus, durata afecțiunii fiind prelungită fără nici o cauză evidentă, este necesar să considerăm și starea funcțională a glandelor endocrine și în deosebi rolul predominant al glandei tiroide în regulărizațiunea neuro-humorală (Minea).

Expunem mai jos două asemenea cazuri de polinevrite observate în Clinica Neurologică din Cluj în cari am fost conduși la această considerațiune prin evoluțiunea abnormală a boalei.

Observațiuni Clinice.

OBSERVAȚIA I.

Bolnavul F. F. mechanic, în vârstă de 22 de ani, observat în serviciul Clinicii Neurologice dela 29 Noembrie 1924 până la 15 August 1925.

Antecedente heredo-colaterale. Tatăl a fost alcoolic pronunțat, a murit la vârsta de 60 de ani, fiind bolnav de o afecțiune gastro-intestinală. Mama a murit în etate de 39 ani, fiind bolnavă de o maladie a aparatului respirator. Au fost în total 2 copii la părinți, dintre cari unul a murit în prima copilărie.

Antecedente personale. În prima și a doua copilărie a avut o dezvoltare fizică și intelectuală normală. La vârsta de 9 ani a suferit de varicelă. La 16 ani a suferit de o afecțiune afebrilă caracterizată prin tumefierea regiunii tirodiene care a persistat timp de 4 săptămâni, după care timp prezentându-se o supurațiune, a fost necesar să se facă o intervențiune chirurgicală la acest nivel. Abia după aproximativ 3 și jum. luni plaga s'a vindecat complect. În timpul acestei afecțiuni starea generală a bolnavului a fost bună, nu a pierdut din greutate. După vindecarea plăgei la aproximativ 4 luni bolnavul a prezentat o stare febrilă împreună cu transpirațiuni nocturne și tuse intensă. În anul 1921 a suferit de o afecțiune oculară, care după un tratament medical de 2 săptămâni s'a vindecat. Până la data boalei actuale nu acuză alte maladii, neagă maladiile venerice. Nu este alcoolic nic tabagic.

Istoricul boalei. Boala actuală datează din luna Aprilie anul 1924 adecă de 8 luni. Boala a debutat cu o stare febrilă, cu tuse intensă și expectorațiuni abundentă, inapetență, cari fenomene au cedat progresiv astfel încât după 2 săptămâ-

mâni au dispărut aproape complet. După alte 2 săptămâni bolnavul a observat o jenă funcțională localizată la ultimele două degete dela mâna dreaptă. După trei zile s'au prezentat dureri foarte intense la nivelul gambelor, precum și senzație de frig la picioare. Durerile aveau caracter lancinant, ele se produceau numai când bolnavul umbla, în somn și în repaos însă dispăreau complet. Încă dela apariția durerilor, a început să scadă și forța musculară a membrilor inferioare, iar după 7—8 zile această diminuare era atât de pronunțată, încât mersul a devenit imposibil, iar stațiunea verticală era păstrată numai cu mare greutate. Aproximativ în același timp s'a prezentat diminuarea progresivă a forței musculare și la membrele superioare, mai pronunțată la mâna stângă, astfel încât după o săptămână atât la membrele superioare cât și la membrele inferioare mișcările active nu mai erau posibile. În acest timp durerile au dispărut, prezenta însă o senzație de răceală la partea dorsală a picioarelor, mai pronunțată la membrul inferior. În acest timp bolnavul fiind examinat de medici militari, fiind soldat activ, aceștia nu au constatat tulburări de sensibilitate. Starea a durat aproximativ 6 săptămâni, după care timp bolnavul a observat o ușoară revenire a motilității membrilor superioare și a membrilor inferioare, astfel încât bolnavul după 4 săptămâni a început să se servească de mâna dreaptă. După 5 luni, a început să facă câțiva pași ținându-se de obiectele din jur, iar după alte 2 luni a putut să umble sprijinindu-se de baston. Motilitatea a revenit în felul următor: mai întâi au revenit mișcările capului, apoi flexiunea trunchiului, în urmă mișcări din articulațiunea coxofemorală și articulațiunea umărului, apoi a urmat articulațiunea genunchelui și a cotului, iar în urmă a putut mișcă și degetele mâinii fără să revină mișcările picioarelor. În starea acesta bolnavul se prezintă în serviciul Clinicii Neurologice.

Starea prezentă. Bolnavul este de statură înaltă, cu sistemul osos bine dezvoltat, musculatura cu excepția brațelor, a antebrațelor și a gambelor care este considerabil redusă de volum, este destul de bine conservată. Nu prezintă

tulburări trofice nici vasomotrice. Ganglionii nu se palpează, semine de degenerescență și anomalii de dezvoltare nu prezintă. Atrfia musculară a brațelor este destul de pronunțată, se constată o reducere aproape la jumătate a volumului normal, consistența la palpare este flască. Musculatura antebrațelor este cam în aceeași proporție redusă de volum cu excepția regiunii cubitale a antebrațelor, în porțiunea distală a căroră, atrofiile musculare sunt și mai pronunțate.

Mâna se află într'o atitudine intermediară de flexiune și extensiune din articulația radio-carpiană. Palmole prezintă în regiunea tenară, excavațiuni puțin pronunțate. Mușchii din regiunile tenare și hipotenare sunt considerabil reduși de volum, și la palpațiune sunt de consistență flască. Degetul mare se află aproape pe acelaș plan cu restul degetelor. Degetele 1 și 5 sunt în atitudine intermediară de flexiune și extensiune din articulația metacarpo-falangiană. Extensiunea pasivă a ultimelor două falange dela degetele 4 și 5 nu se poate face. Spațiile interosoase ale ambelor maini sunt scobite, mai pronunțat la nivelul spațiului al doilea interosos. Musculatura centurei scapulare nu prezintă atrofii apreciabile. La brațe atrfia musculară a fiecărui mușchi considerat în parte nu este egală. Mușchiul triceps este în comparație cu alți mușchi numai puțin redus de volum, însă consistența este flască la palpațiune. Bicepsul este vizibil atrofiat și flască, la flexiunea forțată a antebrațului pe braț nu se constată nici un relief muscular. Flexorii antebrațelor sunt cam în acelaș raport atrofiați ca și mușchiul biceps, masele musculare sunt reduse la cordoane subțiri și moi la palpare. Mușchii tenari și hipotenari sunt foarte atrofiați, și de consistență moale. Mușchii extensori ai antebrațelor sunt atrofiați, însă mai puțin decât la flexorii, sunt de consistență aproape normală.

La inspecție în regiunea tiroidiană se constată două cicatrice, una inferioară de 1¹/₂ cm. lungime, iar alta superioară de aceeaș lungime.

Peretele anterior al toracelui bombează, la nivelul re-

giunii segmentului superior al sternului se constată o proeminență aproape unghiulară.

Mușchii coapselor prezintă o atrofie mai puțin pronunțată, sunt de consistență normală. Mușchii gambelor sunt atrofiați, tibialul anterior este foarte redus de volum.

Forța dinamometrică la mâna dreaptă este 0 la mâna stângă deasemenea 0. Rezistența musculară atât la extensori cât și la flexori este diminuată. Conracțiunile idiomusculare ale mușchilor atrofiați nu se produc, la mușchii mai puțin atrofiați se constată contracțiuni slabe și lente, la mușchii normali este bună.

Stațiunea verticală bipedă fără sprijin nu este posibilă, sprijinit este posibilă timp de câteva minute.

Mersul nu este posibil, dacă bolnavul este susținut poate merge câțiva pași, fără sprijin însă deviază dela linia dreaptă și are caracterul pronunțat de stepaj.

Mișcările active în articulația scapulo-umerală și în articulația cotului sunt normale, mișcările articulațiunei radio-carpiană sunt aproape normale. Extensiunea degetelor se execută încet dar este de amplitudine normală. Mișcările de opozițiune se fac dificil și cu o evidență forțare din partea bolnavului. Bolnavul fiind în decubit dorsal își poate ridica membrele inferioare până la un unghi de 30–40 grade dela nivelul patului ab și adducțiunea coapselor este normală, flexiunea și extensiunea gambelor pe coapsă este bună, mișcările articulațiunei tibotarsiană de flexiune și extensiune sunt abia schitate. Mișcările degetelor la membrul inferior stâng sunt abia vizibile, la dreapta nu se obține nici o mișcare.

Mișcările pasive se fac în limite normale în toate segmentele, în decursul mișcărilor nu se constată rezistența musculară apreciazabilă nici dureri. Nu are ipotonie.

Sensibilitatea subiectivă: Bolnavul acuză dureri în forma de înțepături în gambe cari survin mai ales seara.

Sensibilitatea obiectivă: Prezintă tulburări de sensibilitate tactilă foarte puțin pronunțată la nivelul degetelor mâinii și a picioarelor.

Presiunea asupra trunchiurilor nervilor cubital median, sciatic, popliteu extern și intern, nu este dureroasă. Trunchiurile nervilor palpabili prezintă calibru uniform și nu sunt îngroșate. Presiunea asupra maselor musculare în special la gambe este puțin dureroasă.

Extremitatea cefalică. Capul este de conformațiune normală, diametrele capului sunt normale, nu prezintă puncte dureroase la percuțiune. Fața este simetrică, nu se constată tulburări din partea nervului facial. Motilitatea globilor oculari este normală. Tulburări sensoriale nu prezintă, vorbirea este normală, mișcările de deglutiție sunt bune. Pupilile sunt egale rotunde, reacționează bine la lumină și distanță.

Reflexul cornean și conjunctival sunt păstrate. Reflexul faringian este păstrat, reflexul maseterin se produce. Reflexul bicipital, tricipital, cubito-pronator și stilo-radial sunt păstrate de ambele părți. Reflexele rotuliene sunt diminuate de ambele părți.

Reflexele achiliene sunt abolite.

Reflexul cutanat abdominal superior mijlociu și inferior, reflexul cremasterian se produc normal de ambele părți.

Reflexele plantare sunt abolite.

Reflexul tibiofemoral și peroneofemoral sunt abolite de ambele părți.

Examenul metabolismului bazal arată un minus 15 la sută față de normal. Proba lui Goetsch cu adrenalină este ușor pozitivă.

La măsurarea circumferinței membrelor se constată o diferență de 1 cm. și jumătate între antebrațul drept și cel stâng, în favorul celui drept. La gambe constatăm aceeași diferență de volum care la nivelul treimeii mijlocii ajunge la 2 cm. deasemenea în favorul gambei drepte.

Examen de laborator: Lichidul cefalo-rachidian: reacțiunea Pandey, Nonne-Apelt negative. Reacțiunea Wassermann în lichid și în sânge negative. Limfocitoză nulă. Urina este normală.

Examenul electric al nervilor: Nervul sciatic popliteu

extern și intern la curent faradic reacționează la o intensitate de 3 cm. distanță de bobină, contracțiune lentă, contracțiunea difuziază în toți mușchii inervați de acest nervi astfel încât ea este incompletă. La curent galvanic abia la 12 miliamperi obținem contracțiune la polul negativ, care este o contracțiune lentă și nu se produce în toți mușchii, difuzează în alți mușchi dela distanță. Se constată tendința la inversiune polară și galvanotonus. Nervul radial și cubital la curent faradic reacționează la o intensitate de 3 cm. distanță de bobină printr'o contracțiune foarte slabă. La curent galvanic obținem contracțiune la negativ, la o intensitate de 8 miliamperi contracțiune cam lentă cu galvanotonus și fără inversiune polară. Mușchii gambierul anterior, extensorul comun al degetelor, extensorul degetului mare la curent faradic nu reacționează nici la maximum de intensitate suportabilă de către bolnav (2 cm. distanță de bobină). Peronierii, gemenii, flexorul comun al degetelor și flexorul degetului mare reacționează la maximum de intensitate suportabilă (3 1/2 cm. distanță de bobină), cu o neînsemnată contracțiune la curent faradic. Aceași mușchi reacționează și la curent galvanic la negativ cu o intensitate de 10—13 miliamperi cu o contracțiune lentă și cu un aspect galvanotonic. Mușchii inervați de radiali și cubitali reacționează la curent faradic la intensitate de 5—6 cm. distanță de bobină cu o contracțiune destul de bună, cu excepția mușchilor tenari cari nu reacționează la curent faradic. Acești mușchi la curent galvanic la o intensitate de 15 miliamperi prezintă galvanotonus. Ceilalți mușchi inervați de radial și de cubital la curent galvanic prezintă contracțiune lentă, fără galvano-tonus.

*

În rezumat este vorba de un bolnav care în urma unei afecțiuni febrile face o tetraplegie completă, care durează mai mult de 6 săptămâni. După 6 săptămâni motilitatea revine în oarecare măsură rămânând o impotență funcțională a extremității membrelor care nu mai prezintă nici o tendință la ameliorare de 6 luni de zile. Localizarea sime-

trică a tulburărilor de motilitate, mersul în formă de stepaj, atrofia musculară, reacțiunile electrice ale mușchilor și ale nervilor și durerea la presiune asupra maselor musculare ne sunt suficiente pentru a constata că în acest caz ne aflăm în fața unei polinevrite. Întrucât bolnavul a rămas într'o stare de vindecare incompletă nemai prezentând nicio tendință spre ameliorare, încă de la început ne-am pus întrebarea care epotea fi cauza acestei opriri. Având în vedere anamneza că bolnavul la vârsta de 16 ani a prezentat probabil o tiroidită cu supurațiune la acest nivel, iar la examenul local am constatat o disparițiune aproape completă a glandei tiroide care nu se putea recunoaște prin palpate, ne-am gândit la posibilitatea existenței unei insuficiente latente tiroidiene, care ar putea fi responsabilă de prelungirea atât de evidentă a duratei boalei. Întrucât metabolismul bazal este singurul și cel mai sigur test al funcțiunii tiroidiene am făcut acest examen în mai multe rânduri și am constatat totdeauna o ușoară diminuare a metabolismului bazal. Pentru acest motiv am instituit un tratament opoterapic tiroidian, prin injecții intramusculare cu extract de glandă tiroidă - un gr. de substanță activă pe un cm. cub - alternând cu tratamentul pe cale bucală.

După un tratament de 8 luni de zile am obținut o însemnată ameliorare a motilității, precum și o ameliorare a metabolismului bazal care la sfârșitul tratamentului a devenit normal.

Starea bolnavului la părăsirea clinicii. Mersul prezintă ușor stepaj. Stațiunea verticală care la intrarea la serviciul nostru nu era posibilă decât sprijinit acum este normală. Bolnavul poate merge distanțe mari de 3—4 km. fără să simtă oboseală deosebită. Bolnavul poate chiar fugi. Mișcările articulațiunii piciorului cu excepția mișcării de flexiune dorsală a piciorului și a degetelor sunt normale. Reflexele rotulienne sunt mult mai puțin diminuate, în rest reflexele osteo-tendinoase nu se obțin. La părăsirea serviciului clinicii examenul electric arată o însemnată ameliorare față de examenul făcut la intrarea în clinică, întrucât mușchii reacționează și la curent faradic și la curent galvanic deși

cu o contracțiune cam lentă, dar nu mai prezintă galvano-tonus. Nu se constată decât o diminuare cantitativă a excitabilității atât la curent galvanic cât și la curent faradic. Contracțiunea care la început era foarte lentă în unii mușchi acum este cu mult mai bună și are tendință de a se apropia de contracțiune normală.

OBSERVAȚIA II.

Bolnava J. M. în etate de 16 ani, necăsătorită, casnică, observată în serviciul Clinicii Neurologice dela data de 5 Noiembrie 1925 până la 29 Ianuarie 1926.

Antecedente heredo-colaterale. Părinții trăesc și sunt sănătoși. În total au fost 4 copii la părinți dintre cari 2 au murit în prima copilărie, 2 trăiesc dintre cari unul este sănătos. Tatăl este alcoolic și tabagic pronunțat.

Antecedente personale. S'a născut la termen, a avut o dezvoltare fizică și intelectuală normală, nu a suferit de boale infector-contagioase. A fost menstruată pentru prima dată la vârsta de 14 ani, menstruația s'a repetat în mod regulat până înainte cu 4 luni, de când menstruația vine cu întârziere, la 6—8 săptămâni și este de durată 1—2 zile.

Istoricul boalei. Boala actuală datează din luna Ianuarie 1925, adevă de 10 luni. Boala a debutat în mod brusc cu slăbiciune în membrele inferioare, dela nivelul articulațiunii genunchelui în jos. Slăbiciunea aceasta era mai pronunțată la nivelul articulațiunii tibio-tarsiene și mai mult de partea dreaptă decât la stânga. Din cauza aceasta bolnava își țara în mers piciorul drept împiedecându-se chiar. Aproximativ în acelaș timp când a apărut senzația de slăbiciune în membrele inferioare, a slăbit și forța membrilor superioare, însă în măsură mai mică, astfel că bolnava nu a fost împiedecată să își continue ocupațiunile casnice ca de exemplu: să aducă un vas cu apă sau să scoată apă din fântână. La începutul boalei în primele săptămâni bolnava a prezentat scaune frecvente (6—7 scaune mucoase nesanghinolente la zi) și inapetență. Tulburările aceste au

durat aproximativ 3 săptămâni, apoi au dispărut fără să se mai repete.

În afară de slăbicioane bolnava n'a avut alte senzațiuni subiective decât o senzație de răceală în gambe și în picioare împreună uneori cu o durere suportabilă în forma de înțepătură la nivelul glesnelor. Bolnava nu a avut furnicături, amorțeli, nici tulburări sfincteriene.

După aproximativ 3 luni, în care timp boala a fost staționară, bolnava dormind noaptea în curte, a doua zi dimineața abia a putut să stea pe picioare din cauza agravării slăbicioanei ambelor membre inferioare. De atunci a observat că urcă scările mai greu, că ridicarea de jos din decubit dorsal în stațiune verticală este dificilă. Starea aceasta după câțva timp, pe care nu îl poate preciza s'a ameliorat puțin însă și acum simte slăbicioane în mâini și membrele inferioare, în mers se împiedecă, are senzație de răceală în gambe și dureri în articulația tibio-tarsiană. În tot timpul boalei nu a avut cefalee, nici temperatură, nu a prezentat nici tulburări sensoriale.

Starea prezentă. Bolnava este de statură mijlocie, cu sistemul osos bine dezvoltat, musculatura și țesutul adipos conservate. Nu prezintă tulburări trofice, nici vaso-motorice, nu prezintă atrofii musculare.

Statica. Stațiunea verticală bipedă este bună. Cu picioarele apropiate și cu ochii închiși deasemenea este bună. Stațiunea unipedă pe piciorul stâng și drept este posibilă numai pe un timp limitat din cauza slăbiciounii forței musculare. Ocluziunea ochilor nu influențează echilibrul. Bolnava nu poate păstra stațiunea „pe vine“, ci cade. Ridicarea din aceasta atitudine nu este posibilă.

Mersul. Bolnava poate umbla nesprizinită. În timpul mersului flectează genunchele drept ceva mai mult decât pe cel stâng, calcă cu oarecare bruschetă pe piciorul drept și șterge solul cu vârful piciorului și cu marginea externă a plantei. Deși nu se poate afirma că bolnava stepează în mod clasic, totuși caracterul mersului se apropie puțin de stepaj.

Examenul extremității cefalice. Fața nu prezintă asi-

metrie. Motilitatea feței este normală. Pupilele sunt egale cu circumferința regulată, reacționează bine la lumină și distanță. Mișcările globilor oculari sunt bune, nu prezintă nystagm.

Reflexul cornean conjunctival și cel faringian sunt păstrate. Limba și vălul palatin au motilitate normală. Vederea, auzul, gustul și mirosul sunt normale.

Motilitatea. Mișcările la membrele superioare sunt conservate în toate segmentele. Mișcările pasive sunt libere și se fac fără nici o rezistență din partea musculaturii. Rezistența musculară este ușor diminuată atât pentru flexori cât și extensori. Forța dinamometrică în mâna dreaptă 50 mâna stângă 40. Bolnava fiind în decubit dorsal poate ridica membrele inferioare până la un unghi de 70—80 de grade de la nivelul patului. Mișcările active în articulația coxo-femorală și articulația genunchelui sunt de amplitudine normală. Flexiunea dorsală a piciorului, ad- și abducțiunea sunt limitate, de partea dreaptă ceva mai mult decât de partea stângă. Mișcările degetelor piciorului sunt normale. Mișcările pasive se fac fără nici o rezistență din partea musculaturii. Rezistența musculară a flexorilor gambei este diminuată. Extensorii piciorului au o forță foarte diminuată. Ridicarea din atitudine de flexiune combinată a trunchiului și a coapselor bolnava o face dificil și cu oarecare efort, n'are însă semnul flexiunii combinate. Se constată o tendință la adducțiunea asociată a piciorului drept, mai bine decât la stângul. Opozițiunea complementară este pozitivă de ambele părți. Semnul lui Strümpell este negativ, Grasset idem.

Reflexele. La membrele superioare reflexul stiloradial și cubito-pronator nu se produc (abolite). Reflexul bicipital drept la percuțiune mai puternică se produce, tricipital stâng se produce dreptul deasemenea se produce dar ceva mai diminuat. Reflexul rotulian este foarte diminuat. Manopera lui Jendrassik îl mățește puțin de partea dreaptă de cea stângă nu. Reflexul tibio-femoral drept nu se produce, cel stâng idem. Reflexul peroneo-femoral stâng este abolit dreptul idem.

Contractiunea idiomusculară a tricepsului sural nu se obține. Reflexul lui Mëndel Behterew este normal de ambele părți. Reflexul medioplantar este disociat, întrucât nu se observă mișcarea de flexiune a piciorului, ci numai o tendință la flexiune a degetelor. Reflexele cutanate abdominale superior se produce cel inferior și mijlociu sunt diminuate. Reflexul plantar se obține numai uneori, prin o mișcare de flexiune a degetelor.

Sensibilitatea subiectivă: slăbiciune în membrele inferioare și în mâni, senzație de răceală în gambe și dureri la nivelul articulației tibiotarsiene.

Sensibilitatea obiectivă: Presiunea asupra musculaturii gambelor este dureroasă la ambele membre. Alte tulburări de sensibilitate obiectivă nu prezintă.

Funcțiunile sfincteriene sunt normale. Organele interne nu prezintă nimic patologic. Examen de laborator: Urina este normală. Reacția Wassermann în sânge este negativă.

Reacțiunile electrice. Nervul sciatic popliteu extern și intern reacționează la curent faradic la o intensitate de 5 cm. distanță de bobină cu contractiune normală. La curent galvanic cu o intensitate de 5 miliamperi obținem o contractiune rapidă la închidere la negativ în toți mușchii inervați de acești nervi. Nu se constată nici o modificare calitativă a contractiunii. Mușchii gambier anterior, extensorul comun al degetelor, pediosul și peronierii reacționează la curent faradic între 5—6 cm. distanță de bobină cu contractiune normală. Aceiași mușchi reacționează la curent galvanic între 5—6 miliamperi cu o contractiune puțin lentă dar nu se constată nici galvanotonus și nici tendință la egalizare polară (cu aceeași intensitate de curent contractiunea la excitațiunea cu polul pozitiv este cu mult mai slabă decât la negativ). La membrele superioare toți nervii și mușchii, în special cei inervați de cubital și radial, reacționează în mod normal atât la curent galvanic și faradic fără modificare calitativă.

Bolnavei i se face examenul metabolismului bazal și se constată minus 23 la sută față de normal. Proba lui Goetsch

cu adrenalina este ușor pozitivă. Examenul urinei este normal. Reacția Wassermann în sânge e negativă.

29. I. 1926. — Reflexul achilian de ambele părți se produce normal ca amplitudine și ca timp de reacțiune. Reflexul medio-plantar stâng răspunde la unele excitații prin mișcări și din articulația tibiotarsiană nu numai la degete; examinând în decubit ventral cu gamba în flexiune pe coapsă sub unghiu drept, la dreapta nu se produce decât mișcarea de flexiune a degetelor. În atitudine ingenuunchiată se produce la excitațiunea medioplantara stângă și o mișcare evidentă, însă mai puțin pronunțată decât la dreapta. Reflexul rotulian drept prin manopera lui Jendrassik se produce destul de bine, cel stâng răspunde la unele excitațiuni printr'o mișcare de amplitudine mai mică decât la cel drept, iar la alte excitațiuni nu răspunde. Mișcarea de flexiune și extensiune a degetelor este destul de bună, este însă ceva mai amplă la degetele stângi decât la cele drept, se face în amplitudine aproape egală la ambele membre inferioare. Rezistența musculară la mișcările de extensiune și flexiune ale piciorului este cu mult mai redusă la membrul inferior drept decât la cel stâng, există însă rezistența apreciabilă și la mișcările membrului inferior drept. Rezistența extensorilor în articulația genunchelui este foarte mare, a flexorilor este mult mai redusă deși este o rezistență destul de apreciabilă, totuși față de extensori sunt mai slabi.

Palpația nervilor și a mușchilor nu e dureroasă. Conracțiunea idio-musculară a gambierului anterior de ambele părți este greu de apreciat din cauza dezvoltării puternice a țesutului adipos, prin pereația la nivelul punctului motor dă naștere la o vizibilă mișcare de adducțiune și flexiune dorsală a piciorului de ambele părți cu proeminarea evidentă a tendonului acestui mușchi. Același lucru se poate spune și despre pereația celorlalți mușchi ai lojei antero-externe a gambei, se produc mișcări din articulația tibio-tarsiană, însă contracțiunea localizată nu se poate aprecia. Aceleași observațiuni le putem face și la masa tricepsului sural.

Bolnava poate păstra atitudinea pe vine cu ușurință, ea se poate ridica din atitudinea de flexiune maximă a genunchelor și a coapselor cu ușurință.

Din punct de vedere al sensibilității obiective se constată hipoestezie tactilă ușoară a feței plantare și dorsale precum și a piciorului, precum și la nivelul degetelor membrului inferior drept. La membrul inferior stâng se constată la același nivel ușoară hipoestezie tactilă. Sensibilitatea dureroasă este bine păstrată.

Examenul electric. Toți mușchii și nervii atât ai membrului superior cât și ai membrului inferior la curent galvanic și al curent faradic reacționează în mod normal.

*

În rezumat este vorba de o bolnavă care în urma unei afecțiuni gastro-intestinale de o scurtă durată, care putea fi considerată după anamneză de o formă ușoară de dizenterie, face o complicațiune nervoasă care de 10 luni nu prezintă nici o tendință de vindecare. Aceasta afecțiune după semnele clinice obiective constatate la bolnavă este tabloul clinic al unei polinevrite. Diagnosticul diferențial cu o altă afecțiune a nervilor periferici este ușor de făcut având în vedere localizarea simetrică a ei, cu atingerea extremității distale a membrilor cu foarte ușoare tulburări de sensibilitate, diminuarea reflexelor, a rezistenței musculare în oarecare segmente, presiunea dureroasă a musculaturii diminuarea excitabilității electrice.

Încă dela început ne-am pus întrebarea care poate fi cauza întârzierii atât de evidentă în vindecare polinevritei dat fiind că și formele grave se vindecă în acest timp. Tratamentul obicinuît aplicat de noi ni general în polinevrite nu ne-a dat aproape nici un rezultat în timp de aproape 6 săptămâni. Atunci bazându-ne pe examenul metabolismului bazal și pe probele ușor pozitive pentru determinarea insuficienței tiroidiene, am instituit tratament opoterapie tiroidian făcând bolnavei injecțiuni intramusculare cu extract de glandă tiroidă -- 1 gr. de substanță activă pe 1 cm.-cub — repetate la 2 zile în total 25 de injecțiuni.

În decursul acestui tratament am putut constata o ameliorară progresivă a tulburărilor de mers, micilor tulburări de motilitate cari în decurs de 7 săptămâni au ajuns la disparițiune completă. Concomitent cu ameliorarea bolnavii am putut constata că examenul metabolismului bazal se apropia din ce în ce mai mult de valoarea normală ajungând la sfârșitul tratamentului la cifra de minus 10 la sută față de normal, iar din rezultatul examenului clinic se poate observa o ameliorare aproape de vindecarea completă.

*

Precum reese din aceste două observațiuni clinice ne aflăm în fața unor două cazuri de polinevrite ambele foarte interesante din punct de vedere al evoluției.

Asupra diagnosticului diferențial este inutil să mai insistăm deoarece din examenul clinic el se poate stabili cu ușurință putându-se elimina alte afecțiuni similare. Totuși cred necesar a insista în câteva cuvinte asupra cazului II. pentru a dovedi că este vorba de o polinevrită postdisenterică neobocinuită. Bittorf, bazat pe observațiuni personale făcute că ocaziunea unei epidemii de disenterie evaluiază la 1 la sută frecvența tulburărilor nervoase care survin în general după disparițiunea fenomenelor intestinale sau chiar în timpul convalescenței. Foarte adeseori debutul este marcat printr'o fază febrilă. Tulburările sensibile constituie după el forma predominantă. Formele ușoare de tulburări sensitive constau în paretezii, ipostezii, dureri nevralgice adeseori simetrice în mâini și în picioare. Formele grave se traduc prin dureri, fie în brațe, fie în membrele inferioare cari prezintă exacerbațiuni nocturne, alteori survin iperestezii cutanate sau anestezii dureroase. După vre'o 2—3 săptămâni iperestezia și durerile, cari încep în domeniul nervului sciatic popliteu intern, trec și domeniul celui extern cuprinzând membrul în întregime. Foarte repede iperestezia trece în anestezie și analgezie. Sensibilitatea profundă ca și reflexele nu sunt alterate, nu există nici tulburări trofice cutanate.

După o lună se observă ameliorare rapidă mergând de la

extremitate spre rădăcina membrului. Durata boalei este între 3—5 luni.

Cazul nostru atât ca debut cât și ca aspect clinic poate fi considerat ca o formă ușoară de polinevrită post-disenterică și totuși dacă considerăm durata de peste 10 luni cu totul neobișnuit, nesurvenind nici chiar în formele cele mai grave ale acestei afecțiuni, trebuie să ne punem întrebarea, care poate fi cauza acestei staționări atât de îndelungate?

După cum vom vedea din examenul clinic rezultă că ea nu poate fi alta decât o insuficiență tiroidiană latentă, care neprezentând alte semne clinice evidente, numai prin examenul metabolismului bazal repetat în mai multe rânduri, a putut fi pusă în evidență. Ameliorarea rapidă obținută prin tratamentul combinat cu o operație tiroidiană nu poate decât confirma părerea noastră.

Câteva considerațiuni trebuie totuși să facem și asupra cazului I, unde aceasta presupunere ne-o întărește mai mult decât orice, faptul, că bolnavul cu ani înainte de apariția polinevritei a suferit de o tiroidită probabilă și la palparea regiunii tiroidiene nu găsim nici urmă de lob tiroidian. Ca aspect clinic acest caz trebuie considerat ca o formă gravă de polinevrită mixtă motorico-sensitivă. Tulburările grave de motilitate și reacțiunea de degenerescență parțială justifică îndeajuns gravitatea cazului. Deși bolnavul înainte de a fi internat la noi a fost tratat în spital în mod corespunzător, totuși ameliorarea s'a oprit brusc și a rămas nemodificată timp de aproape 6 luni. Ca clinicienii suntem obligați a ne pune aceiași întrebare ca și în cazul prim de ce s'a oprit brusc: tendința spre videcare?

Având în vedere lipsa corpului tiroid la palpație am procedat încă din primele zile ale internării lui în clinică, la examenul metabolismului bazal și am constatat o scădere a metabolismului pe lângă alte texte biologice ușor pozitive. Și în acest caz, deși nu într'un mod așa de frapant ca în cazul al doilea, am obținut rezultate bune luând în considerare gravitatea lui (tulburările de motilitate și reacțiunea de degenerescență).

Să vedem acum de ce trebuie considerată aceasta insuficiență tiroidiană ușoară ca un factor inhibitor al vindecării respective al regenerării nervoase.

Încă de prin anul 1908 s'a demonstrat prin cercetări experimentale de către Marinescu și Minea rolul glandei tiroide în regenerarea nervoasă. Lor le revine meritul incontestabil de a fi demonstrat cei dintâi acest rol important al glandei tiroide. Ei au constatat că extirpațiunea totală a corpului tiroid la animalele unde este posibilă cu ușurință o extirpațiune completă a corpului tiroid (căine, pisică), atât regenerarea cât și degenerarea nervilor secționați este foarte retardată dacă nu complet inhibată. Ipotroidismul influențează inegal asupra fenomenelor următoare: cicatrizarea capetelor nervoase, degenerarea și formațiunea coloniilor de celule apotrofice în capătul periferic, creșterea și progresiunea fibrelor capătului central. Cicatrizarea a fost mai puțin împiedecată, ea este din punct de vedere macroscopic destul de bine efectuată, cu toate că câteodată este mai mică decât la animalele anormale. La examenul microscopic se constată că țesutul conjunctiv al cicatricei este destul de bine dezvoltat însă celulele apotrofice sunt puține și împrăștiate în mici insule alungite printre bandele late de țesut conjunctiv.

Degenerarea fibrelor capătului periferic foarte întârziată prin faptul că fenomenele metamorfice ale fibrei secționate se dezvoltă mult mai târziu și de multe ori ele nu ajung la complectă lor dezvoltare decât la animalele normale, iar fragmentarea și resorbțiunea axonilor periferici întrerupți se face mult mai încet. S'a mai observat prezența de fibre ale căror extremități erau desintegrate și granuloase sau fibre ale căror extremități prezentau umflături de forme diferite, cu rățeaua fibrilară hipertrofiată cu ochiuri mari și cu o desintegrare granuloasă echivalentă unei opriri definitive a creșterii lor. S'a mai observat un număr foarte mare de fibre recurente cari ar indica desorientarea produsă prin insuficiența secrețiunei substanțelor

chimio-taxice capabile de a le atrage spre calea lor adevărată. Progresiunea fibrelor noi înspre interiorul cicatricei și spre capătul periferic este foarte laborioasă. Unele abia intrate în cicatrice își epuizează repede forțele și se termină prin extremități granuloase, degenerate, altele înaintează mai mult, pătrund chiar în capătul periferic însă multe dintre ele prezintă urme de suferință cari se manifestează prin varicozități și umflături neregulate pe traectul lor. Micul număr de fibre regenerate, precum și aspectul lor, pe care le vedem în capătul periferic, este deci explicabil, ele sunt totdeauna foarte subțiri și prezintă neregularități de calibru și toate sunt fără mielină).

F. K. Walter în cercetările sale asupra nervilor secționați la animalele tiroidectomizate, confirmă cercetările autorilor români. El a constatat că hipotiroidismul are influență asupra tuturor nervilor atât motori cât și sensibili, atât asupra nervilor secționați cât și asupra celor comprimați prin ligatură producând o încetinire a degenerării și o sistare aproape completă a regenerării simptome cari se instalează imediat după extirparea glandei. Tot el a mai constatat că atiroidismul alterează sistemul nervos în toate porțiunile sale, ca terminațiuni fibre și celule centrale și a observat că după tratamentul opoterapic aplicat iepurilor tiroidectomizați încetinirea activității nervoase (Nervöse Hemmung) dispăre și să produce o funcționare mai rapidă de regenerare, celula nervoasă reluându-și astfel puterea de regenerare.

Același fenomene observate în mod experimental la animale s'au constatat și în patologia umană de către Profesorii Minea și Marinescu la o femeie cu hipotiroidism înaintat căreia cu ocaziunea unui accident i s'a secționat nervul sciatic popliteu extern. După 6 luni la autopsie s'a constatat la nivelul secțiunii nervului reunirea capetelor nervoase printr'o îngroșare a nervului pe o întindere de 3 cm. Ramurile periferice ale nervului secționat diferă de cel din partea opusă prin volumul lor redus și prin colorațiunea lor mai cenușie. La examenul microscopic s'a constatat

că cicatricea este formată în cea mai mare parte din țesut conjunctiv organizat care formează bande late și paralele în traectul nervului sugrumând fasciculele nervoase cari se strecoară printre ele.

După părerea Profesorului Minea glanda tiroidă este cel mai important factor ni dezvoltarea și menținerea integrității funcționale a sistemului nervos. Importanța extraordinar de mare a acestui fapt se pare că a fost trecută cu vederea de cei mai mulți autori competenți. Pitres și Vaillard în lucrarea lor despre polinevrită „Maladies des nerfs periferiques“ amintesc doar atâta: „Distrofiile glandelor cu secrețiune internă distrofiile troidiene în particular joacă un rol indubitabil în prognosticul polinevritelor ele fac vindecarea cu mult mai nesigură și mai lentă“. În nici un alt tratat clasic de patolgoie nervoasă din acelea cari sunt mai la îndemâna tuturor (Kraus-Brugsch, Oppenheim Levandovsky) nu se găsește nici un cuvânt despre această chestiune. Precum vedem din cercetările Profesorilor Marinescu și Minea acest mare rol al glandei tiriode a fost constatat de mult, el a fost neglijat de aproape toți autorii poate și din cauza insuficienței metodelor pentru a demonstra funcțiunea normală sau patologică a glandei tiroide.

Aceste metode sunt în parte clinice, în parte de laborator. *Metode clinice:* prin palpația corpului tiroid ne putem da ușor seamă de prezența sau absența lui, precum și de forma consistența mobilitatea și de raportul lui cu planurile profunde. Tot prin palpație ne putem convinge și de sensibilitatea lui, care după Lian constituie un semn important de diagnostic în cazurile fruste de basedovism. Ca o manoperă manuală se utilizează azi reflexul oculo-cardiac care în anumite cazuri ne poate atrage atențiunea asupra unei deviațiuni în funcțiunea tiroidiană.

Metode de laborator: Aceste metode utilizează anumite proprietăți ale umorilor cari variază după starea funcțională a tiroidei. Cele mai mult aplicate sunt sero-reactiuni

nea Alderhalden, reacțiunea lui Kotmann și semnul lui Neuschloss.

Testele biologice: aceste teste sunt importante deoarece sunt ușoare de făcut și în lipsa unui aparat pentru determinarea metabolismului bazal le putem utiliza. — I. Proba cu adrenalină sau proba lui Goetsch este mai mult un reactiv al iritabilității marelui simpatic, în cazuri de pozitivitate nu înseamnă imediat o disfuncțiune tiroidiană. Ea poate fi utilizată mai mult ca un control al altor teste decât ca o evaluare a funcțiunii tiroidiene după constatările noastre și ale altora. — II. Proba cu chinină a lui Bram. Toleranța față de chinină este mare la basedovieni așa ca această probă o putem utiliza atunci mai ales când bănuim o hiperfuncțiune tiroidiană. — III. Proba cu extract de glandă tiroidă a lui Parisot și Richard. Această probă în cazuri de insuficiență tiroidiană dă accelerarea pulsului, o creștere a tensiunii arteriale în special a tensiunii minime și o tendință la inversiune a reflexului oculo-cardiac. cea mai importantă probă însă care trebuie făcută în orice caz unde bănuim o insuficiență cât de neînsemnată a corpului tiroid este examenul metabolismului bazal. Nu este locul să insist asupra tehnicii acestui examen, amintesc numai că o scădere a metabolismului cu peste 10—12 la sută trebuie considerată patologică și semnificativă pentru o insuficiență tiroidiană.

Am văzut deci din aceste două cazuri publicate cât de importantă este funcțiunea normală a glandei tiroide pentru sistemul nervos. După unele constatări foarte importante făcute în Clinica Neurologică din Cluj glanda tiroidă are un rol evident și în producerea atrofiei musculare la emiplegici, apoi în patogenia așa numitelor paralizii reflexe¹⁾.

Am ales aceste două cazuri ca fiind foarte instructive și interesante din puncte de vedere al tezei noastre. În afară de ele în Clinica Neurologică au mai fost observate și alte

¹⁾ Vezi Clujul Medical, No. 2, 1929, I. Minea, Despre factorii extrinseci ai regenerării nervoase.

cazuri de polinevrită unde a putut fi demonstrată insuficiența tiroidiană latentă prin examenul metabolismului bazal. Un caz demn de citat este o polinevrită postgripală unde ameliorarea care stăpiona-se de mult, a început să progreseze imediat după instituirea tratamentului opoterapic tiroidian. Dl. Prof. Minea propune ca formele de polinevrită a căror durată este prelungită prin insuficiența tiroidiană să fie numite „pelinevrite prelungite“, pentru care motiv am dat acelaș titlu tezei noastre.



Concluziuni.

1.) Printre factorii evolutivi ai polinevritelor trebuie considerati ca unul dintre cei mai importanti functiunea normala a corpului tiroid.

2.) In orice polinevrita, de orice natura si origine ar fi, trebuie facut examenul functional al corpului tiroid prin metoda cea mai importanta care ne sta azi la dispozitie, examenul metabolismului bazal.

3.) Cu atat mai mult, daca constatam o incetineala sau o oprire in evolutiunea spre vindecare a polinevritei, care nu are la baza un alt motiv demonstrabil, este necesar examenul metabolismului bazal pentru a evidenta o eventuala insuficienta tiroidiana latentă.

4.) In cazul cand o asemenea constatare este pozitiva in sensul unei insuficiente tiroidiene, adaugirea opoterapiei tiroidiene la tratamentul obicnuit al polinevritei favorizeaza evolutia spre vindecare a acesteia.

Văzută și bună de imprimat :

Președintele tezei :

ss. Dr. Ioan Minea

Decanul Facultății de
Medici și Farmacie:

ss. Ioan Drăgoiu

Bibliografie.

1. *Alexander W.* Neuralgie und Neuritis din Kraus-Brugsch Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Band. X. 1924.
2. *Alexander W.* Poly-Neuritis din Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Band. X. 1924.
3. *Alexander W.* Polyneuritis Ambulatoria D. med. Woch. 1918. No. 13.
4. *Apert E.* Pathologie de la Glande Thyroide, din G. H. Roger F. Widal, P. Y. Teissier, Nouveau Traite de Médecine. 1923.
5. *Askanazy M.* Aussere Krankheit siursachen din L. Aschoff, Pathologische Anatomie. 1911.
6. *Bauer I.* Die Konstitutionelle Dispozition zu inneren Krankheiten Polineuritis. 1921.
7. *Biedl J.* Innere Secretion. Band. I. 1922.
- 7 bis. *Brugsch Th.* Innere Sekretion din Kraus und Brugsch Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Band. I. 1924.
8. *Claude H.* Maladies du sisteme nerveux, vl. II. 1922.
9. *Ernst P.* Das Nervensystem din L. Aschoff Pathologische Anatomie. 1911.
10. *Gienke E.* Drusen mit innerer Sekretion din L. Aschoff, Pathologische Anatomie. 1911.
11. *Labbé M. et H. Stevenin.* Le Metabolisme Basal. 1929.
12. *Lucien M. Y. Paris et. G. Richard.* Traite de endocrinologie. La Thyroide. 1925.
13. *Marinescu G. et I. Minea.* Sur l'influence exercés par l'ablation totale du corps thyroide. Annales de Biologie. No. 1. 1911.

14. *Minea I.* Despre factorii extrinseci ai degenerării nervoase. (Fapte clinice și experimentale.) Clujul Medical, No. 2, 1929.

15. *Müller Deham. J.* Beobachtungen zur Klinik und Therapie der Dysenterie, insbesondere der postdysenterischen und postulcerösen Polyneuritis. Wr. med. Wch. 1915. No. 16.

16. *Pitres et Vaillard.* Maladies des Nerfs Périphériques, din A. Gilbert, P. Charnot, Traité de Médecine et de Thérapeutique, XXXVI, 1924.

17. *Schlesinger.* Dysenterische Polyneuritis bei Kriegsteilnehmern, Med. Kl. 1915, No. 14.

18. *Scholz W.* Mixodem din Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten din Tr. Kraus und Brugsch. Band. 1. 1924.

19. *Souques et Ch. Foix.* Pathologie de la Glande Thyroïde din Gh. Roger, F. Widal P. Y. Teissier Nouveau Traite de Medecine, VIII, 1924.

20. *Stransky E.* Ueber Neuritis levissima Mon. f. Psych. u. Neur. 1922. H. 2.

21. *F. K. Waller.* Ueber die Bedeutung der Schilddrüse für das Nervensystem. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 4. H. 1. Originalien.

22. *Zalla M.* La degeneratione et la régénératione dei nervi periferici nei conigli tiroidectomizzati. „Revista di Patologia nervosa e mentale“, fasc. 4. 1911.

23. *Waller F. K.*: Über den Einfluss der Schilddrüse auf die Regeneration der peripheren markhaltigen Nerven. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. Bd. 39. H. 1—2.

~~1946/51~~
~~1985~~

060