

9.584

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
 FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 477

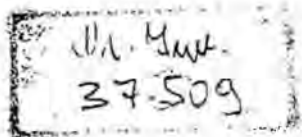
Cercetări de biomicroscopie iriană
 și de pupiloscopie diferențială în
 sifilisul cerebro-spinal în legătură
 cu semnul lui Argyll-Robertson



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
 PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ
 IN ZIUA DE 28 Iunie 1929

DE

CIARACCIEVA ZDRAVA



23 MAY 2005



★ 440003177 ★

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 477

Cercetări de biomicroscopie iriană
și de pupiloscopie diferențială în
sifilisul cerebro-spinal în legătură
cu semnul lui Argyll-Robertson



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ
IN ZIUA DE IUNIE 1929

DE
CIARACCIEVA ZDRAVA



UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. C. TĂTARU.

Profesori:

Bacteriologic (agr.)	D-1 Dr.	Baroni
Patologia generală și experimentală	" "	Botez M. A.
Istologia și embriologia umană	" "	Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" "	Gane T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu C.
Istoria medicinei	" "	Guiart I.
Clinica medicală	" "	Hațiegan I.
Clinica chirurgicală }	" "	Iacobovici
Medicina operatoare }	" "	
Farmacologia și farmacognozia	" "	Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	" "	Michail D.
Clinica neurologică	" "	Minea I.
Medicina legală	" "	Minovici N.
Igienă și igiena socială	" "	Moldovan I.
Radiologia medicală	" "	Negru D.
Fiziologia umană	" "	Nițescu I.
Farmacia chimică și galenică	" "	Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică }	" "	Predescu-Rion I.
Clinica stomatologică (supl.) }	" "	
Clinica dermato-venerică	" "	Tătaru C.
Clinica căilor urinare (agr.)	" "	Țeposu E.
Chimia biologică	" "	Thomas P.
Clinica psihiatrică	" "	Urechia C.
Anatomia patologică	" "	Vasiliiu Titu

JURIUL DE PROMOTIE:

Președinte: Dl Prof. Dr. Michail D.
 Membri: { " " " Minea I.
 " " " Hațiegan I.
 " " " Gane T.
 " " " Predescu-Rion
 Supleant: Dl Docent Dr. Vanca P.

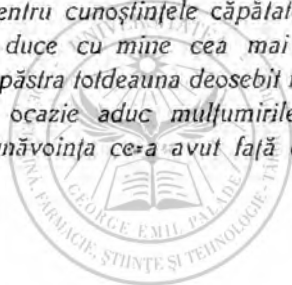
*Memoriei
părinților mei.*



Inainte de a intra in subiectul tezei mele, imi fac o plăcută datorie de a aduce cele mai vii mulțumiri Dlui Prof. Dr. Michail pentru onoarea ce-mi face prezidându-mi teza mea cât și pentru sfaturile date în alcătuirea ei.

Juriului meu de promoție precum și profesorilor mei respectoase mulțumiri pentru cunoștințele căpătate în timpul cât am fost studentă. — Voi duce cu mine cea mai plăcută amintire dincolo în Balcani și voi păstra totdeauna deosebit respect culturei românești.

Cu această ocazie aduc mulțumirile mele Dlui Docent Dr. Vancea pentru bunăvoința ce-a avut față de mine.



Introducere

Cercetări de bionicroscopie iriană în sifilisul cerebro-spinal nu s'au prea făcut, deși Dupuys-Dutemps încă din 1905 a atras atenția asupra modificărilor iriene ce însoțesc semnul lui Argyll-Robertson, al cărui rol diagnostic în sifilisul cerebro-spinal este destul de bine cunoscut. Aceste cercetări erau cu atât mai necesare, cu cât grație acestui examen bionicroscopic se poate evidenția în mod cert modificările cele mai subtile produse la nivelul membranei iriene în cursul evoluției unui sifilis cerebro-spinal. În literatura care mi-a stat la îndemână, — în afară de câteva comunicări făcute la diferite societăți, n'am găsit asupra acestei chestiuni decât o lucrare a autorului italian Lodato publicată în 1925 și recent de tot un articol semnat de T. A. Kammskaio-Pavlova în *Klinische Monatsbl.* din Martie 1929. Problema fără să fie complet elucidată se găsește din contră cu totul la început fiind necesare încă numeroase cercetări cari să fixere în mod definitiv cadrul în care se produc modificările iriene în sifilisul cerebro-spinal, și caracteristicile acestor modificări, pentru că din lucrările citate mai sus acest lucru nu ese de loc în evidență. În adevăr Dupuy-Dutemps notează de la început în *tabes*, o atrofie iriană vizibilă cu ochiul liber și caracterizat printr-o subliare a trabeculelor iriene cu micșorarea criptelor — care câte odată merg până aproape — la dispariția lor. Lodato în plus găsește o atrofie a epiteliului pigmentar cu pulverizarea pigmentului desprins, pe întreaga suprafața iriană și nu se știește să afirme, că o asemenea stare constituie un simptom de o importanță capitală în diagnosticarea *tabesului*, întrucât el apare înain-

lea tuturor celorlalte semne ale boalei. Iată o concluziune la care noi nu putem subcrie așa de ușor, pentru că se știe deja de multă vreme că modificările de relief ale irisului și depigmentările acestei membrane se întâlnesc într'o serie întreagă de circumstanțe normale și patologice. Așa spre exemplu relieful irisului depinde foarte mult de diametrul orificiului pupilar; în mioză acest relief fiind foarte mult șters din cauza tensiunii țesutului irian. În afară de aceasta la oamenii în vârstă, printre priemele modificări senile se notează o ștergere a reliefului irian, din cauza atrofie parțiale a țesutului irian și a sclerozei perivascularare. Nu mai vorbesc de multiplele cauze de ordin patologic care mai totdeauna dau naștere la deplasări de pigment și la ștergerea reliefului irian și nici de tulburările de înervație al căror rol în producerea atrofiei iriene este enorm — dovadă numărul mare al cazurilor publicate în literatură — fiindcă, atunci problema se complică prea mult.

Cercetările noastre se bazează pe studiul biomicroscopic a 56 cazuri de sifilis cerebro-spinal, din clinica psihiatrică și neurologică, reacțiunile pupilare fiind determinate în toate cazurile cu ajutorul pupiloscopului diferențial al lui Hess.

Statistica noastră este cea mai bogată din câte s'au publicat până astăzi și pentru acest motiv concluziile studiului nostru credem că au o importanță deosebită. În cele ce urmează voi arăta pe scurt în ce constă examenul biomicroscopic al irisului și pupiloscopia diferențială, care este starea actuală a cunoștințelor noastre referitoare la semnul lui Argyll-Robertson, insistând ceva mai mult asupra cercetărilor noastre și a concluziunilor ce se degaje din ele.

CAPITOLUL I.

În ce constă examenul biomicroscopic al irisului.

Sub numele de examen „biomicroscopic al irisului” se înțelege examinarea irisului prin metoda luminajului lateral cu crăpătură al lui Gullstrand, combinat cu microscopul corneean al lui Czapsky.

Metodele de examinare biomicroscopică sunt în număr de trei și anume:

1. Examinarea la luminajul direct.
2. Examinarea diafanoscopică.
3. Examinarea zonelor ogliinditoare.

Examinarea la luminajul direct ne evidențiază straturile anterioare ale irisului și liziera pigmentară a marginii sale pupilare. Prin acest examen ne dăm spre exemplu seama, dacă un iris este liber, de sinechii sau nu.

Se va preumbla în acest scop fascicoul luminos pe toată circumferința pupilei evidențiindu-se în modul acesta sinechia cea mai mică. Cu o lumină binefocalizată se pot constata de multe ori reacțiunile foto-motori ale irisului sau simplele tremurături ale sfincterului care scapă compect ochiului liber. În examenul diafanoscopic, cristalinul joacă rol de ecran reflector. Lumina va fi trimisă în pupilă (luminajul diapupilar sau transpupilar) și evident în cazul când urmează să se exploreze partea nazală a irisului lampa se va așeza în partea temporală a bolnavului și invers.

Structura irisului la examenul biomicroscopic variază dela individ la individ. Considerat din acest punct de vedere

se poate admite că irisul se compune dintr'o foiță profundă pigmentată, care apare în fundul criptelor și la liziera pupilară și din 2 foițe mezodermice din care cea profundă se întinde, dela rădăcina irisului la pupila, iar cea superficială numai dela rădăcină la gulerășul irian. Vasele irisului nu sunt vizibile decât în partea în care această membrană nu este pigmentată. Vasele normale sunt totdeauna înglobate într'un strat subțire de țesut conjunctiv și nu sunt niciodată așezate direct pe iris, lucru asupra căruia a insistat cu deosebire Köeppe.

CAPITOLUL II.

In ce constă pupilosopia diferențială.

Determinarea promptitudinii reacțiunilor pupilare a fost destul de vagă și defectoasă până la înăginarea metodei lui Hess.

Cei cări examinău tulburările jocului pupilar, se mărgineau la simpla înregistrare a existenței sau inexistenței anumitor reacțiuni pupilare, sau în cazul cel mai bun precizau într' un mod cu totul insuficient unele tulburări pupilare, numind câteodată reacția pupilară „slabă” sau „lenese”. Hess este primul care încearcă să determine cantitativ tulburările pupilare.

Pentru a măsura o scădere a excitațiunilor pupilometrice avem 2 căi:

Prima constă în determinarea cantității minime de lumina care poate înă declanșa într'un ochi normal sau bolnav o strâmpoare abia perceptibilă a pupilei. Valoarea găsită reprezintă limita excitabilității. Intrebuințând această metodă ne lovim însă în practică de greutăți foarte mari deoarece trebuie să lucrăm uneori cu cantități luminoase atât de mici încât nu putem urmări cu destulă exactitate jocul pupilar.

O altă cale pentru soluționarea problemei este de a ilumina ochiul de examinat în mod alternativ cu intensități luminoase diferite, determinând diferențele minime de luminozitate, ce încă sunt în stare să producă o schimbare perceptibilă a diametrului pupilar. Prin această metoda nu determinăm limita excitabilității pupilare ci limita diferențială sau sensibilitatea diferențială pupilometrică. Hess a construit un aparat foarte ingenios, asupra căruia nu este cazul să mă extind aici, cu ajutorul căruia putem să surprindem cea mai mică sensibilitate diferențială pupilometrică.

CAPITOLUL III.

Ce se știe astăzi despre semnul lui Argyll-Robertson.

Actualmente majoritatea autorilor sunt de acord în a defini semnul lui Argyll-Robertson ca „o disociație a reflexelor pupilare, caracterizată prin dispariția reflexului fotoromotor insolită de conservarea reacției pupilare de conveniență.

Deși dintre toate tulburările pupilare, semnul lui Argyll-Robertson a fost cel mai mult studiat, totuși problema etiologiei și patologiei sale este departe de a fi complet elucidată.

În timp ce unii autori localizează leziunea cauzală a semnului lui Argyll-Robertson, în nevrax, alți autori în frunte cu *Dupuy's Dutemps*, *Marino* și *Lafon*, situează această leziune în neuronul periferic al inervației iriene și anume în ganglionul ciliar sau în celulele nervoase ganglionare ale uveei. Pe de altă parte în timp ce unii autori văd în semnul lui Argyll-Robertson un semn patognomonic pentru sifilisul cerebro-spinal, alții cred că el poate fi cauzat și de alte afecțiuni ca: encefalita letargică (*Lortat-Jacob* și *Haller*) leziuni ale pedunculii cerebrale (*Guillain*, *Rochon-Duvigneaud* și *Troisier*), alcoolismul (*Mamminger* și *Nonne*), traumatismele

encefalice sau orbitate (Bergl, Dufour, Cl. Vincent, Magitot și Bollack, Velter) scleroza laterală, siringomielia, tumorile celui de al III lea ventricul etc.

Evident, această divergență de opinii asupra localizării leziunilor cauzale și asupra naturii acestor leziuni, creează oarecare confuziuni în spirite și face ca problema să nu progreseze de loc.

Se știe că semnul lui Argyll-Robertson este obisnuit bilateral. Pupilele atunci sunt în general egale și mici.

Acest miozis constituie unul din elementele necesare semnelui și asupra lui a atras atenția însuși Argyll-Robertson. Actualmente însă se tinde din ce în ce mai mult să se înlăture această condițiune ca ne fiind totdeauna conformă cu faptele clinice. Astfel *Morax* în articolul său din Enciclopedia franceză de oftalmologie afirmă: „Dans sa description initiale Robertson signale comme caractéristique le myosis joint à l'immobilité à la lumière: mais on peut également l'observer lorsque la pupille est modérément ou largement dilatée”, iar *Dejerine* în celebra sa „Sémiologie des affections du système nerveux” zice: „Le signe d'Argyll est presque toujours bilatéral il est très rare de ne le rencontrer que d'un côté et il s'accompagne souvent, pas toujours, cependant, de myosis. On peut en effet l'observer avec une mydriase plus ou moins intense.”

Această strâitare pupilară după Lafon nu este datorită nici unui spasm, nici unei contracturi ci este provocată de o hipertonie a sfincterului. Alături de aceste simptome principale trebuiesc adăugate încă atrofia parțială sau totală a stromei iriene, anizocoria și deformarea pupilară. Foarte desori semnul lui Argyll-Robertson este confundat cu alte două alterațiuni ale reflexelor pupilare: imobilitatea pupilară amaurotică și imobilitatea pupilară absolută.

În imobilitatea pupilară amaurotică unilaterală reflexul consensual și reacțiunea de convergență sunt conservate: în imobilitatea amaurotică bilaterală reflexul consensual este dispărut însă pupilele sunt dilatate și reacțiunea

de convergență este foarte rapidă. În imbolitatea pupilară absolută, toate reflexele chiar cel de convergență sunt dispărute.

Immobilitatea pupilară totală, autorii francezi o numesc semnul lui Argyll-Robertson complicat.

Când contracția la lumină este ezitantă și lentă — când există un oarecare grad de inegalitate și neregularitate pupilară, cu modificări ale stromei iriene vorbim de semnul lui Argyll-Robertson frust. Apariția semnuului lui Argyll-Robertson se face în mod lent și progresiv. Primul simptom care apare este iregularitatea pupilară și lipsă de concentricitate a pupilei — urmează apoi pareza reacțiunii la lumină preredând imobilitatea foto-relaxă și anizocoria. În același timp se produc modificări în starea irisului. Mai întâi membrana iriană se tulbură — din cauza atrofiei stromei, reticulul irian pierde netezimea sa, fibrele și reliefurile irisului devin mai puțin aparente, criptele se șterg încetul cu încetul și întreagă suprafața iriană devine uniform netedă. Toate aceste leziuni iriene pot invade de la început suprafața anterioară a irisului său cum se întâmplă de obicei ele se localizează într'unul sau mai multe sectoare. După *Danis* și *Ceppez* aceste leziuni iriene survin totdeauna anizocoriei și neregularității pupilare, fără să le precedă vreodată.

În afără de aceste leziuni bine, vizibile, la microscopul corneean, *Lodato* constată încă o atrofie a epiteliului pigmentar cu pulverizarea pigmentului desprins pe întreaga suprafață iriană, careia îi atribuie o importanță diagnostică foarte mare — întrucât această atrofie ar constitui primul simptom al tabesului.

Kanmskaia-Pawlowa studiind în ultimul timp irisul la 25 de tabetici în diferite stadii de boală găsește în mai toate cazurile o micșorare a trabeculilor irieni, cari sunt transformați în niște firisoare subțiri albe ce se aseamănă cu firisoarele tecilor și o atrofie a criptelor care uneori merge până la dispariția lor completă.

Stratul pigmentar este atrofiat și întocmai ca și Lodato găsește pigment pe întreaga suprafață a irisului și chiar pe fața posterioară a corneei.

Unii autori au atras atenția asupra instabilității pupilare în semnul lui Argyll-Robertson, caracterizată prin mișcări constante de dilatare și strângere ale pupilei dând impresia unor veritabile mișcări peristaltice pupilare. Această instabilitate pupilară foarte puternică la începutul apariției semnelui, diminuează cu pierderea reflexului foto-motor.

Indivizii prezintă semnul lui Argyll-Robertson au reflexul midriatic al lui Pilz-Wesolfel mărit, în timp ce reflexul psihic și cel la sensibilitate dispăre foarte de grabă.

În sfârșit proba colirurilor la ochii cu instabilitate pupilară fără reflexe a arătat următoarele fapte:

1. Instilarea de cocaină este fără acțiune asupra diametrului pupilar.
2. Atropina provoacă o midriază lentă și puțin energetică.

Patogenia semnelui lui Argyll-Robertson

este foarte discutată azi. Unii autori cred că leziunea care provoacă imobilitatea foto-reflexă ar fi situată în măduvă sau bulb, fără să existe vreun fapt anatomo-patologic care să demonstreze acest lucru. După alții leziunea ar fi situată între calea centripetă și centrifugă, în vecinătatea nucleului celui de a 3a pereche, centrul contractiei pupilare putând fi bilaterali și separați anatomic sau unic dar ca fibre pupilare motrice duble în fiecare maculă. — Cât despre părerea că leziunea ar fi situată la nivelul centrului irido — constrictor care ar prezenta 2 feluri de celule, unele prezidând la contracțiuni pupilare și altele la convergența, evident că nu a avut un prea mare răsunet. Aceiași soartă a avut-o și concepțiunea după care leziunea ar fi situată la nivelul nervului oculo-motor ale cărei fibre pupilare ar fi unele constrictive la lumină, altele constrictive la convergent. Examenul istologic demonstrat că la anumiți indivizi atinși de modificări foto-reflexe, există leziuni degenerative în

ganglionul ciliar și în nervii ciliari scurți iar unele fapte de ordin experimental au arătat că leziunile ggl. ciliari și a nervilor ciliari scurți produc o tulburare trofică a irisului. O leziune localizată numai la unele din firisoarele nervoase produc o iregularitate pupilară și o tulburare trofică localizată la iris. Această concepție explică unele din simptomele semnului lui Argyll-Robertson nu însă pe toate. Astfel este greu de explicat perzistența reacțiilor la convergență. Dacă se admite totuși că reflexul foto-motor este mai puțin marcat, mai puțin tenace și mai puțin durabil decât reacțiunile la convergență, atunci această ultima poate fi considerată ca reprezentând impulsivitatea fiziologică cea mai puternică care poate fi dată contracției sfincțerului. În asemenea condiții semnul lui Argyll-Robertson ar fi semnul unei paralizii incomplete a irisului — a unei paralizii suficient de mare ca să suprimă reacțiunile la o convergență. Cu vremea însă paralizia crește și se instalează imobilitatea pupilară copleșită.



Cercetări personale.

Cercetările noastre personale se bazează pe studiul a 36 cazuri cu sifilis cerebro-spinal — din clinica psihiatrică și neurologică din Cluj — repartizate în modul următor:

Paralizie generală	— —	25	cazuri
Tabes dorsal	— — —	5	„
Sifilis cerebro-spinal forma pseudo-paralitică	— —	2	„
Tabes paralizii	— — —	2	„
Pachimeningita sifilit	—	2	„
Hemiplegia sifilitică	—	1	„
Épilepsie	— — — —	1	„
		<hr/>	
Total		36	cazuri.

Examinările la cari am participat și eu, au fost făcute în clinica oftalmologică de către Dl. Prof. Dr. Mihail și șeful dispcziturii sau de lucrări Dl. Docent Dr. Vancea, utilizându-se pentru examenul biomicroscopic dispozitivul lumină-jului lateral cu crăpătură al lui Gullstrand, combinat cu microscopul corneean al lui Czapsky, iar pentru determinarea sensibilității diferențiale pupilometrice, pupiloscopul diferențial al lui Hess. În fiecare caz s'a examinat forma pupilei și dimensiunile sale, reflexele pupilare, relieful irisului în zona pupilară, ciliară și la nivelul gulerășului, culoarea și grosimea membranei iriene, pupiloscopia diferențială și acolo unde starea generală a bolnavilor a permis, s'a făcut și examenul oftalmoscopic.

Rezultatul acestor cercetări pe afecțiuni și în ordinea indicată mai sus este următorul:

1. *In paralizia generală (25 cazuri).* Examenul orificiului pupilar a evidențiat: în 15 cazuri neregularități pupilare în timp ce în 9 cazuri pupilele erau perfect rotunde. În ce privește dimensiunile pupilei în cazuri s'a notat o anizocorie și numai în 6 cazuri pupilele erau sensibil de aceeași mărime.

Reflex, pupilare: au fost normale în 5 cazuri, diminuate în 4 și dispărute în 15 cazuri. Argyll-Robertson pozitiv în 4 cazuri — Detaliând examenul refl. pupilar cu ajutorul pupiloscopului diferențial al lui Hess s'a constatat că nu în toate cazurile în care la examenul obisnuit s'a notat o dispariție a reflex. pupilari; acestea erau dispărute realmente pentrucă în 4 cazuri din acestea există încă o reacție în sector destul, de vie, care scăpase examenului obșnuit.

Starea irisului. Structura biomicroscopică a irisului a fost absolut normală în 15 cazuri și ușor modificată în 7 cazuri. Aceste modificări consistu într'un ușor grad de atrofie cu rarefierea trabeculilor irieni, însoțită în unele cazuri de depigmentări și de răspândirea pigmentului pe întreaga suprafață iriană.

II. *In tabesul dorsal: (5 cazuri).* Fix orificiului pupilar a evidențiat: pupilele perfect rotunde în toate cazurile, anizocorie în 5 cazuri și dimensiuni perfect asemănătoare în 1 caz.

Reflexele pupilare au fost normale într'un singur caz dispărute la A. O. în 2 cazuri și numai la câte un ochi, în 3 cazuri Argyll-Robertson pozitiv în 3 cazuri.

Starea irisului. Structura biomicroscopică a irisului prezentat un aspect absolut normal în 4 cazuri și o ușoară atrofiie numai.

III. *In sifilisul cerebro-spinal:* orificiul pupilar era regulat și de dimensiuni normale (două cazuri din trei). Nu am constatat nici un semn. de atrofiie iriană. Același lucru s'a în s'a remarcat în cazul cu tabo-paralizie cât și în cel de pachimeningită sifilitică. În cazul cu hemiplegie sifilitică există un ușor grad de atrofiie iriană, iar reflexele pupilare erau foarte slabe la un ochi și normale la celălalt.

Observația I. Bolnava D. C. 43 ani. internată în clinica Psihiatrică din Cluj cu diagn. de Paralizie Generală.

Antecedente personale Neagă orice boală. La 25 ani a născut un copil mort. Boala datează din Iunie 1928, când deodată bolnava începe să uite foarte repede, să devieze în timpul conversației, să nu mai lucreze și se enervează foarte repede.

Aparat circulator. Cord în limite normale. La focarul aortic sgomozele ceva mai voalate.

Examen ocular. Ochiul complet liniștiți. Conjunctiva, corneea, camera anterioară de aspect normal. Irisul de culoare castanie închis nu prezintă nimic patologic. Pupilele rotunde, cea de partea stângă ușor lătită, inegală, măsurând la O.D=3 mm în diametru. iar O.S=2 mm.

Reflexele foto-motorii și de convergență există însă mult diminuate. În pupiloscopia diferențială se constată:

$$O.D.=0.009$$

$$-O.S.=0.003$$

La fundul ochiului aspect normal la ambii ochi.

Observatia II. Bolnava F. P., 57 ani, intră în Cl. Psihiatrică în 21/VI 1926. cu Dg. de P. G.

Anteced. personale. Neagă boli venerice. Neagă avorturi: Uzează de alcool. Boala datează de 3 ani: umblă prin sat fără nici un rost, joacă, cântă, vorbea lucruri fără șir și legătură având tendința și dorința permanentă de a merge la biserică, prin casă deranja totul și avea tendința continuă de a pleca.

Aparat circulator, digestiv, pulmonar nimic de remarcat. Reflexele patelare și achiliene diminuate.

Examen ocular. Ochii complet liniștiți. La ex. obiectiv: conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul de culoare verzue închisă, deasemenea normal.

Pupila O. D. are forma ovalară cu axul mare orientat în sens vertical, având un diametru de 5½ mm., cea din partea stângă are forma tot ovalară dare mai mică, cu diametrul vertical de 5 mm și cel orizontal de 4 mm.

Reflexele pupilare complet dispărute la O. S; la O. D. zone mici, f. slab excitabile unde încă apare un f. ușor reflex nemăsurabil cu pupiloscopul diferențial.

La fundul ochiului aspect de atrofie în ambele părți.

Osservatia III. I. C., 40 ani, intră în Cl. Psihiatică în 31.X 1926. Dg. P. G.

Anteced. personale. Neagă boli venerice și alcool. În 1915 a suferit de cefalee rebelă.

Bolnav din Septembrie 1925 când soția l-a găsit în nesimțire și rigid „ca un lemn” după 15 minute și-a revenit într'o transpirație profundă. În timpul accesului: emisiuni de urină.

Dela această dată bolnavul era „ca schimbat”.

Reflexele patelare exagerate, anchiliene și cele dela membrele superioare sunt vii.

Reflexele cutanate se produc.

Ex. ocular. Ochii complet liniștiți. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul ochiului dr. în timp ce în partea temporo-superioară prezintă un relief mai accen-

tuat, în partea mazălă relieful este dispărut. Irisul O.S prezintă același aspect ca irisul O.D. Pupilele regulate, perfect rotunde în ambele părți.

Pupila stângă = $3\frac{1}{2}$ mm cea drptă = 3 mm.

A. V la ambii ochii = $\frac{5}{15}$.

La pupilosopia diferențială: O.D.=0.07

O.S.=0.005

Revăzut după 2 luni, același aspect.

- Reflexul foto-motor abolit, reflexul de convergență diminuat.

Observația IV. D. D., 56 ani, întră în Cl. Psihiatică în 25/V 925. Dg. P. G.

Anteced. pers. Neagă orice boală. Boala datează de 4 ani, a început cu idei de grandoare, vorbea încoutinuă, fără legătură.

Ez. fizic. Venectazii a pomelilor și nasului.

Cord: Matitatea mărită spre stgă; sgomotele accentuate. Semne de arterioscleroză.

Torace bombat cu hipersonoritate.

Reflexele patelare la stgă ușor, diminuat Reflexele cutanate se produc.

Ez. ocular. Polul ant. al ambilor ochii liniștit. La examenul obiectiv se constată următoarele: conjunctiva, corneea, camera anterioară, de aspect normal. Irisul de culoare castanie deschisă prezintă un aspect normal, numai la O. D. în cadranul supero-nazal desenul irian e ceva mai șters. Pupila O. D. rotundă măsurând 3.25 mm în diametru, cea din partea stgă având un aspect puțin ovalar cu diametru de 3,5 mm Reflexele la O. D. nu se produc.

Pupilosopia diferențială: O. S. = 0.04. La O. D. nu se poate face din cauză că pupila e imobilă. A. V = O D = $\frac{5}{10}$
O S = $\frac{5}{20}$.

Fundul ochului are aspect normal.

Revăzut după 5 luni, același aspect.

Observația V. W. A., 57 ani, întră în cl. Psihiatrică în 6/II 929. Dg. P. G. Sucombă în 16/III 920.

Anteced personale. În 1916 infecție sifilitică, n'a urmat tratament. De un an tbc. pulmonar. În anul 1928 a urmat 2 tratamente antiluetice.

Sotia a avut un avort, 5 nașteri la timp, un copil suferă de epilepsie.

Boala datează din Februrie 1928, la început cefalee, jenă la respirație, uneori dureri precordiale. De atunci a avut 2 accese epileptiforme cu durată de 20—30 minute. În timpul din urmă adeseori ictusuri după care timp îndelungat rămână nea confuz. Uita f. repede, cheltuia banii fără rost.

Ex. fizic. Cord nimic. Aortită.

Reflexele tendinoase la m. inferioare vii: cele cutanate se produc.

Ex. ocular. Ochii compleți liniștiți. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul de culoare verzuie, are aspect normal. Pupila O. D. prezintă o formă ovalară cu vârf temporal, măsurând 5 mm: pupila stg. are forma mai rotundă, cu diametru de 4.5 mm.

Reflexul la fundul O. D. Pupila prezintă în porțiunea sa superioară o porțiune mai mobilă pe când în partea inferioară este puțin mai fixă. O. S. reflexul se produce normal.

La pupiloscoopia diferențială se constată:

$$O. D. = 0,2$$

$$O. S. = 0,4.$$

Observația VI. C. D., 41 ani, intră în Cl. Psihiatrică din Cluj în 17/X/1928. Dg. P. G.

Anteceda pers. Nu știe dacă a suferit de vre-o boală venerică ori altă natură.

Sotia n'a avut avorturi. O naștere la termen, copilul mort la 1 an.

Boala actuală începe cu iritabilitate, cefalee, senzația de frig la cap. Examinat la casa cercuală i se d. g. sifilis: face 2 serii de injecții.

Cord: al II lea aortic accentuat. În rest nimic deosebit.

Reflexele tendinoase exagerate la m. inferioare.

Ex. ocular. Polul ant. al ambilor ochii complet liniștiți. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal.

Irisul de culoare verzuie, grosimea normală. relieful cu aspect normal. Pupile neregulate, ovalare, cu marce ax orientat în sens orizontal de mărim; diferite, pupila O. D. având un diametru de $5\frac{1}{2}$ mm iar a O. S de 5 mm.

Reflexul foto-motor la O. D se comportă astfel: în partea superioară pupila reacționează lent, vermicular și obosește, în partea infer. este imobilă.

Pupila O. S complet imobilă. La pupiloscopia diferențială se constată: O D = 0.00- 1 iar O. S = 0.002. Revazut după $2\frac{1}{2}$ luni se constată:

Pupila O. S = imobilă.

Pupila O. D = reflexul păstrat într'un sector supero-temporal.

Observația VII. Dr. P. V., 45 ani, internat în cl. Psihiatrica D. g. P. G.

Antecedente personale. Sifilom primar în 1917.

Boala actuală de 2 ani, începe cu schimbare de caracter, devine f. iritabil, impulsiv avea insomnii, se trezea brusc, în timpul somnului avea halucinații.

Ex. fizic. cord: Sgomote surde.

Reflexele patelare și achiliene se produc.

Ex. ocular. Polul ant. al ambilor ochii complet liniștit. Conjunctiva corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul: atrofie a stromei care are un aspect sticlos și prin care se observă o bandă din foița pigment, a irisului. Pupilele neregulate, ovalare cu marce ax orientat în sens orizontal, de mărimi diferite:

Pupila O. D = 4 mm. O. S = $3\frac{1}{2}$ mm.

Culoarea albăstruie, grosimea membranei relativ normală. Reflexele pupilare complet dispărute.

Ex. cu pupiloscopul diferențial al lui Hess nu se poate face tocmai din cauza acestor imobilități.

Revăzut peste 2 luni aceeași stare oculară.

Observația VIII. S. G., 38 ani, internat în cl. Psihiatrica din Cluj în 19/I 925. G. g. P. G.

Antecedente personale Neagă infecția sifilitică.

În Sept. 1928 R. W. în sânge pozitivă; a urmat mai multe inj. cu Bi- și Neosalvarsan.

Bolnav numai de 5 zile, nu — și poate vedea de meserie cum trebuie din care cauză nu — și găsește nici-o slujbă. Se simte f. abătut vorbește anevoe, are senzația de greutate în cap, nu se poate concentra la lucru.

Cord: Sgomote surde la aortă.

Reflexele tendinoase vii, cele cutanate normale.

Ex. ocular. Polul ant. cu aspect normal, se observă o lăcrimare reflexă. Irisul de culoare castanie închisă, nimic anormal.

Pupile rotunde inegale, cea dela O.S.=4 mm. O.D.=5,25 mm

La pupiloscopia diferențială se constată: O.D.=0,004

O.S.=0,005

Observația IX. S. P. c 41 ani internată în cl. Psihiatrica din Cluj în 7/VII 924. Dg. P. G.

Anteced. personale Neagă boli venerice. N'a avut avorturi; 3copii sănătoși.

Boală actuală a început cu diferite halucinații, nu lucra, anxietate.

Ex. fizic. cord; pulmon, aparat digestiv nimic deosebit.

Reflexele tendinoase: patelare și achiliene vii.

Ex. ocular. Polul ant. al ambilor ochi, complet liniștit. Conjunctiva, corneea, canera ant. de aspect normal.

O. D. crisul de culoare verzue prevăzute, în zona ciliară cu insule pigmentate rarefiate și pigmentate.

Pupile cu conture regulate, rotunde, egale, cu diametru de 3, 5 mm.

Reflexele la lumină și convergență se produc.

La pupiloscopia diferențială se constată: O.D.=0,8

O.S.=0,8

Observația X. O. I; 58 ani, intră în Cl. Psihiatră din Cluj cu Dg. Paralizie generală.

Anteced. personale; Soția a avut 6 avoturi. O fată sănătoasă.

Boala începe cu dureri de cap, vorbește anevoc: Uzează f. mult de alcool.

Ex. fizic. Nimic deosebit. Reflexele tendinoase-patelare exagerate.

Examen ocular. Polul ant. al achiului complet liniștit.

Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal.

Observația XI. K. I. 58 ani intră în Cl. Psihiatrică în 25/IV 925. Dg. P. G.

Antecedente personale. Neagă orice infecție.

Boala actuală. De 4 luni începe să nu mai recunoască pe cei din jur și uită repede cele mai simple întâmplări.

Cord: al II-lea aortic accentuat.

Reflexele patelaree vii.

Ex. oculare. Polul ant. al ochiilor liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal.

Irisul de culoare albăstrue, nu prezintă nimic anormal.

Pupile neregulate, sinuoase.

Observația XII. K. I. 46 ani, intră în Cl. Psihiatrică la 18/XI 1927. Dg. P. G.

Antecedente personale. Neagă boli venerice, ori de altă natură. Soția n'a avut avoturi; 1 copil sănătos.

Istoricul boalei: Din luna Aprilie începe să uite și nu are voc de lucru. Are preocupări organice.

Ex. fizic. Reflexele tendinoase: patelare vii. Reflexele cutanate se produc.

Examen ocular. Polul ant. al ochiului complet liniștit.

Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal.

Irisul de culoare castanie, grosimea normală. Pupilele regulate, rotunde, inegale O.S=3.5 mm. O.S=4.0 mm.

Reflexele pupilare la lumină și convergență abolite.

Ex. cu pupiloscopul diferențial lui Hess, nu se poate face din cauza imobilității pupilare.

Observația XIII. D. Gh. 31 ani, internat în Cl. Psihiatrică în 7/III 928. Dg. paralizie generală.

Antecedente personale. În 1918 șaneru sifilitic. A urmat tratament până acum 4 ani.

Boală actuală. A început prin dureri de cap și dureri reumatoide în gambe, are insomnii, a slăbit foarte mult, este apatic, refuză să vorbească și să mănânce.

Ex. fizic. Cord: Al II-lea aortic metallic.

Reflexele patelare exagerate, cele cutanate normale.

Ex. ocular. Polul ant. al ochiului complet liniștit. Coniunctiva, corneea, camere ant. de aspect normal.

Irisul de culoare albastră prezintă aspect normal, nefiind interesate nici grosimea, nici relieful lui. Pupile rotunde, inegale. Pupila O.D.=2½ în ambele diametre. O.S. tot în ambele diametre 3½ mm.

Reflexele dispărute la ambii ochii.

Ex. cu pupiloscopul diferențial al lui Hess nu se poate face din cauza imobilității. Revăzut după 3 luni același aspect.

Observația XIV. M. Gr. 32 ani, internat în Cl. Psihiatrică din Cluj în 18/III 929. Dg. P. G. Esc în 15/IV 929 nevindecat.

Antecedente personale. Neagă orice boală venerică ori de altă natură.

În timpul războiului a căpătat câteva injecții în braț. Soția n-a avut avorturi.

Cu 2 luni înainte de data îmbolnăvirii a avut frisoane fără temperatură, deatunci are dureri în picioare și în mâini. În mers îi tremură întreg corpul. Se simte f. slăbit, vorbirea este greoaie.

Ex. fizic. Nimic deosebit.

Ex. ocular. Polul ant. al ochiului complet liniștit. Coniunctiva corneea, camera ant. de aspect normal.

O.D. Irisul de culoare albăstruie de aspect normal.

O.S. Irisul de culoare în cadranul inf. temporal prezintă trabeculi f. rarefiate permițând să se vadă foaia primentară a irisului. zona pupilară să prezintă ușor subțiată

Pupilele cu conturile puțin sinoaze neregulate. inegale. cea dela O.D= $5\frac{1}{2}$ mm. diametru, la O.S= $2,75$ mm

Reflexele la lumină și acomodatie nu se produc

Ex. cu pupiloscopul diferențial al lui Hess nu se poate face tocmăi din cauza imobilității pupilare.

Observația XV. I. P. 47 ani întră în Cl. Psihiatrică cu Dg. P. G.

Examên ocular. Polul ant. al ochilor complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal

Irisul: culoare castanie prezintă aspect normal. Pupile inegale. Pupila la O.D= $2,5$ mm. formă rotundă. la O.S ovală, orizontală diametru vertical $1,25$ mm, cel orizontal $1,75$ mm.

La pupiloscopia diferențială se constată: O.D= $0,01$

O.S=imobil.

Revăzut după 2 luni aceeași stare.

Observația XVI. R. I. 47 ani întră în Cl. Neurologică din Cluj cu Dg. de tăbes.

Ex. ocular. Polul ant. al ochilor complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camere ant. de aspect normal. Irisul de culoare căpruie închis prezintă zone atrofice la O.D.

Pupilele inegale, rotunde, la O.D= $2,5$ mm

O.S= 2 mm diametru.

Reflexele pupilare complet dispărute, din această cauză nu se poate face pupiloscopia diferențială.

Observația XVII. S. D. 50 ani, întră în 5 Fevr. 1929, în Cl. Psihiatrică cu P. G.

Anteced. pers. Nimic de remarcat.

Boala actuală. De 8 săpt a devenit agitat, vorbea prostii fără nici-o legătură, cu tendința la fugă.

Ex. fizic. Sgonotul II aortic accentuat.

Ex. ocular. Polul ant. al ochiului complet liniștit. Cor-

neea, conjunctiva, camera ant. a ochiului de aspect normal. Irisul de culoare căprue prezintă rarefierea trabeculilor pupilare lăsând să se vadă întreagă foaia pigmentată. Pupilele neregulate, la O.D rotundă cu diametru de 3.5 mm, pupila O.S ușor ovală cu marele ax orientat în sens orizontal.

La ex. cu pupiloscopul diferențial se constată: O.S=0.8
O.D=0.7

Observația XVIII. S. N. 61 ani, hotelier, evreu, intră în Cl. Neurologică în 15 Decemvr. 1928, Dg. P. G.

Anteced. pers. Nimic de remarcat.

Boala actuală în cepe în lunie 1928: uita numele diferitelor lucruri și nu — și mai amintește numele cunoscuților. Avea dureri cu caracter fulgurant. A avut un ictus afazic.

Ex. ocular: Irisul prezintă mici zone de atrofie, în zona pupilară la A.O Pupile inegale O.D=5,0 O.S=5.5. La pupilosopia diferențială se constată: O.D= reacțiune pupilară în sectorul supero-temporal O.S=0.01.

Observația XIX. K. F. 45 ani, intră în Cl. Neurologică din Cluj în 22 Martie 1928, Dg. P. G.

Anteced. personale: La 25 ani șanceru dur în sanțul balano prepuțial pe care l-a tratat cu alifie de Mercur. 6 săptămâni. Erupții sec. n a avut.

Boala actuală. Din toamna anului 1925 dureri de cap surde, noaptea somnul nu mai era liniștit. După un an începe să-i slăbească vederea la O.D. cu O.S vedea relativ. În 1927 a primit o serie de neosalvarsan și Bi, după care durerile au dispărut somnul i-a revenit, vederea s'a ameliorat mult. putea citi și scrii.

Ex. fizic Reflexele osteotendinoase se produc bine la extremitatile superioare, puțin diminuate la rotulă.

Reflexele cutanate abdominale sunt vii.

Turb. de sensibilitate subiectivă. Bolnavul se plânge de cefalee

Ex. ocular: Polul ant. al ochiului complet liniștit. Conjunctiva corneea camera ant. de aspect normal. Irisul de culoare albăstrue nu prezintă ceva anormal. Pupilele inegale:

la O.D=2½ mm diametru este ușor turtită în partea nazală, la O.S=2 mm. de formă ovală.

La pupilosopia diferențială se constată: 0.004, O.S—0.02 și aici reacționează mai mult jumătatea super. a pupilei.

Observația XX. S. F. 46 ani. întră în 27. Ian 1925. Dg. P. G.

Anteced. personale. Neagară orice maladie.

Boala actuală a debutat de 2 săptămâni. brusc cu idei de grandoare, insomnie, inapetență.

Ex. fizic. La cord. Sgomote surde.

Reflexele tendinoase la membr. sup. abolite, la membr. inf. se produc.

Reflexele cutanate se produc.

Sensibilitatea nu prezintă alterațiuni.

Ex ocular: Polul ant. al ochiului complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul de culoare castanie deschisă, nu prezintă nimic anormal. Pupilele rotunde măsurând la A.O=2.75.

La pupilosopia diferențială se constată O.D=0.8.
O.S=0.7.

Revăzut după 2 luni prezintă aceeași stare.

Observația XXI. K. M. 60 ani. întră în Cl. Psihiatică în 28 Aprilie 1929. Dg. P. G.

Ex. fizic. Sgomotele cardiace surde, sgomotele aortice surde. primul mai accentuat decât al II-lea.

Ap. resp. La auscultatie frecături și raluri umede.

Reflexele osteotendinoase la m. sup. normale.

Reflexele rotuliene abolite la ambele părți.

Usoară disartrie în vorbire.

Ex. ocular. Polul ant. al ochiului complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul, de culoare căprui prezintă aspect normal. Pupilele inegale:

O.D=5 mm.

O.S=1.5 mm.

La pupilosopia diferențială se constată: La O.D reacția în sector nemăsurabilă, O.S imobil.

Observația XXII. L. L. 42 ani întră în Cl. Psihiatrică în 19/XI 1928. Dg. P. G. Ese la 11/V 1929. vindecat.

Anteced pers. În 1912 infecție sifilitic, a urmat tratament abortiv.

Sofia n'a avut avorturi.

Boala actuală. De 4 Săptămâni are insomnie și logoree, nu mai lucrează de loc, are tendința de a merge mereu, uneori prezintă delire de grandoare. în timpul din urmă stări confuze mintale.

Ex. fizic. Reflexele tendinoase-patelare se produc. achilian stg. nu se produce, cel drept e păstrat. Reflexele cutanate normale.

Ex. ocular. Polul ant. al ochiului complet liniștit. Conjunctiva corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul de culoare albastră nu prezintă nimic anormal.

Pupilele rotunde, egale cu diametru de $2\frac{1}{2}$ mm. Reflexele la lumină și acomodatie se produc.

La pupiloscopia diferențială se constată: O.D.=0.8.

O.S.=0.8.

Observația XXIII. I. L. 42 ani. întră în Cl. Psihiatrică din Cluj în 9/VI 1925. Dg. P. G.

Anteced personale. Neagă orice infecție. Sofia are R. W. = pozitivă.

Boala actuală. Incepe cu slăbirea memoriei, ușoară depresie, inconștiență, dizartrie. I s'a făcut tratament de Mercur, neosolvarsan; starea însă se agravează.

Ex. fizic. Sgomotul II aortic metalic. Reflexele patelare și achiliene vii, reflexele cutanate se produc.

Ex. ocular: Ochii complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal.

Irisul de culoare căpruie, grosimea și reliefurile cu aspect normal. Pupile neregulate, ovalare cu marele ax orientat în sens. orizontal la O.D și la O.S în sens oblic, de mărimi diferite. Pupilele: O.D.=4.5 mm.

O.S.= $3\frac{1}{2}$ mm.

Reflexele abolite din care cauză nu se poate face pupilosopia diferențială.

Observația XXIV. M. G. 33 ani, intră în Cl. Neurologică Dg. Tabes.

Ex. ocular. Ochii complet liniștiți. Conjunctiva, corneea, cam. ant. de aspect normal. Irisul de culoare canstanie prezintă aspect normal. Pupilele inegale, rotunde: la O.D=6 mm, la O.S=7.5 mm.

Reflexele pupilare ale O.D se produc, la O.S reflexele pupilare complet dispăruțe.

La pupilosopia diferențială se constată O.D=0.6, la O.S. nu se poate face din cauza imobilității pupilare.

Observația XXV. B. I. 45 ani, intră în Cl. Psihiatrică din Cluj în 16/II 1929. Dg. Tabes, psihoză Sucombă în 19/IV 1929.

Anteced. personale. Înainte cu 25 ani, infecție sifilitică. A făcut fricțiuni mercuriale și injecții.

Istoricul boalei. De 1/2 aneogii observă că el uită repede. De 8 zile tendință la vagabondaj, nu poate lucra nimic, suferă de insomnie. Uneori idei hipochondriace.

Ex fizic. Aortită.

Reflexele tendinoase la m. superioare abolite, asemenea cele cutanate.

Ex. ocular. Polul ant. al ochiului limiștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Pupilele de formă rotundă, egale măsurând în ambele diametre 5 mm.

Irisul de culoare căprui închis, zona ciliară ceva mai stearsă la ambii ochii. Exam. cu pupilosopul diferențial nu se poate face, pupila fiind imobilă.

Observația XXVI. M. G. 45 ani, intră în Cl. Neurologică în 22 Sept. 1929 Dg. tabes dorsal.

Anteced. personale. În 1905 șaueru sifilitic, a urmat 2 serii de câte 30 fricțiuni mercuriale după care s'a vindecat complet.

La câteva săptămâni a avut și erupție pe corp, cari au dispărut după continuarea tratamentului.

Istoricul boalei. În 1014 a observat o slăbire a vederii O.D iar membrele din partea dreaptă i-au devenit mai greoaie și merge mai șeapăn. Avea dureri fulgurante cari veneau la intervale neregulate și durau timp variabil dela 1—5 zile. În 1923 a primit 2 serii de oleu cenușiu, de câte 6 inj. În 1924 a făcut o nouă serie de inj. cu oleu cenușiu (6 inj.), 12 inj. cu cianură de Mercur, 12 inj. cu Bi. În timpul fratamentului mersul i-a devenit mai regulat. Vederea s'a alterat și la O.S, cu O.D nu vede de loc.

Ex. fizic. Stațiunea bipedă cu picioarele alipite nu o poate păstra nici cu ochii deschiși. Mersul este ataxic.

Reflexele osteo-tendinoase la M. superior, stilo-radial și cubital posterior nu se produc.

Reflexele rotuliene, achiliene abolite.

Ex. ocular. Ochii complet liniștiți. La examenul obiectiv: conjunctiva, corueea, camere ant. de aspect normal.

Irisul A.O prezintă mici zone de atrofie peripupilare.

Pupilele inegale: O.D=4

O.S=3.5.

Reflexele pupilare complet dispărute, din aceasta cauză nu se poate face pupilosopia diferențială.

Observația XXVII. S. P. 50 ani, intră în Cl. Neurologică în 25 Octombrie 1928. Dg. tabes.

Anteced. personale. La 24 ani a avut o eroziune în șanțul balano-prepuțial care s'a vindecat în 2 săpt. Atunci a avut și blenoragie. La câteva luni mai ales noaptea, deasemenea în gât avea dureri fără să existe vre-o leziune. Soția n'a avut avorturi nici nașteri.

Istoricul boalei. Din primăvara anului 1923 dureri lancinante în membr. inferioare, în special în gambe, ce surveneau în formă de crize ce țineau 1—5 zile. Pentru aceasta făcea băi calde, fricțiuni cu spirt camforat. Iarna durerile erau mai pronunțate. În 1927 vara e apucat cu dureri de cap în reg. frontală cu caracter de presiune continuă, apoi dureri în epigastru în formă de crampe ce surveneau în mod paroxistic.

În 1928 a făcut 10 inj. neosalvarsan, se simte, ameliorat. Înainte e.o săptăm. reîncepând tratamentul, a doua zi după prim.: inj. de neosalv. nu mai poate deschide bine ochiul stg și vede dublu.

Mersul: ușoară tatonare. Reflexele: la membrul superior abolite de ambele părți, asemenea refl. rotulian și achilian.

Sensibilit: subiect, acuză dureri lancinante în membr. inf. Acuză diplopie.

Ex. ocular. Ochii complet liniștiți. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normale. Irisul de culoare castanie, aspect normal. Pupilele inegale, rotunde: la O.D= $2\frac{1}{2}$ mm, diametru, reacționează la lumină și convergența; la O.S=7 mm, imobilă complet. La pupiloscopia diferențială se constată: O.D=0.6; la O.S nu se poate face din cauza imobilității pupilare.

Paralizia n. ocul. M. Com. a O.S dui care cauză se observă ptoză, midriază și imobilitate oculară.

Observația XXVIII. M. F., 72 ani, înțără în Cl. Neurologie în 18 Oct. 1927. Dg. Tabes.

Anteced. personale. Fără importanță.

Istoricul boalei. Boala a debutat cu dureri în formă de junghiuri la membr. sup. și în torace; la câțva timp apar și la membr. inf., cel drept se tumefiază dela genuchi în jos, dela tumefiere impotență funcțională a gambelor. De 4 ani vederea este slăbită, a avut diplopie. De 20 ani impotent.

Ex. fizic. Stațiunea bipedă o păstrează mărindu-și baza de sus ez textul reflexele patelare abolite de ambele părți, achiliene abolite.

Cord: Sgomot II ortic clanguros. Pulsul bondisant ficat, splina, plămân nimic patologic.

Ex. ocular. Polul anterior al ochiului complet liniștit. La ex. obiectiv se constată: Conjunctiva, corneea, camera anterioară de aspect normal.

Irisul de culoarea albastră nu prezintă modificări în relief și grosimea lui.

Pupile neregulate, rotunde, pupila O.D=3 mm. O.S=2.5 mm Reflexele pupilare complet dispărute. Ex. cu pupiloscopul diferențial nu se poate face tocmai din cauza acestor imobilități.

Observația XXIX. S. L. 44 ani, intră în Cl. Psihiatrică din Cluj în 8/IX 1924. Dg. Sifilis cerebral forma pseudo-paralitică.

Antecedente personale. Acum 20 ani infecție sifilitică.

Boala actuală. De o zi a devenit f. nervos, se ceartă cu familia, este abătut, se plânge de dureri musculare în tot corpul.

Ex. fizic. Sgomotul II-lea aortic metalic.

Reflexele tendinoase și cutanate normale.

Ex. ocular. Polul ant. al ochiului complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal.

Irisul de culoare castanie deschisă, cu grosimea și aspectul normal.

Pupilele neregulate, ovalare cu marele ax în sens orizontal de mărimi diferite, pupila O.D=2½ mm diametru la O.S=2 mm.

La pupilosopia diferențială se constată: O.D=0.004
O.S=0.02.

La ochiul stâng reacționează mai mult jumătatea superioară a pupilei.

Observația XXX. P. T. 28 ani, intră în Cl. Psihiatrică în 15/III 1929. Dg. Sifilis cerebral. Eșe la 15/V 1929. ameliorat.

Anteced. personale. În 1922 a avut infecție sifilitică, a urmat 4 tratamente antiluetice la diferite spitale militare și civile.

Sofia n'a avut avorturi, 2 copii sănătoși.

Istoricul boalei. De ½ an, are cafelee, uneori râde fără motiv, ori plânge, îl preocupă idei de sinucidere, prezintă o stare de anxietate.

Ex. fizic. Aortită.

Reflexele tendinoase-patelare vii, achilian stg. se produce. cel drept abolit, reflexele cutanate se produc.

Ex. ocular: Polul ant. al ochiului complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal.

Irisul de culoare castanie deschisă, nu prezintă ceva anormal.

Pupilele rotunde, mici, egale, măsurând 2,75 mm. Reflexele la lumină și convergentă se produc. La pupilosopia diferențială se constată: O.D=0.8.

O.S=0.7.

Observația XXXI. M. V. 51 ani, întră în Cl. Psihiatrică din Cluj în 2/V 1928. Dg. tabo-paralizie generală.

Anteced. personale. La 17 ani șancru sifilitic. A făcut tratament abortiv, de atunci n'a mai urmat tratament antiluetic.

Soția a avut un avort spontan I. II, un copil sănătos.

— Istoricul boalei: De 2 luni n'are poftă de lucru, se simte slăbit, vorbirea este groasă.

Ex. fizic. Al II-lea aortic accentuat.

Ex. ocular. Polul ant. complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. a ochiului de aspect normal.

Pupilele neregulate, mici, cea dela O.D turtită sus. cu diametru orizontal 1,5 mm, la O.S axul orizontal alungit, de formă ovalară, diametru 1,5 mm în acest ax.

Reflexele abolite. Argyll-Roberison nu se poate face din cauza imobilității.

Revăzut după 2½ luni aceeași stare.

Observația XXXII. T. T. 55 ani, întră în Cl. Psihiatrică. Dg. Tabes și p. g.

Anteced. personale. Neagă boli venerice ori de altă natură. Soția n'a avut avorturi, 1 copil sănătos.

Boala actuală din Iulie 1928. Soția observă că este abătuț, tăcut, anxios. La câteva zile ictus, de atunci e f. schimbat.

Ex. fizic. Reflexele tendinoase patelare și achiliane abolite.

Ex. ocular. Polul ant. al ambilor ochii complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal.

Irisul de culoare verzuie și aspect normal. Pupilele rotunde, egale de $3\frac{1}{2}$ mm mărime.

Reflexe pupilare se produc normal.

La examenul pupiloscoptic: O.D=0.5.

O.S=0.7.

Revăzut, după 2 luni același aspect.

Observația XXXIII. B. C. 45 ani, în Cl. Psihiatrică din Cluj în 22/II 1929. Dg. Pachimeningită. Eșe în 17/V a. c.

Antecedente personale. La 18 ani infecție mixtă care a fost tratată local; a făcut și fricțiuni cu unguent napolitan.

Soția a născut un copil ce moare la o săpt. după naștere.

Boala actuală. De 8 luni remarcă ușoară amorteală în policele mâinei drepte, nu-și mai poate face bine țigareta, nu poate mișca bine policele. După 5 luni amorteală și pareză în celelalte degete ale mâinei drepte, îi scade forța mâinei, flexiunea ei e f. anevozioasă.

Ex. fizic. La aortă și pulmonară șgomote surde.

Reflexele tendinoase-patelare sunt exagerate, achiliene sunt vii. La membrele sup. reflexele f. exagerate, cele cutanate vii. Paralizia flexorilor ambelor mâini pronunțate mai ales la mâna dreaptă.

Ex. ocular. Polul ant. al ochiului complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul de culoare verzuie, nimic anormal afară de o sinechie post. în partea sup. a pupilei. La examenul cu lampa cu crăpătură a lui Gullstrand se constată o opacitate a cristalinului în cadranul intern sub sinechie. Pupilele rotunde, egale, cu diametrul de 5 mm. Reflexele la lumină și convergență se produc.

La O.S în partea sup. din cauză sinechiei, irisul rămâne imobil în această parte.

La pupilosopia diferențială se constată: O.D=0.7.

O.S=0.9.

Observația XXXIV. B. G. 45 ani, întră în Cl. Psihiatrică din Cluj. Dg. Pachimeningită sifilitică.

Ex. ocular. Polul ant. complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul de culoare căpriu deschis nu prezintă nimic anormal.

Pupilele rotunde egale A.O=2.5 mm.

Reflexele pupilare păstrate la A.O.

La oftalmoscopia diferențială se constată: A.O=0.8.

Observația XXXV. Ch. M. 55 ani, întră în Cl. Psihiatrică din Cluj în 8/IV 1929. Dg. Epilepsie specifică.

Anteced. personale. Neagă boli venerice și infecto-contagioase. Are 4 nașteri, 2 copii morți până 1 lună după naștere.

Boală datează de 4 luni, apare brusc cu amețeală. cade la pământ, face spumă la gură își muscă limba și are convulziuni tonico-clorice. După acces somu timp de o. oră, se trezește ca din somn, nu știe ce s'a întâmplat cu ea. varsă apoi face un nou acces. În aceeași zi accesele s'au repetat de 5 ori tot la o oră. După accese se simte foarte obosit. N'a prezentat în acest timp nici pareze, nici afazii.

Ex fizic. Nimic dessebit.

Reflexele tendinoase: patelare vii, achiliene se produc deasemenea și cele cutanate.

Ex. ocular: Polul ant. al ochiului complet liniștit. Conjunctiva corneea, camera ant. cu aspect normal. Irisul de culoare căpruie închisă, nu prezintă nimic anormal.

Pupilele: conturul regulat, formă rotundă, egale, măsurând în ambele diametre 4 mm. La pupiloscopia diferențială: O.D=0.8.

O.S=0.8.

Observația XXXVI. M. M. 45 ani, întră în Cl. Psihiatrică în 22/XI 1929. Dg. Hemiplegie sifilitică.

Anteced. personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă ori venerică.

Boala actuală. A survenit brusc în 1919. cu dureri de cap. amețeli.

Ex. fizic. Sgomotele aortice accentuate.

Reflexele patelare și achiliene sunt exagerate mai mult la dr.

Reflexele abd. diminuate.

Ex. oftalmologic făcut în 27/XI 1929. A.V=

O.D= urmărea deget înaintea ochiului O.S= $\frac{3}{5}$.

Fund ochiului: atrofia nervului optic, drept. Pupilele cu cireonferința ușor neregulată. Pupila O.S ușor midriatică. Reacțiunea la lumină a O.D aproape abolită. Reacțiunea la lumină a O.S este leneșe, asemenea reacțiunea la acomodatie. Mișcarea globilor oculari libere în toate direcțiile. Ușoară ptoză a pleoapei stgi.

Ex. ocular. Polul ant. al ambilor ochii complet liniștit. Conjunctiva, corneea, camera ant. de aspect normal. Irisul de culoare verzue prezintă în ambele părți în zona pupilară stratul stromal mai rarefiat, atrofic lăsând să se întrevadă foaia pigmentară Există și o deplăsare de pigment sub forma unor mici grămezi grupate în apropierea gulerășului pe stromă.

Pupile rotunde, inegale ceă dela O.D=5.5 mm, la O.S=4 mm.

Reflexele la lumină și acomodatie se produce. Măsurând cu pupilosopia diferențială se constată: O.D=0.007.

O.S=0.7.

Concluziuni

1. Iregularitatea pupilei și anizocoria sunt frecvente în sifilisul cerebro=spinal.

2. Aceste modificări pupilare se însoțesc de tulburarea reflexu=ului foto=motor, care diminuează lent și progresiv fără să dispară complet.

3. Frecvența atrofiilor iriene în sifilisul cerebro=spinal nu este atât de mare cum pretinde Dupuys=Dutemps și Lodato.

4. Între dispariția reflexului foto=motor și alterațiunile de struc=tură ale irisului nu există în sifilisul cerebro=spinal nici o legătură, pentru că reflexul foto=motor poate să dispară fără ca totuși structura biomicroscopică normală a irisului să fie modificată.

5. Atrofia irisului este mică și puțin frecventă chiar în cazul semnului lui Argyll=Robertson complicat (imobilitate pupilară totală).

6. Semnul lui Argyll=Robertson nu=și găsește o explicație su=ficientă în modificările structurale ale membranei iriene.

Văzută și bună de imprimat:

Președintele Izci:
(ss) Prof. Dr. D. MICHAİL.

Decanul Facultății:
(ss) Prof. Dr. C. TĂTARU

Bibliografie :

1. Dupuys - Dutemps : Soc. Fr. d'ophtalmolog 1905.
2. Redslob : Revu of. neuro-oculistique 1923.
3. Dejérine : Sémologie des affections du système nerveux.
4. Morax : Enciclopedia Franc. d'opht.
5. Marcel Dauris et Jean H. Coppey : Exploration de la pupile.
6. Luigi Igi : Archivio gen. di neurol. et psichoan. Oct. 1925 (vol. VI).
7. M. Jean Sedan : Evolution d'un paralysie parcellaire de l'iris chez un tabétique.
8. Signe D'argyll R. M. M. G. Weill, L. Reys et P. A. Dreyfus.
9. Weill et P. A. Dreyfus. Signe d'Argyll-Robertson.

