

8040

MANIFESTĂRI OCULARE  
IN CLINICĂ PSICHIATRICĂ  
(STUDIU CLINIC ȘI STATISTIC)



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 20 Iunie 1935

DE  
CRISTEA VASILE

CLUJ  
TIPOGRAFIA „CARTEA ROMĂNEASCĂ”  
1935

MANIFESTĂRI OCULARE  
IN CLINICA PSICHIATRICĂ  
(STUDIU CLINIC ȘI STATISTIC)

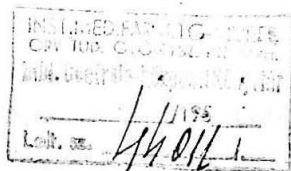


DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 20 Iunie 1935

DE

CRISTEA VASILE

23 MAY 2005



CLUJ

TIPOGRAFIA „CARTEA ROMĂNEASCĂ”  
1935

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“ DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ**

---

**Decan : Prof. Dr. D. MICHAÏL**

**Profesori :**

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr. ALEMĂN I.
Microbiologia . . . . .	„ „ BARONI V.
Istoria Medicinii . . . . .	„ „ BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	„ „ BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	„ „ BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană . . . . .	„ „ DRĂGOIU I.
Semiologie medicală . . . . .	„ „ GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	„ „ GRIGORIU C.
Clinica medicală . . . . .	„ „ HAȚIEGANU I.
Medicina legală . . . . .	„ „ KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	„ „ POPOVICI GH.
Clinica oftalmologică . . . . .	„ „ MICHAÏL D.
Clinica neurologică . . . . .	„ „ MINEA I.
Igiena și igiena socială . . . . .	„ „ MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	„ „ NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	„ „ PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicină operatoare }	„ „ POP A.
Fiziologia umană . . . . .	„ „ DRĂGOIU I. (supl.)
Balneologia . . . . .	„ „ STURZA M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	„ „ TĂTARU C.
Clinica urologică . . . . .	„ „ ȚEPOSU E.
Chimia biologică . . . . .	„ „ THOMAS P.
Clinica psihiatrică . . . . .	„ „ URECHIA C.
Anatomia patologică . . . . .	„ „ VASILIU T.
Clinica Infantilă . . . . .	„ „ POPOVICI GH.

**JURIUL DE PROMOȚIE :**

**Președinte : D-l Prof. DR. D. MICHAÏL**

Membrii: { „ „ „ I. HAȚIEGANU  
 „ „ „ C. URECHEA  
 „ „ „ T. VASILIU  
 „ „ „ V. BOLOGA

**Supleant : DOCENT Dr. P. VANCEA**

## I.

### INTRODUCERE.

Cadrele diferitelor specialități, nu au hotare precise, cari să delimiteze pentru medic, câmpul de activitate, pe teren medical. Intre acestea, sunt legături atât de strânse, încât e imposibil a concepe un separatism absolut. Pe teren medical, o muncă concepută, în sensul acestui separatism, duce la un rezultat incomplet, de multe ori nul, sau chiar dezastruos. O boală oarecare, nu se mărginește numai la un organ, excepțional, ci cuprinde mai multe organe, sau organismul întreg. Astfel stând lucrurile, în sensul separatismului absolut, diagnosticul, prognosticul și tratamentul diferitelor boale, ar fi parțiale, nule, sau greșite. După cum toate organele, conlucrează pentru un singur scop, tot așa și diferitele specialități medicale, trebuie să meargă, mână'n mână, spre un singur scop: alinarea suferințelor. Legăturile între diferitele specialități, nu sunt numai în așa zisele zone de contact, ele merg mai departe, iar uneori e imposibil de-a preciza, cărei specialități aparține mai mult o afecțiune oarecare. Această interdependență o probează din ce în ce mai mult, chiar evoluția cunoștințelor medicale, bazată pe colaborările interclinice.

În lucrarea de afară, nu voi cuprinde tot câmpul de activitate între diferitele specialități, ci doar acela rezultat din colaborarea dintre clinicele: oftalmologică și psihiatrică. În acest sens, s'au mai făcut lucrări, cari arată legăturile Clinicii Oftalmologice cu Clinica Medicală și Clinica Neurologică și cred că vor mai urma lucrări în acest sens. Sugerarea unor astfel de lucrări din partea Dl. Prof. Michail, pare a fi destul de interesantă, în primul rând prin faptul, că aceste legături interclinice ar putea să prezinte un aspect, o înfățișare proprie, centrului

Medical-Universitar din Cluj, în urma așezării acestor institute ca o cetate medicală, iar în al doilea rând, că scoate în evidență necesitatea colaborării și totodată importanța practică a acestor conlucrări.

Această lucrare, având ca scop, scoaterea în evidență, a importanței și a necesității colaborării interclinice, să fie în primul rând o lucrare-statistică, din care să se desprindă clar și neforțat cele mai sus amintite. În vederea acestora, statistica va cuprinde cazurile trimise de clinica psihiatrică, pentru examinare la clinica Oftalmologică, în ultimii 6 ani de colaborare. Vom vedea în cursul acestei lucrări, că examenul ocular, în afecțiunile psihiatrice, are o importanță covârșitoare și că de multe ori, el este singurul, care ne pune pe calea diagnosticului. Importanța manifestărilor oculare în afecțiunile psihiatrice, o adevărește însăși zicătoarea populară: „Ochii sunt oglinda sufletului”. Astfel, multe afecțiuni psihiatrice, își vor trada etiologia lor prin această poartă de relațiune cu exteriorul, care este ochiul. Vom vedea în cursul acestei lucrări, că o mare parte din afecțiunile sistemului nervos central, evoluează concomitent cu afecțiuni oculare, cari de multe ori sunt premergătoare, și cari dacă nu vor fi depistate la timp și tratate în consecință, vor duce la compromiterea organelor vizuale.

---

## II.

### CLASIFICAREA MATERIALULUI CLINIC.

Materialul acestei lucrări e compus din cazurile de bolnavi trimiși, pentru examen ocular, dela clinica psihiatrică la clinica oftalmologică, în intervalul de timp dela 1 Ianuarie 1928 până la 30 Iunie 1934 și cuprinde 214 cazuri. În acest scop am folosit condicele de consultații, foile de observație corespunzătoare bilnavilor din Clinica Psihiatrică, precum și registrele de intrare și eșire ale clinicilor respective. Fiecare caz, va avea indicat diagnosticul psihiatric sigur sau probabil și rezultatul examenului oftalmologic și acolo unde se simte nevoie de explicații mai detaliate, se vor da în considerațiunile ce vor trata grupa afecțiunilor psihiatrice respective. Toate aceste cazuri, le-am împărțit în grupe de afecțiuni, arătând pentru fiecare grupă, manifestările oculare pe cari le-a prezentat. Succesiunea acestor grupe, va urma în sensul, descreșterii valorii numerice, a acestor grupe.

Voiu grupa în mod schematic, cazurile studiate, în felul următor:

1) Afecțiuni sifilitice . . . . .	55 cazuri	{ Tabes Paralizie gene- rală Tabo-P. G. Sifilis cerebral Sifilis latent	
2) Tumori cerebrale . . . . .	49		"
3) Epilepsie . . . . .	39		"
4) Scleroză în plăci . . . . .	20		"
5) Nevroze, psihonevroze . . . . .	11		"
6) Nevrite, polinevrite . . . . .	11		"
7) Psihoze . . . . .	7		"
8) Encefalită letargică . . . . .	5		"
9) Hemiplegii, paraplegii . . . . .	5		"
10) Afecțiuni variate . . . . .	12		"

Trebuie să amintesc că această diviziune este întrucâtva arbitrară, deoarece, multe din aceste cazuri, prezentau, mai multe afecțiuni organice. Totuși, necesitatea, m'a făcut să adopt această clasificare, încadrând diferitele cazuri, în grupele mai sus amintite, ținând seamă, bine înțeles, de afecțiunea dominantă.

Vom trece acum la diferitele grupe de afecțiuni în parte făcând considerațiunile inerente și trăgând concluziile pe cari ni-le impune realitatea faptelor.

## 1. AFECȚIUNI SIFILITICE.

Au fost trimiși pentru examen oftalmologic 55 de cazuri cu afecțiuni sifilitice. Aceste cazuri le putem împărți în 5 subgrupe după cum urmează: 1) Tabes . . . 14 cazuri

2) P. G. . . . . 8 "

3) Tabo-P. S. . . . . 4 "

4) Sif. cerebral 25 "

5) Sif. latent . . . . . 4 "

Din aceste 55 de cazuri au prezentat manifestări oculare 44 de cazuri, deci manifestările oculare, în aceste cazuri de afecțiuni sifilitice-psihiatrice, prezintă o procentualitate de 80%. Iată diferitele manifestări oculare pe cari le-au prezentat acești bolnavi cu afecțiuni sifilitice:

Nevrită optică . . . . .	14 cazuri
Atrofia nervilor optici . . . . .	11 "
Paralizii musculare . . . . .	5 "
Ipermetropie . . . . .	3 "
Atrofia papilei . . . . .	2 "
Stază papilară . . . . .	3 "
Ipertensiune A. R. . . . .	2 "
Hemianopsie . . . . .	1 "
Rigiditate pupilară . . . . .	1 "
Leucom cornean . . . . .	1 "
Presbiopie . . . . .	1 "
Blefarită . . . . .	1 "

Redăm mai jos, tabloul celor 44 cazuri, cari sunt divizate în subgrupele amintite mai sus.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Cliniceii Psihiatrice	Rezultatul examenului oltalmologic
1	Gheorg. Vasilescu	Tabes dorsal	Rigiditate pupilară
2	Pop Ioan	" "	Atrofie pupilară A. O.
3	Pudner Ștefan	Tabes cu atrofie optică	Atrofie n. optici
4	David Iuliu	Tabes frust. Nevrită opt.	" " "
3	Kogi Ecaterina	Tabes	Atrofie optică incip. A. O.
6	Nagea Simion	Tabes cu atrofie optică	Atrofie optică postnevr.
7	Selejan Ana	Tabes. Nevrită optică	Nevrită optică A. O.
8	Nedici Gh.	Tabes	" " "
9	Besângea Nic.	Tabes	Nevrită optică incip.
10	Kis Maria	Tabes? Atrofie optică	Nevrită optică edem.
11	Moldovan Susana	" " "	Atrofie optică
12	Țecu Buhumilă	Tabes cu paraliz. n. cran.	Ipermetropic. Paraliz. o. m. dr. sup. O. D.
13	Seres Maria	Tabes cu atrofie optică	Atrofia n. optici
14	Costișor Vasile	Tabo P. G.	" " "
15	Toșa Traian	" " "	" " "
16	Danziger Margar.	" " "	" " "
17	Csoma Dionisie	Paralizie generală	Pareza m. ridic. pleoapei sup. și O. m. dr.
18	Bumbu Vasile	" " "	Presbiopie
19	Rusu Anița	" " "	Atrofie optică incip.
20	Daroci Ana	" " staționară	Hipermetropie corecta- bilă. Blefarită.
21	Lakatos Irina	" " "	Nevrită optică A. O.
22	Martiș G.	Sifilis cerebral, men. sif.	" " "
23	Ursuli Teodor	Sindrom cerebelos sif.	Atrofie optică post-nevr.
24	Alexi Iuliu	Sifilis cerebral	Atrofie papilară parțială
25	Panta Manoiă	Epilepsie sifilitică	Nevrită optică A. O.
26	Băcila D-tru	Sif. cerebral	Hemian. omon. Ipermetr.
27	Pop Vasile	" "	Stază papilară A. O.
28	Bălănescu Maria	Sif. cerebral (gomă)	Nevrită optică A. O.
29	Podoabă Melania	Hemipareză stg. (arterită)	" " "
30	Pop Veronica	Sif. cerebro-spinal	Paraliz. m. o. c. A. O.
31	Binducz Emilia	Sif. cerebral (Heredo-lues)	" " ext.
32	Pârnac Mihai	Hemiplegie sif.	Ipertensiune A. R.
33	Nicolici Gabriela	Sif. cerebral	Nevrită optică incipientă
34	Dolca Ioana	" "	Paraliz. m. o. c. ptoză dipl.
35	Vințean Petru	Sif. cerebral (arterită)	Ipertens. A. R. Leucom cornean O. S.
36	Vasi Vasiliu	Sif. cerehral. Ipertensiune	Nevrită opt. edemotoasă
37	Iclozan Elena	Sindr. cerebelos. stg. sif.	" " A. O.



No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinicei Psichiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
38	Török Susana	Sifilis cerebral, epilepsie.	Ipermetropie
39	Kis Șt.	Sindr. peduncular sif.	"
40	Tot Maria	Paroplegie sif.	Teci scleroase perivascularare A. O.
41	Weszelény Emeric	Sif. latent	Nevrită optică A. O.
42	Szabó Gh.	" "	Ipermetr. C. V. strămtat.
43	Kegyé Mařia	" "	Ipotens. A. R.
44	Șeredan Sever	" "	Nevrită optică incipientă

După cum vedem din tabloul de mai sus, manifestările oculare în afecțiunile sifilitice, sunt foarte frecvente. Aceste manifestări sunt și mai frecvente, dacă luăm în considerare și celelalte semne de debut ca, anisocorii, rigiditate pupilară, neregularitatea conturului pupilar, semnul lui Argyll Robertson, etc., pe cari constatându-le, ne pune în gardă contra afecțiunilor sifilitice. Aceste semne de debut, manifestate în sfera oculară, au fost obiectul unei serii întregi de discuții și cercetări, iar știința oftalmologică și-a dat contribuția sa într-o mare măsură. Tieri sub numele „La sindrome morfologica dell'iride nella tabe e nella paralisi progresiva” descrie un sindrom compus dintr-o triadă simptomică care se referă la iris: atrofia irisului, neregularitatea conturului pupilar și anisocorie care ar fi un sindrom caracteristic pentru tabes și paralizia generală. Cercetările lui Vancea arată că nu există acest sindrom pentru că aceste semne sunt prezente în proporții diferite. Astfel, atrofia iriană în 28, 24% neregularitatea conturului pupilar în 14,28% și anisocoria în 46,42%.

Tabesul este o afecțiune sifilitică, care în majoritatea cazurilor evaluează cu fenomene oculare. Tabesul cefalic pe care Achard îl împarte în: 1) tabes cu cecitate, 2) tabes oftalmologic cu manifestări bazilare și 3) tabesul bulbar, dă cele mai numeroase manifestări oculare. Tabesul cu cecitate din p. d. v. general e mai benign, dar în sfera oculară produce cecitate. Când tabesul a ajuns la cecitate, de obicei celelalte fenomene se amendează, sau rămân staționare, ceea ce l-a făcut pe Charcot să

spună că: monstrul e satisfăcut. Din cele 16 cazuri de tabes și tabo-P. G. vedem că cele mai frecvente manifestări oculare sunt atrofiile nervilor optici, nevrite optice și mai rare cazurile de paralizii musculare parcelare. Turburările oculare consecutive, nu merg în raport direct cu intensitatea papilitei, uneori papila, în cazuri de nevrite retrobulbare, nu prezintă nimic oftalmoscopic, și totuși bolnavul prezintă o amauroză completă.

În paralizia generală, pe lângă celelalte manifestări ale polului anterior, amintite mai sus, găsim și leziuni ale fundului de ochiu, însă acestea sunt mai rare ca în tabes. E vorba de leziunile cari sunt în legătură de cauzalitate cu infecția sifilitică. Acestea sunt ca și la tabes, nevrita și atrofia optică.

Sifilisul cerebral, care, poate evolua, aproape sub toate formele de afecțiuni ce interesează acest organ, prezintă deasemenea multe manifestări oculare, datorite leziunii porțiunilor sau căilor ce sunt în legătură cu organele vizuale. Pe lângă semnele polului anterior, leziunile fundului de ochiu și ale musculaturii extrinseci sunt bine reprezentate. Astfel găsim, deformațiuni ale câmpului vizual hemarogii, stază papilară, nevrite și atrofii optice iar din partea aparatului motor găsim paralizii variate și trecătoare, rareori durabile, strabism, pareze ale mișcărilor de convergență, ale mișcărilor oculogirilor și rareori și oftalmoplegii totale.

În cazurile descrise mai sus, diferitele sindrome sub cari se înfățișează infecțiunea sifilitică, ne arată necesitatea unui examen oftalmologic. Examenul oftalmologic e foarte necesar și important în cazurile de sifilis latent, acolo unde nimic nu ne face să bănuim infecțiunea respectivă. Mai mult ca ori unde, manifestările polului anterior sau ale fundului de ochiu, ne servesc la depistarea unei afecțiuni sifilitice nervoase latente. Majoritatea afecțiunilor psihiatrice fiind de natură specifică și fiindcă cea mai mare parte dintre ele prezintă manifestări oftalmologice, necesitatea colaborării între aceste două specialități se impune dela sine.

## 2. TUMORI.

Asupra cazurilor de tumori, statistica ne arată un număr destul de mare, 49 cazuri, cari au fost trimise spre a fi examinate din p. d. v. ocular. Din aceste cazuri 42 au fost însoțite de

leziuni oftalmologice. Deci manifestările oculare în aceste cazuri prezintă o procentualitate de 90%. Astfel stând lucrurile, importanța de multe ori decisivă a manifestărilor oculare în diagnosticul tumorilor cerebrale se impune dela sine.

Din p. d. v. topografic, al sediului tumorii reese următoarea repartizare:

Tumorii cerebrale nelocalizate . . . . .	19	cazuri
Tumorii cerebeloase . . . . .	6	"
Tumorii la baza craniului	{ nelocalizate . . . . . 2 hipofizare . . . . . 2 ale selei turcice . . . . . 1 epifaringiană . . . . . 1	"
		"
		"
		"
Tumori ale zonei motorii și senzitive . . . . .	7	"
Tumori ponto-cerebeloase . . . . .	5	"
Tumori Temporo-occipitale . . . . .	3	"
Tumori ale regiunii acustice . . . . .	1	"
Tumori parietale . . . . .	1	"
Tumoră epifizară . . . . .	1	"

Să vedem cari au fost diferitele manifestări oculare după frecvența lor:

Stază papilară . . . . .	15	cazuri
Nevrită optică . . . . .	11	"
Edem papilar . . . . .	4	"
Atrofie optică . . . . .	1	"
Turb. de refracție . . . . .	3	"
Paralizii musculare . . . . .	2	"
Palizierea papilelor . . . . .	1	"
Periflebită retiniană . . . . .	1	"
Omauroză . . . . .	1	"

Redau mai jos tabloul cazurilor de tumori cerebrale cu diferitele manifestări oculare:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinicei Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Popa Ioan	Tumoră la baza cra-	Conus miopic. Hipot. A. R.
2	Varga Ioan	niului (sfen.)	Stază papi ară O. S.
3	Trânsan A.	" cerebeloasă stg.	" "
4	Popa Ștefan	" Epilepsie simpt.	Nevrită optică cu edem

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Cliniceii Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
5	Vlad Stejar	Tumoră cerebrală	Edem papilar A. O.
6	Kis Elena	" "	Nervită optică cu edem papilar
7	Nicoară Nicolae	" "	Stază papil. A. O. Paral. m. o. ext. stg. Nistagm orizontal
8	Teodorescu P. An.	" " ?	Stază papilară
9	Negru Gașie	" " Ateromaz.	Nevrită incipientă O. D.
10	Nedescu D.tru	" ponto-cerebeloasă	Amaurază
11	Domahidi Francisc.	" selară	Stază papil. roșie, exoftalmie A. O.
12	Kasler Fabian	" ponto-cerebeloasă	Nervită edematoasă A. O.
13	Lazar Andronic	" cerebrală	Stază papil. A. O. CV. strâmtat O. S.
14	Ariton Etelca	" sindrom ipolizar	Nevrită optică A. O. CV. strâmtat
15	Roșu Nicolae	" cerebrală	Stază papil. C. V. strâmtat A. O.
16	Simedrea Avram	" " " " " "	Nervită edematoasă, emoragii prepapilare
17	Mocan Emil	" epifizară	Edem papilar, exudate retiniene
18	Todericiu Gh.	" temporo-occip. stg.	Stază papil. A. O.
19	Mureșan Nastasia	" cerebrală	Nevrită optică, edem papilar
20	Andran Ioan	" "	Atrofie incipientă optică A. O.
21	Cosma Vasile	" "	Stază papilară atrofică
22	Moldovan Teodor	" "	Stază papil. A. O.
23	Vereș Ștefan	" ponto-cerebel. stg.	Stază papilară atrofică
24	Adi Ioan	" parietală	Ușoară nevrită cu edem
25	Varga Franciss	" rolandică dr.	Stază papil CV. strâmtat
26	Iclozan Elena	Sindrom cerebelos stg.	Nevrită optică
27	Marchiș Florea	Tumoră rolandică	Nevrită optică
28	Sasz Ignat	" ipof. acramegolie	Paliditate bitemp. papilară
29	Virág Iosif	" (vermis?)	Pareza m. o. ext. dr.
30	Sonea Simion	" epifaringiană	" " " " stg.
31	Filimon V.	" cerebrală	Stază papil. A. O.
32	Lauber M.	" ponto-cerebel.	" " perivascularită A. O.
33	Varga Gh.	" cerebrală	Stază papil. A. O.
34	Tâlpaș I.	" " (motorie și frontală stg.)	" " cu hemoragii

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinicei Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
35	Fehér I.	Tum. temporo occip. dr.	Nevrită edematoasă. Strămtoarea C. V. temporal stg. și nasal dr.
36	Ciomaș M.	" ponto-cerebeloasă	Nevrită C. V. strămtat A. O.
37	Nagy Emeric	" în zona motoră	Edem papil. A. O.
38	Rosenfeld H.	" "	" " " "
39	Baciu Il.	" (temporo-occip. stg.)	Neuroretinită
40	Moise Carolina	" (acustică dr. ?)	Stază papil. nevrită cronică
41	Boticui Antoniu	" "	Atrofie postnevritică
42	Kuniovici I.	" motorică stg.	Edem papilar A. O.

Analizând acest tablou, observăm că majoritatea manifestărilor oculare, sunt datorite sindromului de ipertensiune intracraniană. Sunt însă și cazuri care pot evolua parțial, sau tot timpul, fără manifestări oculare; sunt însă cazuri rare. Manifestările oculare, datorite ipertensiunii intracraniene, dacă nu se intervine la timp, merg progresiv, prin diferite etape până la cecitate, amauroză.

Prima etapă a acestor manifestări e caracterizată prin paliditatea papilelor. Urmează apoi, după un timp oarecare, edemul sau staza papilară. Mecanismul intim al stazei nu se cunoaște, totul se reduce la ipoteze. Unii autori susțin că, ipertensiunea jenând circulația lichidului cefalorachidian, determină un edem în teaca nervului optic, alții susțin că ipertensiunea provoacă o compresiune, care la rândul ei determină o stază nervoasă, în vena centrală a retinei; alții susțin că ar fi jenată circulația limfatică. În orice caz hipertensiunea și jena circulației în teaca nervului optic, ar explica suficient, mecanismul stazei papilare.

Staza papilară, în evoluția sa prezintă două faze, faza vasculară și faza atrofică. În faza vasculară papila devine proeminentă, turgescență, cu venele dilatate și arterele strămtate, sau mai poate prezenta hemoragii papilare sau peripapilare. Ceeace caracterizează, din punct de vedere clinic, această stază e că,

ea evoluează, cel puțin, în fazele inițiale ale sindromului, fără turburări vizuale. Într-o fază mai înaintată, papila proemină puternic în camera posterioară, sub aspectul unei flori de crisantemă, iar procesul de stază determină apariția unor exudate, cari dau turburări de vedere, pasagere, cari se repetă la intervale neregulate la început, apoi cu timpul merg progresiv până la cecitate. O intervenție decompresivă în această fază, poate salva ochiul, dela o atrofié optică. În caz contrar, evoluția merge spre faza atrofică, când fenomenele congestive scad treptat, iar în papile apar plăci albicioase atrofice. Ocuitatea vizuală scade în această fază, treptat, până la cecitate complectă. În această fază intervenția decompresivă ajută foarte puțin sau e cu rezultat nul. Examenul campimetric făcut în aceste două faze, ne va arăta turburări ca: strâmtarea câmpului vizual, scotoame, hemionopsii, discromatopsii, etc.

Sindromul de hipertensiune intracraniană se poate însoți și de hidrocefalie ventriculară, prin comprimarea apeductului lui Sylvius pe care-l obstruează mai mult sau mai puțin complect și va determina o stagnare în ventricolul al III-lea, care va comprima mai ales planșeul și recesurile optice ale chiasmei și de unde consecutiv obnubilății vizuale.

Manifestările hipertensiunii intracraniene, staza sau atrofia optică pot fi bilaterale sau uneori pot să predomine mai mult unilateral și că să putem trage concluzii referitor la topografia tumorilor, aceste semne trebuiesc să fie coroborate cu celelalte semne de localizare topografică.

Sediul tumorii are influență asupra edemului papilar. Staza papilară este cu atât mai constantă cu cât cauza provocătoare, tumoara, are un sediu mai îndepărtat de regiunea oculară. Staza se găsește de obicei în tumorile ventricolului al IV-lea ale unghiurilor ponto-cerebeloase, a tuberculilor quadrigemeni, ale lobului occipital, ale cerebelului și protuberanței, precum și acele localizate în vecinătatea bandelei optice sau nervului optic. Această stază poate oscila în cursul evoluției, și se poate influența prin decompresiune, dacă bine înțeles, intervenția s'a făcut înainte de perioada atrofică a stazei papilare. Odată evoluția ajunsă în faza atrofică, cecitatea, amauroza, vor fi ireversibile.

Reese deci clar, că rezultatul unui examen oftalmologic în cazuri de tumori cerebrale, coroborat cu celelalte simptome,

ajută la punerea unui diagnostic de tumoră, diagnostic topografic și ne indică necesitatea și limitele unei intervenții decompressive, care să împiedice compromiterea aparatului vizual.

### 3. EPILEPSIA.

Cazurile examinate din p. d. v. oftalmologic au fost în număr de 39 dintre cari 22 au prezentat manifestări oculare diferite, dând deci o procentualitate de 59%. Această procentualitate este relativă prin faptul că nu toate manifestările oculare ce au însoțit cazurile de epilepsie pot să fie puse în raport de cauzalitate cu sindromul epilepsiei. Să vedem cari au fost manifestările oculare în cazurile respective de epilepsie.

Nevrită optică . . . . .	10	cazuri	
Hipertensiune A. R. . . . .	4	"	
Tulb. de refracție {	hipermetropie . . . . .	2	"
	astigmatism . . . . .	1	"
	miopie . . . . .	1	"
Hipotensiune . . . . .	1	"	
Instabilitate retiniană . . . . .	1	"	
Leucom cornean . . . . .	1	"	
Hemoragie retiniană . . . . .	1	"	

Tabloul celor 22 cazuri de epilepsie cari au prezentat manifestări oculare este următorul:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinicei Psichiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Törökfalvi Ileana	Epilepsie	Presbiopie, hipermetropie, mase pigm. retiniene
2	Török Susana	" (jacksoniană?)	Hipermetropie A. O.
3	Horváth Catalina	"	Nevrită optică incipientă
4	Teodorescu Maria	"	Astigmatism, blefarită
5	Lucia Enăchescu	" (absențe)	Con miopic
6	Puturki Fr.	" traumatică	Nevr. opt. edem. A. O.
7	Trif D-tru	"	Hipertens. A. R.
8	Nagy Șt.	"	Nevrită incip. O. S. Ipo-tensiune A. R.
9	Udrea Gh.	" (traumatică?)	Nevrită optică A. O.
10	Szel Em.	"	Hipotensiune A. R.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Cliniceii Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
11	Matei Meleneovici	Epilepsie yacksoniană?	Ipertensiune
12	Luca Nastasia	„ stare confuzivă	Nevrită opt. edematoasă
13	Kelemen Șt.	„ traumatică	Emoragii peripapil. O. D.
14	Cristu I.	„	Nevrită incip. O. S. Ca tractă traum. O. D.
15	Ionescu V.	„	Nevrită incip. Ipertens.
16	Pârnac M.	„	Ipertens. A. R.
17	Dobay Alex.	„	Instabilitate tens. A. R.
18	Csoregi I.	„ (tumoră?)	Nevrită optică A. O.
19	Mureșan V.	„ traumatică	Leucom corn. O. S. Ipert.
20	Rusu Ana	„	Ipertensiune A. R.
21	Popa Șt.	„ simptomatică	Nevrită optică cu edem marginal nasal al papilei A. O.
22	Panta M.	traumatică	Nevrită optică A. O.
23	Klein M.	yacksoniană	Ipertens. A. R.

În epilepsie, manifestările oculare sunt destul de frecvente și uneori foarte importante mai ales când trebuie să facem un dg. dif. între o epilepsie și histerie sau simulațiune.

Aura senzorială uneori se caracterizează numai prin senzațiuni anormale vizuale, astfel ei văd înainte de acces o anumită panoramă, sau senzația unei anumite culori.

În acces deasemenea avem manifestări oculare caracteristice. În faza tonică, globii oculari deviază în sus, sau converg către rădăcina nasului, iar pupilele prezintă la început o fază scurtă de mioză, după care urmează o midriază, și ceea ce prezintă un simptom foarte însemnat pentru dg. diferențial față de histerie sau un acces de epilepsie simulat, e că pupilele sunt aproape totdeauna insensibile la lumină. În faza clonică, globii oculari privesc în sus și o mare parte din ei sunt ascunși sub pleoape și prezintă convulsii.

După acces bolnavii mai pot prezenta un timp oarecare o rigiditate pupilară, nistagm, strabism însă de o durată mai scurtă.



În unele cazuri de epilepsie sensorială, când convulsiunile lipsesc, toată criza se poate reduce la, ambliopii, amauroze sau halucinații vizuale, bine înțeles trecătoare.

În pilepsia esențială, alte turburări oculare afară de acestea nu mai sunt caracteristice, până când în cea simptomatică, în urma diferitelor leziuni cari o produc, ca tumori, eschile, diferite inflamațiuni hematoame, chiste, abcese, etc. putem găsi semne de staze sau nevrite optice, cari caroborate cu celelalte simptome de focar și cu examinarea lichidului cefalo-rachidian, ne ajută la puterea diagnosticului etiologic al acestei epilepsii.

În statistica noastră cele mai frecvente manifestări oculare sunt nevritele optice (10 cazuri) și hipertensiunea cari ne indică, că majoritatea epilepsiilor sunt de natură simptomatică.

#### 4. SCLEROZA ÎN PLĂCI.

Au fost trimiși 20 bolnavi cu diagnosticul sigur sau probabil de scleroză în plăci, pentru a fi examinați din punct de vedere oftalmologic. Dintre aceștia, 14 cazuri au prezentat diferite manifestări oculare pe cari le vom reda mai jos. Deci aceste cazuri prezintă o procentualitate a manifestărilor oculare care atinge cifra 70%. Poate că procentualitatea acestor manifestări să fie mai mare, dar având în vedere că s'au trimis pentru examen oftalmologic mai ales cazurile la cari se bănuiau leziuni ale fundului de ochiu, procentualitatea de mai sus o putem considera de o relativitate laxă. Voi înșira mai jos diferitele manifestări oculare pe cari le-au prezentat cazurile respective:

Paliditate papilară temporală . . . . .	4 cazuri
Nista gm. . . . .	4 "
Atrofie papilară . . . . .	2 "
Nevrită . . . . .	1 "
Choroidită . . . . .	1 "
Ipotensiunea A. R. . . . .	1 "
Diplopie . . . . .	1 "

Tabloul celor 20 cazuri de scleroză în plăci cari au prezentat tulburările oculare înșirate mai sus este următorul:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Cliniceii Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Nicolnia D.tru	Scleroză în plăci	Ipertens. A. R. C. V. strâmtat
2	Kis Ludovic	" " "	Nistagm orizontal O. D.
3	Ștefu Maria	" " "	Palizierea papilelor. Scotom central pt. culori
4	Zele Frieda	" " "	Atrofie papilară parțială C. V. strâmtat
5	Horvath Marin	" " " ?	Paliditate ușoară la papila stg. Scotam central pt. culori
6	Winkler Gizela	" " " incip.	Ușoară paliditate papilară. Scotam relativ central pt. culori
7	Kovacs Alex.	" " " ?	Choroidita peripapilară
8	Nagy El.	" " "	Nistagm lat. Anisocorie, ipermetropie
9	Rus Ana	" " "	Nistagm
10	Bukfalvi Il.	" " "	"
11	Kis Al.	" " "	Anisocorie
12	Niculina V.	" " "	Nevrită optică edematoasă. C. V. strâmtat
13	Kazan Matilda	" " "	Diplopie
14	Zell F.	" " "	Atrofie optică parțială. C. V. strâmtat

Din statistica de mai sus vedem că în majoritatea cazurilor de scleroză în plăci e interesat nervul optic. Manifestările nevritice precedează uneori, apariția celorlalte simptome cu 6—12 ani și s'au citat cazuri când simptomele oculare au apărut înainte cu 20 ani. Iată deci că examenul oftalmologic, e foarte important în scleroza în plăci, îndeosebi, pentru diagnosticul cazurilor incipiente, fruste. Făcând examenul oftalmologic, vom găsi o atrofie parțială cu paloare parțială, rareori totală a papilei. Aceste nevrite în evoluția lor, rareori ajung până la atrofia completă a nervului. Atrofia, inegal repartizată, uneori poate avea caracter fascicular. Se mai poate observa uneori și stază papilară. Consecutiv acestor leziuni oculare, survin diferite turburări de vedere, cari de obicei sunt unilaterale, inegale, de intensitate variată cu caracter remitent sau definitiv, ca: scăderea vederii, strâmtarea câmpului vizual, scotoame, acro-

matopsii și rareori poate ajunge chiar la amauroză. Uneori putem avea turburări de vedere fără ca fundul de ochiu să prezinte semne oftalmoscopice; e vorba în aceste cazuri de nervite retro-bulare.

Unul dintre principalele simptome ale sclerozei în plăci e și nistagmul, orizontal, sau rotatoriu, sau o combinație de nistagm orizontal și vertical. Din statistică reese că patru cazuri au prezentat acest simptom; am avea deci o procentualitate de 20%. După diferiți autori însă nistagmul în scleroza în plăci prezintă o procentualitate până la 70%.

În privința paralizilor musculare, în statistica noastră, găsim numai 1 caz deși aceste paralizii sunt destul de frecvente. Astfel găsim un caz de diplopie datorită paraliziei mușchiului m. o. e. Pe lângă paralițiile parcelare se mai descriu paralizii asociate, rareori oftalmoplegii, paralizia convergenței, lipsa de clipire asociată a pleoapelor și mai rar s'au semnalat ptoze palpebrale tranzitorii.

Din partea polului ocular anterior, putem găsi manifestări ca: rigiditate pupilară, mioză, hipus, anizocorii, paralizia acomodației, etc. Prin tehnica midriazei provocate. Velter, a pus în evidență în  $\frac{1}{2}$  din cazuri o inegalitate pupilară.

Uneori, scleroza în plăci, nu manifestă în sfera oculară, decât o hipertensiune a arterelor retiniene, pusă în evidență prin metoda lui Baillard. (Cazul No. 1).

Vedem deci din cele expuse mai sus, că în scleroza în plăci, manifestările oculare iau parte însemnată, mai ales prin paliditatea bitemporală a papilelor, nistagm și diplopie. Aceste manifestări deși nu sunt caracteristice, au totuși o valoare diagnostică foarte mare, mai ales în formele fruste. Uneori prin faptul că manifestările oculare, apar cu mult înainte de celelalte simptome, depistarea lor au o importanță diagnostică covârșitoare pentru depistarea cazurilor incipiente.

## 5. NEVROZE, PSIHONEVROZE.

Au fost trimise de către Clinica Psihiatrică, cu diagnosticul de nevroze și psihonevroze 11 cazuri pentru a fi examinate din punct de vedere oftalmologic. Din aceste cazuri 9 au prezentat, următoarele manifestări oculare:

Turburări de refracție . . . . .	4 cazuri
Ipotens. A. R. . . . .	2 „
Ipertens. A. R. . . . .	1 caz
Nevrită optică . . . . .	1 „
Edem papilar . . . . .	1 „

Vedem deci, că în nevroză și psihonevroze turburările oculare sunt variate și ating o procentualitate de 88,1%. Dar să lăsăm să vorbească tabloul mai jos anexat.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Cliniceii Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Szabo Maria	Migrenă oftalmică	Ușoară ipotens A. R.
2	Alex. Florea Popa	Migrenă oftalmică (după avort)	Ipotens A. R.
3	Magyar Elisabeta	Nevroză	C. V strâmtat, sinuos ca la histerie hipermetropie conj. cronică
4	Balogh Marton	Neurastenie	O. D.: Hipermetropie mică, ostigmatism. O. S.: Mioză, diminuarea deschiderii palpebrale
5	Francisc Mihai	„	Edem papilar nasal A. O.
6	Sakander Elena	Neuroză	Hipermetropie
7	Istrate Ana	Neurastenie	Nevrită optică regresivă mai accentuată la O. D.
8	Heghe Maria	„	Ipotens A. R. A. O.
9	Simonetî Terezia	Nevroză, cefală	Hipermetropie, astigmatism

Migrena oftalmică se caracterizează din punct de vedere ocular prin apariția de scotoame scintilante bioculare, pete întunecate, cu margini în zig-zag, pe un fond luminos. Sunt fenomene ce durează dela câteva minute până la 1/2 h. Uneori bolnavii pot prezenta crize miopice, sau cecitate care durează un timp oarecare, mai ales în formele acute. În timpul crizelor pupilele, de obicei sunt miotice, iar în papilă găsim anemie sau dilatații vasculareacompaniate de iper- sau ipotensiune A. R. cari pot rămâne și după acces, după cum vedem în cazurile dela No. 1 și 2 din statistica noastră.

În migrena oftalmoplegică, avem paralizii periodice acomodatice ca: ptoze, diplopii, iar uneori paralizii complete ale musculaturii extrinsece și intrinsece.

În isterie, manifestările oculare din timpul crizei le-am văzut la capitolul epilepsiei. Afară de acestea mai prezintă o strămtare în zig-zag, a c. v. caracteristică pentru isterie, apoi găsim hemianopsii laterale, scotoame centrale, discromatopsii, turburări de acomodare asupra cărora a insistat Parinaud: astenopie acomodativă; macropsie și micropsie.

Neurastenia deasemenea este acompaniată de diferite manifestări oculare, după cum putem vedea din statistica noastră ca: turburări de refracție, diminuări ale deschiderii palpebrale nevrite optice, edeme papilare, ipotensiune A. R., etc.

Multe nevroze și cefalei pot să fie cauzate de diferite turburări de refracție, pe cari dacă nu le vom cauta și trata în consecință, vor duce cu timpul la diferite turburări psihice, în urma cărora se pot face greșeli de diagnostic regretabile.

## 6. NEVRITE, POLINEVRITE.

Din cele 11 cazuri de nevrite, polinevrite, trimise de Clinica Psihiatrică pentru examen ocular, 9 dintre ele au prezentat următoarele manifestări oculare:

Nevrită optică . . . . .	4 cazuri
Paralizii musculare . . . . .	2 „
Turburări de refracție . . . . .	2 „
Atrofie optică . . . . .	1 „

Tabloul celor 9 cazuri e următorul:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinicii Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Părcălab Emeric	Nevrită optică A. O. Basedow	Nevrită optică, choroirită A. O.
2	Codoban Ana	Paraliz. m. o. e.	Paraliz. m. o. e.
3	Băcoi Grigore	Oftalmoplegie disociată	Oftalmoplegie disociată
4	Székely Ludovic	Polinevrită alcoolică	Atrofie optică A. O.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinicei. Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
5	Mureșan Tiberiu	Paraliz. m. o. E. A. O.	Nevrită optică edematoasă. Diplopie omnimă Miopic. (Meningită tbc. la baza craniului).
6	Kiss Maria	Nevrită optică	Nevrită optică edematoasă incipientă
7	Vizi Ioan	Sciatică radiculară (lue-tică?)	Miopie
8	Lakatos Irina	Paralizie facială stg.	Nevrită optică incipientă A. O.
9	Toth Ștefan	Paralizia limbii	Astigmatism ipermetropie

Nevritele optice sunt destul de frecvente, fie că evoluează singure, sau că acompaniază alte nevrite sau polinevrite.

Băturile de rachiu sau absint, dar mai ales, alcoolul metilic are mare afinitate față de sistemul nervos periferic, dar mai ales față de nervul optic, producând nevrite acute și amauroză, leziuni cari se instalează în decurs de 2 săptămâni și au caracterul de bilateralitate. Suprimarea toxicului duce la ameliorarea acestor manifestări. În general, alcoolismul cronic, pe lângă multiplele sale manifestări și leziuni organice generale, rezervă și organelor vizuale, manifestări destul de serioase ca: paloarea porțiunii temporale a papilei, nevrite optice, atrofii optice, nevrite optice retrobulbare, diplopie, nistagm, amauroză, etc. cari evoluiază separat, sau în cadrul unei polinevrite alcoolice.

Boala lui Basedow, care-i o iperfuncție a glandei tiroide între simptomele sale cardinale cuprinde și exoftalmia care atinge o procentualitate de 80%. Pe lângă exoftalmie, găsim o serie întreagă de simptome ca semnul lui van Graefe, Stellwag, etc. Fundul de ochii, deasemenea, poate prezenta leziuni după cum ne arată cazul No. 1 din tablou, unde prezintă o nevrită optică și choroidită.

Nevritele optice pot evolua singure cu etiologii diferite. Cele de natură sifilitică le-am văzut la capitolul afecțiunilor sifilitice.

Tuberculoza sistemului nervos central, poate da turburări

oculare ca: inegalitate pupilară, diminuarea reacțiilor pupilare cari pot ajunge până la rigiditate, paralizii ale oculo-motorilor, diplopii, nistagm, stază papilară, nevrite și foarte rar tuberculi ai chioroidei. Uneori cazurile de nevrite optice tbc. sunt destul de caracteristice ca să ne îndrume pe calea etiologiei după cum e cazul No. 5 care din punct de vedere oftalmologic prezenta o nevrită optică edematoasă, diplopie homonimă cari au făcut să fie confirmată etiologica tbc. în urma examenului oftalmologic.

## 7. PSIHOZE.

Au fost examinate din punct de vedere oftalmologic 7 cazuri, ce prezentau psihoze diferite dintre cari 5 au prezentat următoarele manifestări oculare.

Ipertensiune A. R.	2 cazuri
Choroidită atrofică	1 caz
Mase pigmentare	1 „
Conjunctivită	1 „

Iată tabloul celor 5 cazuri de psihoze diferite, cu manifestări oculare respective.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinicii Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Adrian Vasiliu	Delir de persecuție, hipoacuzie	Ipertens A. R.
2	Vlădișeanu Valeriu	Psychastenie	„ „ „
3	Törökfalvi Il.	Confuzie mentală	Mase pigmentare, ipermetropie
4	Drotar Roșila	Tulb. psihice, menopauză	Conjunct. incipientă
5	Crușevan Vera	Delir rudimentar de persecuție. Hipoacuzie	Coroidită atrofică. Cataractă A. O.

După cum vedem din statistica de mai sus, psihozele pot prezenta manifestări oculare variate. După diferiți autori,

aproape toate psihozele și demențele prezintă manifestări oculare. Maniile esențiale, prezintă un c. v. cu contururi în zig-zag. Maniile și melancoliile simptomatice, deasemenea prezintă leziuni cari caracterizează afecțiunea care le determină ex. sifilisul sau alcoolismul. Confuzia mintală, deasemenea, prezintă manifestări oculare ca: anisocorii în balanță, lenevire, sau rigiditate pupilară. In demența precoce găsim: anisocorii în balanță, rigiditate pupilară, mai ales în formele cu stupoare, alterațiuni de congestie și anemie papilară. Demența senilă, ateromatoasă, debiliții mintali, prezintă manifestări oculare mai serioase ca: nevrite, atrofii postnevritive, atrofii coroidiene, hemoragii retiniene, turburări de refracție diferite, cataracte, etc. In idiopia amaurotică, găsim leziuni cari caracterizează această afecțiune. Astfel, macula lutea, prezintă o pată albă și în mijloc un punct rotund de culoare roșie cenușie.

### 8. ENCEFALITA LETARGICĂ.

Față de celelalte afecțiuni nervoase, cazurile de encefalită epidemică, sunt mai puțin numeroase. Au fost trimis pentru examen oftalmologic 5 cazuri, dintre cari 4 au prezentat manifestări oftalmologice pe cari le redau mai jos:

Paralizii musculare . . . . . 3 cazuri  
 Pareză acomodativă . . . . . 1 caz

Iată tabloul celor 4 cazuri de encefalită epidemică cu diferitele lor manifestări oculare:

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Clinicei Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Dammer Ileana	Encefalită letargică Parkinsonism	Paralizia m. drept int. și ext. O. D. Diplopie. Rigiditate pupilară
2	Schuller Alex.	Encefalită letargică	Diplopie, mișcări nistagmice, pareză acomodativă
3	Goldenberg Maier	Encefalită letargică frustă. Anemie	Pareză acomodativă
4	Lako Ioan	Encefalită letargică	Ptoza pleoapei superioare pareză acomodativă



Această statistică, din punct de vedere al manifestărilor oculare e unilaterală prin faptul că cuprinde numai turburări motorii ale aparatului vizual. În realitate manifestările oculare în encefalita epidemică sunt foarte variate. În domeniul musculaturii, cele mai frecvente simptome sunt parezele și paraliziiile m. o. c., cari dau ptoză, uni- sau bilaterală, pareze ale acomodațiunii, strabism și diplopie. Diplopia, după ce am eliminat factorul etiologic sifilisul, e un simptom care ne atrage atenția asupra encefalitei letargice. Aceste paralizii au caracterul de a fi incomplete, disociate și parcelare. S'au văzut însă paralizii asociate, ca ale pateticului, m. o. c. și m. o. e.; oftalmoplegia totală este însă excepțională.

Afară de pareze, sau paralizii se mai pot prezenta semne de excitațiune sub formă de mioclonii ale globilor oculari, sau mioclonii palpebrale. Nistagmul este rar și de obicei găsim mișcări nistagmice în pozițiile extreme.

Din partea pupilelor găsim o serie de simptome ca: inegalitate pupilară, neregularitatea conturului pupilar, mioză, paralizii acomodatice și fotomotorii, semnul lui Argyll-Robertson, simplu sau complicat, etc.

Fundul de ochiu, deasemenea poate fi sediul unor manifestări diferite ca: hiperemii papilare, staze papilare, scotoame, choroidită, retinită maculară, etc. Nevritele optice, deasemenea sunt destul de frecvente, după cum a arat dl. prof. Miha'il, cu ocazia epidemiei de encefalită letargică din anul 1920, când a descris câteva cazuri, de nevrită optiă edematoasă, datorite acestei afecțiuni.

## 9. HEMIPLEGII, PARAPLEGII.

Hemiplegiile și paraplegiile prezintă puține turburări oculare, dovadă e și numărul mic de cazuri, 5, cari au fost trimise pentru examen oftalmologic. Din acestea 3 cazuri au prezentat următoarele manifestări oculare:

Papilite . . . . .	1 caz
Neuroepiteliom . . . . .	1 "
Nistagm, scotoame . . . . .	1 "

Redau mai jos tabloul celor 3 cazuri de hemipleгии-paraplegii trimise pentru examen oftalmologic.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Cliniceii Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Gogea Irina	Hemiplegie specifică	Scotoame centrale A. O. Nistagm provocat
2	Fodor Iuliana	Hemiplegie stg.	Hipermetropie. Neuroepi- teliom al pleoapei inf. stg.
3	Toth Maria	Paraplegie	Leziuni papilare A. O. postnevractice

Deși leziunile ce însoțesc aceste cazuri nu sunt caracteristice totuși vom aminti în treacăt unele manifestări oculare în legătură cu unele hemiplegii și paraplegii.

În hemiplegii, când leziunea se află în pedunculii sau bulb în sfera oculară avem paralizii ale nervului m. o. c. de aceeași parte cu leziunea. Nervul m. o. c. mai frecvent e interesat parțial, tratându-se prin ptoze. Când leziunea interesează și pateticul, dă paralizia mușchiiului oblic mare. Se mai pot adăuga paralizii ale mișcărilor de lateralitate și a mișcărilor asociate ale globului ocular.

Când leziunea e la nivelul I-ei dorsale, interesând centrul cilio-spinal, găsim sindromul lui Claud-Bernard-Horner, caracterizat prin: mioză, diminuarea deschiderii palpebrale, enoftalmie, ipotensiune intraoculară și emihidroză a feței.

## 10. AFECȚIUNI DIVERSE.

În grupa afecțiunilor diverse sunt 12 cazuri cari au fost examinate din p. d. v. oftalmologic. Dintre acestea, 10 cazuri au prezentat următoarele leziuni oculare:

Turburări de refracție . . . . .	5 cazuri
Cataractă . . . . .	2 "
Nevrită optică . . . . .	1 "
Stază papilară . . . . .	1 "
Choroidită peripapilară . . . . .	1 "

Redau aici tabloul celor 10 cazuri cu afecțiuni diverse psihiatrice, cari prezentau și leziuni oculare.

No. curent	Numele bolnavilor	Diagnosticul Cliniceii Psihiatrice	Rezultatul examenului oftalmologic
1	Einhorn Estera	Parkinson	Astigmatism simplu. Ipermetropie
2	Pop Filan	Traumatism cranian	Cataractă O. S.
3	Blaga Ananie	Ateramozie cerebrală	Ipermetropie
4	Casian Bara	Sinusita frontală	Nevrită optică stg.
5	Buga Maria	Hipertrofia cornetului inf.	Ușoară ipermetropie necorectabilă
6	David Maria	Scleroză laterală	Stază papilară A. O.
7	Darmaczy Iosefina	Atrită tbc. genunchiul stg.	Cataractă incipientă. Sinechiiriene post-iridec-tomie
8	Corpos Ana	Encefalită	Hipermetropie ușoară
9	Bota Teodor	Arterioscleroză cerebrală cu focare diseminate	Choroidită peripapilară A. O.
10	Szutsch Estera	Arterioscleroză	Presbiopie

Din această grupă vom face anumite considerațiuni numai asupra unor cazuri.

În traumatismele craniene, ca accidente imediate, pe lângă celelalte semne comotivne cerebrale, avem și fenomene oculare ca: inegalitate pupilară, nistagm, midriază, ptoză, oftalmoplegii externe, etc. dintre cari unele pot rămâne în diferitele complicațiuni cronice ca epilepsia și nevrozele traumatice.

În fracturile bazei craniului, pe lângă echimozele subconjunctivale cari apar rapid, mai pot fi diferite semne oculare în raport cu sediul leziunii. De multe ori în urma traumatismelor craniene pot surveni cataracte cum e în cazul No. 3. Când e interesată, calea vizuală din bobul occipital, întâlnim hemianopsii orizontale, inferioare, superioare sau hemianopsii în quadrant. La indivizii cu nevroze post-traumatice, putem întâlni, mioze, hiperalgii ale aparatului vizual sub forma de percepțiuni dure-roase vizuale, nevralgii supraorbitare, etc., etc.

În afecțiunile nasale, din cauza raporturilor strânse anatomice, între sinusurile feței și globul ocular, survin foarte des complicațiuni oculare, dintre cari cea mai gravă e nevrita optică, care de obicei e unilaterală (cazul No. 6). Nevrita optică de origine sinusiană e caracterizată prin aspectul cenușiu, ede-

matos, cu vase congestionate fără hemoragii retiniene, cu ambliopii foarte marcate, scotoame și strâmtări ale c. v. Ipertensiunea A. R. prezentă în ipertrofii ale cornețelor s'ar explica, după școala lioneză, printr'un reflex plecat dela mucoasa ipertrofiată a cornețelor.

În afecțiunile tbc. osoase găsim frecvent manifestări oculare mai ales irita tuberculoasă. .

Asupra celorlalte cazuri, fiind puține, și cazurile noastre neprezentând leziuni tipice, nu vom mai discuta asupra diferitelor manifestări oculare accidentale sau caracteristice ale acestor afecțiuni.



### III

## PRIVIRE GENERALĂ ASUPRA MATERIALULUI CLINIC STUDIAT.

Din cele expuse în capitolul II al acestei lucrări, reese, într'un mod cât se poate de clar, că ochiul, prin diferitele sale manifestări patologice, este cel mai sensibil reactiv al afecțiunilor sistemului nervos central. Aceasta nu numai că evoluția manifestărilor oculare e concomitentă cu ale sistemului nervos central, ci mai ales prin faptul că uneori prezintă primele manifestări ale afecțiunii sistemului nervos central fără ca să fie prezente alte semne de focar, fizice sau psihice.

Interdependența ocularo-nervoasă, se manifestă, în cazuri patologice, prin o serie de manifestări, a căror variabilitate, e în funcțiune de cauzele și leziunile topografice, manifestări cari prin reuniunea lor, ne dau sindrome, grupuri de sindrome, cari ne permit localizări din cele mai precise, bine înțelese că aceste manifestări oculare vor trebui să fie coroborate cu celelalte semne de ordin nervos. Astfel, examenul organelor vizuale, în afecțiunile sistemului nervos, ne dă cele mai valoroase și mai instructive indicii, despre, natura, sediul și gravitatea afecțiunilor nervoase.

Din cadrul multiplelor manifestări oculare, în afecțiunile nervoase psihiatrice, cele mai frecvente sunt nevritele optice, fie că sunt datorite unei leziuni inflamatorii, degenerative sau toxice, (pe căile centripete sau centrifuge ale organelor vizuale), sau unor cauze, cari determinând o hipertensiune intracraniană, repercutatoric poate altera nervul optic.

Cele mai frecvente nevrite le întâlnim în afecțiunile nervoase sifilitice. Astfel în tabeș, paralizie generală și sifilis cerebral, manifestările oculare sunt foarte frecvente și dacă nu se

intervine la timp cu un tratament specific, duce la alterațiuni definitive: cecitatea. Bine înțeles, că afară de afecțiunile fundului de ochiu, sunt și manifestări ale polului anterior ca: S. lui Argyll. Robertson, inegalitate pupilară, neregularitatea conturului pupilar, diferite paralizii musculare extrinsece etc. cari toate sunt foarte importante în dg. sifilisului cerebral și mai ales în cazurile de sifilis latent.

Sindromul hipertensiunii intracraniene, în cazuri de tumori, abcese cerebrale, din p. d. v. ocular se manifestă printr'o stază papilară, care începe printr'o paloare, evoluând în timp, cu cele două aspecte ale stazei papilare, vasculară și atrofică, cari duc la cecitate, amaurază și diferite paralizii motorii, senzitive sau sensoriale, car coroborate cu celelalte manifestări tumorale, ne permit nu numai dg. ci chiar și sediul tumorii. Cunoscând evoluția stazei papilare, decompresivitatea făcută la timpul oportun, poate influența diferitele tulburări oculare, bine înțeles că în perioada atrofică a stazei, intervenția va fi fără rezultat.

În epilepsia simptomatică, întâlnim des manifestări oculare, mai ales când cauza provocatoare e în cușia craniană. În aceste cazuri, când la baza epilepsiei, sunt cauze ca, tumori, eschile, hematoame, chiste, abcese, etc. vom găsi semne de stază papilară sau nevrite optice, cari coroborate cu celelalte semne de focar și examenul lichidului cefalorachidian, ne facilitează dg. etiologic și topografic.

Paliditatea bitemporală, diplopia și nistagmul, semne pe cari le găsim mai frecvent în scleroza în plăci, deși nu sunt caracteristice, totuși valoarea lor diagnostică e foarte mare, mai ales în cazurile fruste, când tabloul e dominat numai de simptome oculare.

Nevritele optice izolate sunt foarte frecvente, dar apar frecvent și în cazuri de intoxicații generale ca alcoolismul (mai ales etilismul) hipertiroidismul, etc. Afecțiunile sifilitice și tuberculoase, ale sistemului nervos, se însoțesc foarte des cu lezuni de nevrită optică.

În nevroze și psihonevroze, nu sunt tulburări prea serioase. Amintesc însă că diferitele tulburări de refracție, pot da simptome nervoase variate, cari în lipsa examenului ocular se etichetează în cadrul nevrozelor.

În general, tulburările nervoase, în psihoze, sunt benigne,

abstrăgând pe acelea cari apar în afecțiunile sifilitice sau alcoolice, pe cari le-am descris însă la capitolele respective.

În encefalita letargică, cea mai gravă leziune e nevrita optică, care însă față de celelalte manifestări oculare este mai rară.

Hemiplegiile și paraplegiile, nu dau fenomene oculare prea serioase, dar în unele cazuri prezența lor ne ajută la dg. topografic al leziunilor.

Traumatismele craniene, pot lăsa, în urma lor leziuni destul de serioase, cari, bine înțeles, sunt în raport cu sediul leziunii.

În afecțiuni nasale cele mai grave leziuni sunt nevritele optice.

Afecțiunile tuberculoase, locale sau la distanță pot da prin însămânțare sanghină o irită tbc., a cărei prognostic e destul de sombru.

Din toate cele expuse mai sus, reese o concluzie generală, că, indiferent de afecțiunile nervoase la cari găsim leziuni oculare, un examen oftalmologic minuțios și obiectiv, făcut la timpul oportun ne va ajuta la punerea, de multe ori precoce, în evidență a unor leziuni nervoase latente, sau putem împiedeca, printr'un tratament adecvat, evoluția leziunilor oculare spre cecitate și că de multe ori vom face să dispară o mulțime de nevroze sau cefalei prin simpla administrare a unor lentile corespunzătoare defectelor de refracție

De aceea ca încheiere, țin să relevez, spiritul adânc înțelegător al D-lui Prof. Michail, care prin sugerarea unor lucrări de acest gen, a ținut să arate importanța colaborărilor interclinice și serviciul imens ce se aduce, marei masse a suferinzilor.

---

## CONCLUZIUNI.

1. În intervalul de timp dela 1 Ianuarie 1928 până în 30 Iunie 1934, între Clinica Psihiatrică și Oftalmologică din Cluj, a fost, una dintre cele mai active și mai fructuoase colaborări.

2. Numărul cazurilor trimise de Clinica Psihiatrică, pentru examinare oftalmologică, în acest interval de timp a fost de 214.

3. Sistematizate după grupe de afecțiuni și după frecvența numerică, se pot aranja în felul următor:

Afecțiuni sifilitice . . . . .	25,8%
Tumori cerebrale . . . . .	22,9%
Epilepsie . . . . .	18,2%
Scleroză în plăci . . . . .	9,3%
Nevroze, psihonevroze . . . . .	5,2%
Nevrite, polinevrite . . . . .	5,2%
Psihoze . . . . .	3,2%
Encefalită epidemică . . . . .	2,3%
Hemiplegii, paraplegii . . . . .	2,3%
Afecțiuni variate . . . . .	5,6%

4. Într'un mare număr din aceste cazuri, examenul ocular a contribuit la precizarea diagnosticului psihiatric, la determinarea prognosticului și în unele cazuri a dat indicații asupra tratamentului inerent. În urma acestora reese că, examenul ocular în afecțiunile psihiatrice, ne dă un câmp vast de manifestări, cari, fie că sunt izolate sau concomitente cu alte manifestări ale sistemului nervos central, sunt instrumente de mare precizie pentru diagnosticul, prognosticul, și tratamentul afec-



șunilor de ordin psihiatric și acest ajutor, va fi din ce în ce mai însemnat, cu cât psihiatrii se vor folosi mai mult de aceste mijloace pe care știința oftalmologică le poate da.

Văzută și bună de imprimat.

Decanul Facultății:  
(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL.

Președintele tezei:  
(ss) Prof. Dr. D. MICHAIL.

