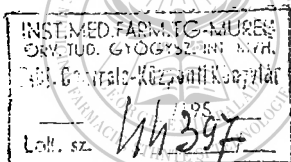


Nevritele optice
DE
natură rinogenă



24 MAY 2005

T E Z Ă

PENTRU DOCTORAT
IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ
IN ZIUA DE 30 Iunie 1938.

DE
LENGHEL IULIU

**UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I.« DIN CLUJ.
FACULTATEA DE MEDICINĂ.**

Decan: Dl. Prof. Dr. STURZA M.

P R O F E S O R I :

Clinica stomatologică	Dl. Prof. Dr. Aleman I.
Fizica medicală	Conf. „ Bărbulescu N.
Bacteriologie	Prof. „ Baroni V.
Fiziologia umană	„ „ „ Benetato Gr.
Istoria medicinei	„ „ „ Bologa V.
Patologie generală și experimentală	„ „ „ Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ „ Buzoianu Gh.
Istologia și embrilogia umană	„ „ „ Drăgoiu I.
Semiologie medicală	„ „ „ Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	„ „ „ Grigoriu Cr.
Clinica medicală	„ „ „ Hațieganu I.
Medicina legală	„ „ „ Kernbach M.
Chimie biologică	„ „ „ Manta I.
Clinica oftalmologică	„ „ „ Michail D.
Clinica neurologică	„ „ „ Minea I.
Igiena și igiena socială	„ „ „ Moldovan I.
Radiologie medicală	„ „ „ Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ „ Papilian V.
Clinica chirurgicală	„ „ „ Pop Al.
Medicina operatorie	„ „ „ Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	„ „ „ Popoviciu Gh.
Farmacologie și farmacognozie	Supl. „ Racoviță E.
Biologie generală	Prof. „ Secăreanu St.
Chimia	„ „ „ Sturza M.
Balneologie	„ „ „ Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	„ „ „ Țeposu E.
Clinica urologică	„ „ „ Urechia C.
Clinica psihiatrică	„ „ „ Vasiliu T.
Anatomia patologică	„ „ „

JURIUL DE PROMOȚIUNE :

- PREȘEDINTE : Dl. Prof. Dr. D. MICHAİL
- MEMBRII : { Dl. Prof. Dr. BENETATO GR.
 „ „ „ BUZOIANU GH.
 „ „ „ KERNBACH M.
 „ „ „ ȚEPOSU E.
- Supleant D-l. Doc. Dr. P. VANCEA

Introducere.

În urma raportului anatomic de vecinătate între fosele nasale și sinurile aparținătoare pe de o parte și cavitatea orbitară pe de altă parte reese în mod evident posibilitatea propagării unei infecțiuni rinogene și eventualitatea unor complicațiuni orbito-oculare ce le-ar putea da. Între altele a atras atenția oculiștilor concomitența dintre alterațiunile nervului optic și afecțiunile nazo-sinusale, astfel că în ultimii ani chestiunea nevritelor optice rinogene a fost de multe ori la ordinea zilei.

Istoric.

Chiar în epoca premergătoare descoperirii oftalmoscopului găsim amintite cazuri de nevrită optică rinogenă. Weige în 1785 descrie un caz de afecțiune purulentă a nasului, însoțită de exoftalmie și amauroză.

Levéque la Source în 1810 găsește la un individ ce a prezentat o amauroză uni-, apoi bilaterală, o sinusită sfenoidală purulentă. Langenbeck (1818) și Pasquer (1839) publică câte un caz de amauroză cu supurațiunea sinurilor periorbitale. Horner (1863) găsește, la autopsia unui caz de cecitate unilaterală, o sinusită-sfenoidală supurată, deasemenea Berger, apoi Roussel în 1878, la un individ cu scăderea vederii, găsește o sinusită frontală cu atrofie optică, Berger și Tyrman (1886) descriu alterațiunea nervului optic în tumora sinului sfenoidal, Schnabel o amauroză consecutivă unei sinusite maxilare. Berger în 1890 într'o teză asupra sinului sfenoidal descrie neurita retro-bulbară și perineurita canaliculară iar Caldwell în 1893 atrage atenția asupra sinusitei ca leziune premergătoare nevritei optice.

Contemporan cu aceste observațiuni clinice Zuckerkandl publică studiul său de anatomie normală și patolo-

gică a foselor nasale și anexelor lor pneumatice, iar Stănculeanu în 1902 publică deasemenea un studiu asupra raporturilor anatomice între sinurile feței și aparatul orbito-ocular. Onodi (1907) este acela care se ocupă într'o monografie, de anatomia nervului optic și a sinurilor nazale, atrăgând atenția asupra a diferite anomalii cari fac uneori ca tecile nervului optic să fie în contact direct cu mucoasa sinusală.

Observațiunea și studiul cazurilor clinice au fost apoi continuate de Lapersonne, Kuhnt, Birch-Hirschfeld, Paunz, J. van der Hóve și alții. În timpul din urmă Colrat, Red-slob, Weill, Herzog au contribuit deasemenea la punerea la punct a acestei chestiuni. Watson și Sluder sunt primii cari admit posibilitatea leziunilor sinusale fără puroi, dar totuși în stare de activitate patogenă, putând prin urmare cauza leziuni optice. Astfel la naștere concepțiunea sinusitelor latente pe baza căreia s'au explicat multe cazuri unde nu s'a găsit nimic la examenul cavităților sinusale, dar cari în urma tratamentului endonazal aplicat, s'au ameliorat.

În această epocă (1911) van der Hóve descrie semnul ce îi poartă numele și care constă în creșterea petei oarbe, fiind considerat mult timp ca simptom caracteristic al nevritei retrobulbare de origine sinusală.

Din multiplele discuțiuni urmate în decursul timpului reese în evidență faptul că nevritele optice fie sub forma de papilită, fie ca nevrite retro-bulbare se pot datori unor afecțiuni naso-sinusale și rămâne în sarcina mijloacelor de explorare moderne (transiluminajie, rinoscopie, examen radiografic) de a pune în evidență această coexistență de leziuni. În ultimul timp s'a accentuat din nou tendința de a încadra o bună parte dintre nevritele retro-bulbare de origine necunoscută în grupul celor de origine sinusală. Astfel relativ la statistica lui Scherer care stabilește abia la 1,5% procentul nevritelor retro bulbare de origine sinusiană, Thiess afirmă că 15—22% dintre nevritele retro-bulbare, ar fi de natură rinogenă, cifră de care se apropie și Grosz în statistica sa (15%). J. I. Moore rezervă afecțiunile sinusale 4% din cauzele nevritelor optice.

Etiologie și patogene.

Toate infecțiunile acute sau cronice ale cavităților naso-sinusale, pot reprezenta originea unei nevrite optice. Ele acționează prin infecțiune, impregnațiune toxică și compresiune.

Propagarea infecțiunii se poate face în două feluri : pe cale osoasă sau pe cale vasculară.

Pe cale osoasă propagarea inflamațiunii se face prin intermediul canalelor Havers, sau prin verificabile tromboze septice infraosoase, afară de aceasta există încă posibilitatea contactului direct între tecile nervului optic și mucoasa sinusală, în caz de dehiscența peretelui ce separă sinusul sfenoidal de canalul nervului optic.

Worms atrage atenția asupra perisinusitelor cari constau în propagarea afecțiunilor sinusale la meninge și tecile meningeale ale nervului optic. Nu este absolut necesar să găsim leziuni sinusale evidente pentru a afirma originea sinusiană a unei nevrite optice. Herzog a arătat că leziuni microscopice ale mucoasei, cari nu pot fi depistate prin mijloacele clinice actuale, sunt suficiente pentru a produce turburări din partea nervului optic. Astfel că în prezența unei nevrite optice a cărei cauză rămâne obscură, trebuie să o suspectăm a se datori unei sinusite latente. Pe cale vasculară infecția se transmite prin intermediul venelor etmoidale anterioare și posterioare cari se varsă în vena oftalmică superioară. Birch și Hirschfeld susțin deasemenea posibilitatea infecțiunii pe cale limfatică.

Gritti inoculând la câini germeni patogeni într'un sinus frontal, a provocat o sinusită și alterațiuni ale mucoasei nasale; în nervul optic a constatat deasemenea următoarele alterațiuni : o infiltrațiune în teaca nervului și în lungul fibrelor nervoase, deasemenea infiltrațiunea atinșea și micile vase cari merg până la pătrunderea nervului în globul ocular.

Alături de infecție se pare că și turburările circulatorii dela nivelul sinusurilor și nervului optic și-ar avea rolul lor. Paunz în 1913 atribuia sindromul nevritei optice turburărilor circulatorii, însă fără a le preciza. Liebault pune în cauză leziunile congestive vaso-motrice, datorite turburărilor simpatice cu originea în ganglionul sfenopalatin. Colrat a observat într'un caz de nevrită retrobulbară modificarea tensiunii arterelor retiniene în urma

intervenției asupra cornetului mijlociu. Canneghem atribue un rol spasmului constrictor al arterei oftalmice. Se pare că efectul adeseori miraculos al unor intervențiuni executate asupra unui sinus aparent intact, s'ar explica prin faptul modificării tonusului vascular din cauza hemoragiei.

Un al treilea factor ar consta în turburările în conținutul aerian al sinurilor posterioare și anume lipsa aerațiunii sinului sfenoidal prin obstrucția canalului nasofrontal (sinus vacuum a lui Slider). Alterațiunea aerațiunii endo-sinusale ar determina la rândul ei o turburare a circulației sanghine și limfatice, cauzând un ușor edem al mucoasei, o transudațiune datorită presiunii negative și o hiperemie ex-vacuo. Obstruarea s'ar putea datori unei malformațiuni congenitale, unei deformațiuni a cornetului mijlociu, deviațiuni înalte de sept, ipertrofiei mucoasei meatului mijlociu etc. Alături de lipsa aerațiunii, un pneumosinus dilatant prin presiunea ce o exercită, poate determina o atrofie a nervului optic.

Cât privește fiecare sinus în particular afecțiunile lor au o importanță diferită :

1. Sinusita maxilară reprezintă cea mai rar originea nevritei optice. Jasquier în 1882 descrie o amauroză survenită în urma unei sinusite maxilare. Aceasta e prima nevrită optică descrisă după descoperirea oftalmoscopului. De atunci s'au descris mai multe cazuri. De obicei este o papilită simplă, rar edematoasă. Nevrita retro bulbară este extrem de rară.

2. Sinusita frontală provoacă mai des nevrite decât cea maxilară. Aceasta s'ar datori unei participațiuni a etmoidului posterior. S'au observat mai ales papilite, foarte rar nevrite retro-bulbare.

3. Sinusita etmoidală. În formele supurative alterațiunile papilare sunt evidente; pe de altă parte etmoidul posterior este susceptibil de a prezenta leziuni latente. Alterațiunile papilare pot fi sub forma de hiperemie papilară sau papilită. Existența turburărilor papilare la un individ care la examenul rinoscopic prezintă puroi în meatul inferior, trebuie să ne îndrepte atenția către o etmoidită, mai ales când putem exclude sinusita maxilară. Nevrita retro-bulbară e rară.

4. Sinusita sfenoidală. Sinusul sfenoidal fiind situat în vecinătatea canalului nervului optic de care e despărțit prin o lamă papiracee, afecțiunile sale se repercută asupra

nervului optic, cu care prin lipsa peretelui despărțitor poate ajunge în contact direct. Leziunile papilare se manifestă sub forma unei papilite aproape totdeauna unilaterale; mai des avem o formă de papilită edematoasă, însoțită uneori de retinită de vecinătate. Nevritele retro bulbare sunt rare.

Referitor la anatomia patologică a sinusitelor trebuie să luăm în considerare: 1. Sinusitele evidente cari pot fi acute și cronice, cele cronice sunt purulente sau iperplastice purulente și 2. sinusitele latente cari au o formă catarală și forma de empiem închis, mai frecvent în sistemul etmoido-sfenoidal. Wright și Sluder mai adaugă sinușița osteo-plastică, care ar surveni în urma repetării sinușitei acute, prin producerea unui proces de iperplazie osoasă la care s'ar asocia apoi o osteită rarefiantă. 3. Perisinusitele asupra cărora Worms a atras atenția stabilind participarea meningelui și a tecilor nervului optic la inflamațiunile sinusale.

Alături de sinusite, diversele alterațiuni endonasale ca: hipertrofia cornetului mijlociu, polipoza nasală, mai ales când interesează coada cornetului, deviațiunea septului, mai ales în porțiunea postero-superioară, pot la rândul lor să fie cauza unei nevrite optice.

Simplomatologie.

În ceea ce privește studiul clinic al nevritelor optice de natură rinogenă — se evidențiază faptul că alături de nevritele retro-bulbare lipsite de semne oftalmoscopice, se întâlnesc și papilite simple sau edematoase, cât și o formă de atrofie cu o papilă palidă și un ușor edem al marginilor papilare. Paunz în studiul său publicat în 1908, amintește această diversitate de forme deosebind nevrita retro-bulbară, atrofia descendentă, hiperemia venoasă și papilita. Colrat admite papilita simplă sau edematoasă, nevrita retro-bulbară și o formă mixtă prin asocierea unui scotom central relativ sau absolut cu leziuni papilare inflamatorii sau edematoase. După Bertolotti raportul de lateralitate între sinusită și nevrită în mod obișnuit este homonim, dar totuși se poate ca sinusita de o parte să determine leziunea nervului optic de partea opusă. Mai frecvent avem

o formă de nevrită monoculară care poate să se transforme în binoculară sau mai rar să fie binoculară dela început. Mai frecvent debutul se face cu un scotom relativ, apoi cu un scotom absolut, în al treilea rând cu semnul lui van der Höve (creșterea petei oarbe), iar mai rar prin amauroză unilaterală.

Simptomele mai evidente le avem din partea câmpului vizual; mai importante sunt scotomul central și creșterea petei oarbe, apoi urmează scotomul paracentral și îngustarea periferică a câmpului vizual.

Caracterul scotomului central e foarte variat, scotomul nevritei sinusitice este foarte mare atingând cam 20° . El există în multe cazuri, dar nu așa des, cum s'ar crede. Mai frecvent este scotomul relativ caracterizat prin scotom absolut pentru culori, relativ pentru alb și ajunge până la 5°

Prezența semnelui lui van der Höve a stârnit multe discuțiuni Unii autori l-au întâlni des (Rübel, Bordley, Früchte, Birsch, Hirschfeld). alții i-au negat existența și importanța (Best, Elsching) iar alții l-au întâlnit în o treime din cazurile observate.

Van der Höve a fost primul care a descris acest semn ce apare uneori înaintea scotomului central. El se întâlnește mai ales în afecțiunile sinusale posterioare, chiar și în acelea unde lipsesc turburările vizuale grave. În general pata oarbă se mărește numai pentru culori și ara-reori asistăm la o creștere netă care să cuprindă și albul.

Markbreiter semnaleză creșterea petei oarbe în empieme ale cavităților sinusale cu nervul optic indemn, în aceste, cazuri după intervenția asupra cavității afectate turburările vizuale dispar, pentru a redeveni după recidivarea empiemului. După Hipel se poate spune că semnul lui van der Höve se întâlnește destul de des în afecțiunile sinusale și ar avea mai mare importanță când coexistă cu un scotom central, în care caz atrage atenția asupra unei afecțiuni a cavităților sinusale posterioare, chiar când nu există un alt simptom sigur. Djimsitz și Cholina afirmă că au constatat prezența de scotoame în fascie cari prin dispozițiunea lor corespund traectului marilor vase ale fundului. Aceste angioscotoame se găsesc încă până pata oarbă este între limitele normale, iar când tratamentul afecțiunii sinusale s'a făcut, diminuează sau dispar.

Ingustarea concentrică a câmpului vizual e un alt simptom frecvent; uneori poate fi numai pentru verde, alteori pentru culori, iar alteori pentru culori și pentru alb. Ronne insistă asupra unui tip de leziune a câmpului cu îngustare concentrică accentuată și scotom central. Examenul fundului de ochi dă deasemenea rezultate foarte variate. Putem avea atrofie a papilei, voalarea marginii papilare și edem peripapilar, sau mai frecvent absența semnelor oftalmoscopice. Colrat susține că producerea papilitei simple sau edematoase o întâlnim mai ales în afecțiunile sinusiene supurative.

Bertolotti atrage atențiunea asupra faptului că starea fundului de ochi poate suferi modificări în decursul bolii. Astfel în trei cazuri el a remarcat în primul rând absența semnelor oftalmoscopice urmată apoi de apariția edemului papilar.

Diminuarea acuității vizuale e un semn destul de constant. Di Marzio din 30 de cazuri examinate în unul singur o găsește 10/10 cu o foarte mare îngustare concentrică a a câmpului vizual. Diminuarea vederii este foarte variabilă mergând dela o amauroză absolută până la o reducere de 1/100 când avem un scotom central absolut depășind 20°. Când avem nu scotom central de 5-10° vederea poate fi 1/10—1/20; alături de un scotom pentru verde sau culori avem vederea 3 sau 6/10. Vederea variază cu scotomul central care poate crește, cu remisiunea scotomului absolut care se transformă în relativ etc.

Comportarea simțului luminei după Behr are o mare importanță în diagnostic și prognostic. El susține că simțul luminei ar fi mult atins în nervitele optice de natură sinusiană și bolnavii aceștia prezintă o mare greutate în orientare la trecerea dela o lumină puternică la alta mai slabă. Acest simptom pus în evidență de Behr are o importanță mare prin faptul că este primul care se ameliorează în caz de remisiune a bolii, înainte ca ameliorațiunea să se observe la scotomul central. Igersheimer confirmă prezența și importanța acestui semn.

Elching mai amintește în nevritele optice sinusiene o ușoară exoftalmie a globului ocular cu edem palpebral fugace și o ușoară midriază pupilară care ar fi în legătură cu o iritație simpatică.

Prognosticul neuritei optice nu e ușor de făcut datorită incertitudinii diagnosticului și felului leziunii sinusale.

În general putem spune că, cu cât se intervine mai repede cu atât succesul poate fi mai desăvârșit.

Marbaix a imaginat un mijloc de a stabili un prognostic asupra gravității unei nevrite retro-bulbare prin adrenanilinizarea cavității nasale. Dacă bolnavul observă, la puțin timp după adrenanilinizare, oclariși care a vederii care se menține și zilele următoare, este un argument pentru benignitatea afecțiunii și pentru neintervenție operatorie. Colrat în statistica lui ajunge la concluzia că în cazurile cu leziuni bilaterale vindecarea se face numai în 25%, a cazurilor; în schimb cazurile mono laterale sunt susceptibile de restituție în 70%.

Diagnostic

Diagnosticul prezintă de obicei o mare incertitudine și Brückner spune că aproape totdeauna diagnosticul este probabilitate.

În primul rând trebuie să se elimine toate celelalte etiologii ale nevritei optice ținându-se cont de faptul, că în forma sinusală întâlnim tipul monolateral care poate deveni bilateral. Diagnosticul etiologic nu se face pe baza simptomelor directe cum sunt semnele oftalmoscopice, ci prin intermediul simptomelor asociate. La examenul oftalmoscopic în nevritele retro-bulbare avem absența semnelor oftalmoscopice cari se prezintă numai când avem deja o atrofie; în nevrite simple sau edematoase unde avem semne oftalmoscopice, acestea nu sunt patognomonice putându-se întâlni în multe boli. Mai important este de a se ține cont de examenul oftalmoscopic în raport cu examenul campimetric. Astfel are mare importanță lipsa semnelor oftalmoscopice, când în câmpul vizual se află un scotom central cu mărirea petei oarbe; deasemenea o nevrită optică cu un mare scotom absolut inițial, în contrast cu starea fundului de ochiu. Simptomatologia nu e niciodată suficientă pentru a pune un diagnostic etiologic și e necesar a studia anamneza, a face un examen neurologic complet, reacțiunea Wassermann și mai ales un examen radiografic al craniului.

Anamnesa ne poate pune pe urmele unei intoxicații suferite, a unei ozene sau boale infecțioase etc. Examenul neurologic ne pune în situația să putem elimina scleroza în plăci care joacă un rol principal în etiologia nevritelor optice retro-bulbare. Reacția Wassermann ne lămurește

asupra originii luetice. Examenul radiografic are o mare importanță atât prin eliminarea altor cauze de nevrită optică cât și prin punerea în evidență a leziunilor sinusale. Având în vedere dificultatea de a obține o bună imagine radiografică mai ales a sinurilor posterioare, nu este suficient examenul radiologic în proiecțiunea cranio-facială, ci mai trebuie adăugat și cel în proiecțiunea axei submento-vertexiene. Rolul radiologiei e mai cu seamă greu când e vorba de sinusitele latente, deasemenea are o mare importanță pentru evidențierea polisinusitelor cari survin în urma raportului anatomic strâns între cavitățile sinusale. Examenul rinoscopic are o mare importanță mai ales când observăm semne pozitive, dar adeseori el rămâne complet negativ.

În ceea ce privește diagnosticul de localizare sinusală, Fazakas susține că, creșterea petei oarbe permite diagnosticul de localizare în ceea ce privește porțiunea canaliculară sau extracaniculară a nervului optic deasemenea și depistarea sinului afectat.

Creșterea petelor oarbe ar putea fi împărțită în trei categorii: 1.) creșterea totală 2.) creșterea totală dar predominând într-o direcțiune, 3.) creșterea predominând într-o parte. În primul și al doilea caz, sediul afecțiunii ar fi în canalul optic cu punct de plecare din sinul sfenoidal, în al treilea ar fi atinsă porțiunea orbitală a nervului; creșterea în partea temporală denotă afectarea sinului etnoidal, iar creșterea în sus a celui maxilar.

Colrat împărțind sinusitele în supurative și nesupurative încearcă să stabilească regula următoare: sinusitele supurative indiferent de localizare, când lezează nervul optic provoacă în mod obișnuit papilite simple sau edematoase. Sinusitele posterioare de tip cataraal, nesupurativ ar produce numai nevrite retro-bulbare. În general vorbind, diagnosticul de localizare al afecțiunilor sinusale pe baza simptomelor oculare este foarte greu, aceleași semne fiind ocazionate de localizări sinusale diferite; deasemenea aici intervin și acele forme de sinusite latente cari nu se manifestă prin simptomele rinologice obișnuite.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL.

Cunoștințele actuale, într-o măsură oarecare destul de precise asupra simptomatologiei diferitelor afecțiuni cari sunt susceptibile de a produce o nevrită optică, precum și

întrebuințarea mijloacelor de explorațiune moderne ne permit o orientare satisfăcătoare. Printre bolile cari trebuie să le luăm în considerare la facerea diagnosticului diferentia cităm: scleroza în plăci, tumora ipofizară, aneurizmul carotidei la nivelul chiazmei, tumora sinurilor posterioare, tumora nervului optic, sindromul lui Kenedy pentru tumora frontală, meningita seroasă apoi intoxicațiunile și maladiile infecțioase.

Scleroza în plăci este boala care mai frecvent dă naștere la nevritele optice, mai ales de tipul acut. Toți autorii sunt de acord că atunci când avem o neurită optică retro-bulbară, în primul rând trebuie să ne gândim la scleroza în plăci. Simptomul principal al acestui tip de neurită retro-bulbară este scăderea vederii centrale și scotomul central de formă ovalară. Examenul fundului de ochiu este de obicei negativ și numai în cazurile avansate se întâlnește paloarea temporală a papilei. După Uthoff și Frank nevrita retro-bulbară monoculară constituie un simptom precoce al sclerozei în plăci, care se va manifesta prin simptomele ei principale uneori abia după câțiva ani. Unii autori între cari și Scherer atribue 84% din nevritele retro-bulbare sclerozei în plăci nelăsând pentru originea sinusiană decât 1,5%. Marburg se ridică împotriva tendinței de a atribui sclerozei în plăci toate nevritele retro-bulbare de origine necunoscută. Meller deasemenea se unește cu acest punct de vedere, afirmând că adeseori se întâlnesc nevrite vechi datând de ani, cari au dus la o diminuare a vederii, procesul oprindu-se apoi într'o stare anumită, ceea ce dovedește că într'un astfel de caz un proces local a fost cauza nevritei. Simptomatologia sclerozei în plăci ne pune adeseori în situația de a face diagnosticul. Se prezintă de obicei la indivizi tineri, manifestându-se prin lipsa reflexelor abdominale, augumentarea reflexelor achiliene și patelare, tremurături intenționate, vorbire scandată etc. Nistagmul spontan e de asemenea observat uneori, cu turburări în echilibrul mișcărilor asociate ale ochilor. În ultimul timp se descrie în multe cazuri prezența sindromului vestibular. Deasemenea puncția lombară ne poate da relațiuni prin disociațiunea dintre pozitivitatea reacțiunei cu benzoze coloidal și negativitatea reacției Wassermann.

Tumorile ipofizei prezintă dificultate de diagnostic mai ales în stadiile inițiale când examenul radiografic al șelei turcești poate fi negativ. În afară de dificultatea aceasta

este și prezența îngustării concentrice a câmpului vizual și scotom central ca și în nevrita retrobulbară. Examenul oftalmoscopic deasemenea poate prezenta un aspect identic în tumora ipofizară și nevrita retro-bulbară, în cea dintâi însă este mai evident dela început.

Ateromazia sau aneurismul carotidei interne la nivelul chiasmei prezintă aproape aceeași simptomatologie ca nevrita optică sinusiană; se începe cu o puternică scădere a vederii și scotom central urmate apoi de nevrită optică și hemianopsie nasală. Afecțiunea este însă foarte rară.

Tumorile sinurilor posterioare, în special ale sinului sfenoidal trebuie avute în vedere, pentru că au o simptomatologie aproape identică cu a neuritei. Semnul lui van der Höve e adeseori întâlnit. Un ajutor prețios ne dă în aceste cazuri radiografia, pentru că pune în evidență nu numai o opacifiere la nivelul sinului lezat, ci și o alterare a desenului osos, mai ales la marginile sinului.

Tumora nervului optic înainte de a da exoftalmie, sau dând o exoftalmie ușoară, poate prezenta simptomatologia neuritei optice. Debutează cu scotom central, absența semnelor oftalmoscopice și cu o rapidă evoluțiune spre amauroză. De altfel după Elsching și în nevrita optică putem avea un ușor grad de exoftalmie.

Meningita seroasă se poate prezenta sub forma de cecitate instantanee și poate simula o nevrită optică, când găsim o amauroză unilaterală și mai târziu bilaterală, cu examenul oftalmoscopic negativ la început, cu o ușoară voalare a marginii papilei și vene turgescente. Puncțiunea lombară, examenul radiologic, deasemenea decursul ulterior, când în meningita seroasă după puncțiunea lombară simptomele oculare se ameliorează, constituie fapte cari ne ajută în diagnostic

Sîndromul lui Kennedy trebuie deasemenea ținut în evidență căci prezintă între semnele tumorei frontale, o nevrită optică. El se caracterizează prin formarea pe partea lezată a unui scotom central fără semne oftalmologice la început, apoi apare o paloare papilară ca rezultat al atrofiei optice. De cealaltă parte se poate observa apariția unui edem papilar cu vederea și câmpul vizual normale. Înfașurarea primei faze a acestui sindrom, coincide aproape perfect cu simptomatologia oftalmologică a neuritei retrobulbare. Examenul neurologic ne ajută și el atunci când nu este negativ.

Nevrita optică ereditară a lui Leber se prezintă sub formă de neurită retro-bulbară juvenilă, în primii 20 ani, cu un început acut însă nu așa brusc ca în formele sinusale. Câmpul vizual prezintă la început un scotom central relativ pentru culori, care poate deveni absolut, cu câmpul vizual periferic strâmtat pentru culori. Caracteristic pentru această boală e că scotoamele devin staționare, nu au tendința de a dispărea, boala nu se influențează de tratament. Examenul oftalmoscopic foarte rar negativ arată la început o ușoară iperemie papilară cu voalarea marginilor și vene turgescențe, urmând apoi atrofia papilară, mai marcată în porțiunea temporală. Boala ar avea un caracter ereditar și familiar, fiind foarte rară,

Mielita acută poate să dea și ea o nevrită retro bulbară însă de cele mai multe ori avem o papilită bilaterală. Alterațiunile câmpului vizual au apoi tendința de a fi foarte variabile, migrând fie de la periferie spre centru, când periferia își recâștigă funcțiunea normală, sau de la centru spre periferie, când centrul redevine normal.

Intoxicațiunile au un mare rol în etiologia nevritelor optice și trebuie să fim conștienți de ele. Astfel amintim: alcoolismul, tabagismul, arsenicul, chinina, ațoxicul etc.

Dintre bolile infecțioase pot da leziuni ale nervului optic, în special retro-bulbare, următoarele: sifilisul, tuberculoza, gripa, parolita epidemică, etc. Cât privește marea importanță ce o are nevrita optică sifilitică în cazurile suspecte pe lângă o reacțiune Wasserman negativă, se poate încerca un tratament exjuvantibus.

Tratamentul.

Tratamentul se adresează afecțiunii nasosinusale cauzatoare. Cu cât se intervine mai repede cu atât rezultatul este mai bun fiindcă o durată mai îndelungată a bolii duce la o atrofie a nervului optic.

Tratamentul poate fi: medical, care constă în cocaino-adrenalinizarea mucoasei nasale în special a meatului mijlociu și superior. Se întrebuițează o soluție de clorhidrat de cocaină 5% la care adăugăm pentru fiecare centimetru cub o picătură din soluția de adrenalină 1‰. Este important ca medicamentul să difuzeze în toată mucoasa cavității nasale. Se aplică dimineața și seara lăsând tampo-nul pe loc 20 de minute. Herzog mai ales aprobă acest

tratament care corespunde teoriei sale asupra patogeniei nevritei optice, anume că aceasta s'ar datori unei meningite circumscrise plecate dela o etmoidită. Prin cocaino-adrenalinizare se combate hiperemia și se favorizează rezorbția exudatului.

Tot în cadrele tratamentului medical avem sângerarea și scarificarea, cari adeseori dau un rezultat frumos mai ales în formele acute, fiind cunoscut efectul adeseori miraculos al hemoragiei asupra circulațiunii locale endonasale.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL.

Constă în următoarele patru grupe de intervențiuni :

1.) Intervenții endonasale.

Între acestea avem rezecția cornetului mijlociu, o operație benignă atunci când se evită manevrele brutale. Rezultatele ei adeseori fac inutilă o intervenție mai extinsă asupra sinurilor deoarece se constată o ameliorare a simptomelor oculare.

2.) Intervenții endonasale sinusale.

Constau în a interveni direct asupra cavitățiilor sinusale folosind calea endonasală. Sînd îndeosebi indicate când bănuim existența unui empiem sinusal închis sau o inflamație cronică; uneori chiar când examenul clinic și radiologic e complet negativ, după intervenția asupra sinurilor posterioare, care acționează prin influențarea circulației sanghine și limfatice locale, putem observa ameliorațiuni nete.

3.) Intervențiuni asupra sinurilor pe cale extranasală.

Când avem nevoie de o cale de acces largă, se intervine asupra sinurilor pe cale extranasală; aceasta în cazuri de sinusite etmoido-maxilare cronice când avem un proces polipoid mixomatos.

4.) Intervențiuni asupra cavității naso-faringiene.

Prin amigdalectomie și ablațiunea vegetațiilor adenoidae avem uneori rezultate remarcabile datorite probabil tot mecanismului de decompresiune circulatorie locală.

Ameliorarea sau vindecarea după intervențiuni se poate declara fie rapid după 24 ore sau câteva zile, fie în alte cazuri ameliorațiunea evoluiază în decursul câtorva luni sau ani. Cazurile cari prezintă o ameliorare progresivă trec dela stadiul de scotom central absolut la scotomul relativ, până la dispariția totală a acestuia.

Observații clinice.

Obs. 1. S. Alexandru 37 de ani, maestru miner. În ancedentele heredo-colaterale și personale nu găsim nimic important. Boala oculară s'a prezentat brusc prin pierderea vederii ochiului stâng, rămânându-i doar o foarte slabă senzație de lumină. Bolnavul spune că, în zilele în care s'a prezentat boala, a suferit de un guturai ușor care nu l-a împiedicat să-și vadă de ocupație. În ce privește apariția cecității, bolnavul afirmă că, într'o dimineață pe când se scula a observat că nu vede cu ochiul stâng, în ziua precedentă vederea fiindu-i foarte bună la ambii ochi. Se internează imediat în serviciul Clinicei Oftalmologice unde, după o prealabilă administrare de midriatice, se face examenul oftalmoscopic constatându-se la ochiul stâng: nevrită optică edematoasă cu exudate și hemoragii papilare.

La examenul funcțional ocular bolnavul s'a prezentat la întrarea în serviciu în modul următor :

Acuitatea vizuală OD 5/5,

OS foarte slabă senzație de lumină.

Reacțiile pupilare la lumină, la acomodatie, convergență și consensuale păstrate.

Skiascopia OD + 1 : 25

OR + 1 : 25

Astigmometria OD 0°45 d-90° 45 1/2d.

OS 0° 45 d-90° 55 1/2d.

Tensiunea oculară normală.

Nu prezintă tulburări de motilitate oculară. Câmpul vizual periferic normal la ochiul drept.

Bolnavul este supus unui examen oto-rino-laringologic care a dat rezultat negativ. Reacția B. Wassermann din sânge a dat rezultat negativ și s'a repetat după provocare cu doza I Neosalvarsan rămânând tot negativă. Examenul radiologic al sinurilor feței negativ.

Examenul lichidului cefalo-rachidian : Pandy, Nonne-Apelltt negativ; reacția B. Wassermann din lichid negativă.

Imaginea oftalmoscopică prezenta la ochiul stâng, la intrarea bolnavului următoarele : edem întins papilar, cu exudat alb sidefos papilar, care ascunde intrarea vaselor, emoragii striate papilare. Se începe un tratament general antiseptic prin injecții de cianură de Hg și cu toate că rezultatul reacției Wassermann a fost negativ se institue și un tratament de Neosalvarsan. În acelaș timp se consultă din nou clinica oto-rino-larigologică și de comun acord se face ablația cornetului mijlociu din stânga și raclajul etmoidului stâng.

După două săptămâni examenul oftalmoscopic prezintă un tablou modificat, în sensul că a dispărut exudatul din planul papilei ca și o mare parte din striațiile hemoragice dar persistă aspectul edematos papilo-peripapilar, care se prelungește dealungul vaselor retiniene.

După o săptămână acelaș aspect oftalmologic. Bolnavul afirmă că vederea s'a îmbunătățit mult; controlul nu se poate face deoarece rămâne numai la senzația de lumină. Concomitent se inaugurează un tratament cu injecțiuni retro-bulbare de clorură de sodiu 2% și strichinină temporal, tot la 2 zile. Vederea ochiului stâng se îmbunătățește întrucât bolnavul afirmă că într'un sector temporal vede umbra mânei.

Examenul oftalmoscopic la plecarea bolnavului din clinică arată dispariția edemului papilar rămânând un aspect de atrofie optică post nevritică, cu cordoane perivascularare arteriale la nivelul papilei și prelungindu-se și la oarecare distanță.

OD 5/5

Vederea OS distinge degetele la 10 cm. temporal.

Interpretarea acestui caz este dificilă deoarece la examenul rinologic nu s'a găsit niciun focar inflamator acut sau cronic, care să explice apariția unei nevrite prin propagarea infecției dela acest nivel. Cu toate acestea dacă analizăm antecedentele și urmărim cu atenție evoluția clinică după diferitele tratamente făcute, trebuie să ne oprim asupra originii rinogene a acestei nevrite. Bolnavul a avut în zilele de debut ale bolii, o rinită pe care a neglijat-o nefiind acompaniată de fenomene generale. În timpul tratamentului deși examenul radiologic al sinurilor a fost negativ, s'a făcut rezecția cornetului mijlociu cu raclajul etmoidului. După această intervenție bolnavul începe să re-

marce o ameliorare a vederii. În lipsa unei alte afecțiuni cauzale și față de ameliorarea evidentă a nevritei în urma intervențiunii endonasele, originea rinogenă a acestei nevrite trebuie admisă.

Obs. 2. C. Otilia 25 ani, casnică. În antecedentele heredo-colaterale nimic important. În antecedentele personale găsim o suferință gastrică. N'a suferit de boli infecto-contagioase, neagă boli venerice.

Boala oculară a debutat în mod insidios înainte cu 9 zile la ochiul drept cu voalarea vederii și diminuarea acuității vizuale progresiv, încât la intrarea în clinică avea doar senzația luminii. Are dureri de cap mai ales temporare și în unghiul extern orbital.

La examenul obiectiv nu se remarcă nimic din partea polului anterior ocular.

Examenul funcțional:

Acuitatea vizuală: OD senzație de lumină
OS 5 5

Reacțiile pupilare la lumină, acomodatie, convergență și consensuale păstrate.

Skiascopia: AO ipermetropie de + 1d

Astigmometria OD 0° 40,5 d-90° 41,5d
OS 0° 40,5 d-90° 41,5d

Tensiunea oculară normală. Turburări motorii oculare nu se observă. Câmpul vizual la ochiul stâng normal.

În cadrul examenului general s'a făcut reacția Wassermann cu rezultat negativ, examen rinologic, care a dat următorul rezultat: amigdalită cronică criptică, vegetații adenoide, deviație moderată de sept și ipertrofia cornetului mijlociu drept.

Examenul oftalmoscopic al ochiului drept prezintă un edem papilar fără alte alterațiuni.

Ca tratament s'a făcut ablația parțială a cornetului mijlociu drept și a vegetațiilor adenoide. După această intervenție vederea s'a ameliorat foarte repede, așa că în decurs de o săptămână bolnava dela senzația de lumină cât avusese la ochiul drept, ajunge să aibă la același ochiu vederea 5/10. Examenul oftalmoscopic a arătat o dispariție a edemului papilar, începând din centrul papilei către periferia ei.

Interpretarea cazului ne conduce către diagnosticul de papilită edematoasă a cărei origine rinogenă se evidențiază, întrucât fenomenele oftalmoscopice au cedat imediat după intervențiunea endonasală, ochiul recăpătându-și funcțiunea până la normal.

Concluziuni

1. Nevritele optice de natură rinogenă sunt inflamațiuni ale nervului optic, cari au ca punct de plecare o afecțiune naso-sinusală.

2. Ele sunt foarte rare, cu deosebire cazurile unde afecțiunea naso-sinusală cauzatoare poate fi stabilită cu precizie.

3. Originea lor poate fi o afecțiune sinusală declarată, sau o sinusită latentă, care nu se manifestă prin simptomele obișnuite.

4. Între afecțiunile sinusale și nasale cauzatoare avem : sinusita maxilară, sinusita frontală, etmoidală și sfenoidală, pansinusita, perisinusita, hipertrofia cornetului mijlociu, polipoza nasală, deviațiunile înalte ale septului, coriza.

5. În majoritatea cazurilor nevritele optice rinogene sunt unilaterale, putând deveni bilaterale sau mai rar a fi bilaterale dela început.

6. Leziunea nervului optic în mod obișnuit este de aceeași parte cu sinul afectat ; în mod excepțional poate fi de partea opusă.

7. Cât privește localizarea pe traectul nervului optic putem avea papilite, simple sau edematoase și nevrite retro-bulare.

8. Simptomatologia lor este diversă și necaracteristică, diagnosticul de certitudine fiind dat prin examenul rinologic, radiologic sau prin ameliorarea după intervențiile endonazale.

9. Prognosticul depinde de precocitatea intervenției ; în general în cele monoculare e bun, grav în cele binoculare.

10. Prin o durată îndelungată nevritele optice rinogene pot duce la atrofia nervului optic.

11. Tratamentul lor poate fi medical sau chirurgical, prin intervenții asupra afecțiunii cauzatoare.

12. Intervenția chirurgicală endonasală poate produce ameliorări chiar când nu există leziuni sinusale evidente.

Văzută și bună de imprimat :

Decanul Facultății :

ss. *Prof. Dr. Mărius Sturza*

Președintele tezei :

ss. *Prof. D. Michail*



Bibliografie

1. Dr. Marc Paunz : Ueber die rhinogene Sehnervenentzündung. Archiv für Augenkeilhunde 1908.
2. Dr. J. van der Höwe : Sehnervenkrankung bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase. Archiv für Augenkeilhunde 1909.
3. Lagrange-Valude : Enciclopedia française d'oftalmologie. Vol. VIII.
4. G. Stănculeanu : Des rapports anatomiques entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire. Archives d'Ofthalmologie 1902.
5. E. Redslob : Les nevrites optiques retro-bulbaires d'origine nasale, sinusienne et dentaire. Annales d'oculistique Aout 1930.
6. Q. di Marzio e G. Ferreri : Le neuriti ottiche di origine sinusale. Rivista oto-neuro oftalmologica 1932.
7. G. Sanna : Contributo clinico alla sintomatologia delle neurite ottiche retrobulbari di natura rinogene. Annali di ottalmologia e Clinica Oculistica 1931 Agosto.
8. A. Fazakas : Sur la topografie des cavites annexes; leur rapport avec les maladies du nerf optique. Annales d'oculistique Aug. 1936.
9. Gritti : Névríte optique retro-bulbaire par sinusite frontale (rechercherches experimentales). Annales d'oculistique Mars 1936.
10. M, Marbaix : Reflexions sur quelques cas de nevrites retro-bulbaires aiguës. Annales d'oculistique 1930. Oct.
11. Sabbadini e Silvagni : Rilevi sulle neuriti ottiche retrobulbari sinusogene operate. Rivista Otto-neuro oftalmologica 1934.
12. De Lapersonne : Des complications orbito-oculaires des sinusites. Archives d'Ofthalmologie 1902.