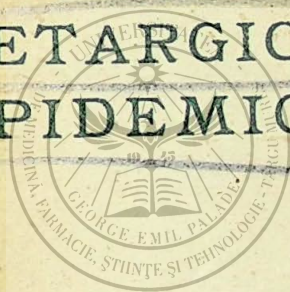


60
S. Dragos 9241
DOCTOR S. DRAGOS

1042
ENCEFALITA
LETARGICA
EPIDEMICA



TIPARUL „ANCORA”



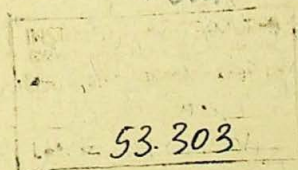
Biblioteca UMFST

1044

DR S. DRAGOȘ

Dr. Dragoș 924

ENCEFALITA
LETARGICĂ
EPIDEMICĂ



01 JUN 2004

EDITURA «ANCORA» BUCUREȘTI



TIPARUL: „ANCORA”, BRĂILA
A. MICU ALCALAY & L. CALAFATEANU

Encefalita letargică epidemică

Definițiune. — Encefalita letargică epidemică, este o maladie specifică infecțioasă, al cărei agent patogen necunoscut are o deosebită predilecțiune de a se localiza pe o parte limitată a mezocefalului și pe creierul intermediar, din care cauză, M. M. St. Martin și Lhermitte, i-a dat numele de poliomezoencefalită primitivă sau narcolepsie. M. Sicard zice că encefalita epidemică din cauza polimorfismului său ar putea fi denumită mai bine: nevraxită epidemică. Această maladie a mai fost botezată: encefalita miocolinică epidemică căreia i s'a mai zis și maladia Economu-Netter.

Epitetul de letargică care i s'a dat și i se mai păstrează încă, este discutat de unii autori din cauză că maladia în chestiune nu totdeauna se prezintă cu letargie (M. Bériel).

Istoric. — Studiul encefalitei epidemice formează un subiect de actualitate deși maladia pare a nu fi nouă. M. Jules Comby zice că ea este vechea encefalită nesupurată, descrisă în tratatele didactice de medicină, totuși după cum ne putem convinge mai departe, simptomatologia diferă în mare parte. Aparițiunea ori reaparițiunea acestei afecțiuni a fost semnalată mai întâiu de

neurologistul Von Economola la Viena în anul 1917 când a fost descrisă complet pentru prima oară.

În Franța primele cazuri apărute la Paris, au fost în cursul iernei 1917—1918 și în cele următoare. După o perioadă de acalmie, epidemia a reapărut în Italia, Franța, s'a observat în Alsacia la Cherbourg, în Loira și în Bordeaux. În prezent maladia este răspândită și cunoscută pe ambele emisfere.

În România au fost semnalate și studiate multe cazuri, mai cu seamă în București și Iași, unde s'au găsit și mijloace de investigație mai suficiente. Prin celelalte orașe de și au apărut cazuri sub fel de fel de forme n'au fost însă înregistrate pentru a servi la statistică; maladia nepurtând încă caracter obligator de declarare.

Arnold Netter a făcut observațiuni asupra encefalitei mai întâi la Paris, în anii 1917—1918, unde s'au ivit un număr de 42 cazuri în un interval de timp de 94 zile, apoi împreună cu profesorul de Val de Grace M. Baur a studiat maladia în teritoriul Sarre pe administrațiunea minelor domeniile Franceze. Aici în spitalele din Sarre-Bruck și'n acelea din minele din vecinătate de la Sultzbach și Neun Kirchen din palatinatul bavarez a fost studiată maladia, căci la 15 Februarie 1920 erau declarați un număr de 61 de bolnavi cu 18 decese, număr mare relativ dat fiind că epidemia începuse numai din luna Ianuarie 1920. La școala de mine din Sarre Bruck au fost convocați în acest timp un mare număr de medici germani și francezi în fața cărora M. Netter a dezvoltat conferința sa despre: Encefalita letargică epidemică.

Maladia aceasta se găsește descrisă și caracterizată de mult timp mai înainte, căci sunt autori cari arată că

în anul 1890, a bântuit în Italia septentrională și în Dalmația, o afecțiune numită Nona și care a făcut numeroase victime. Acest fel de suferință venea cu febră, cu somnolență invincibilă și aproape interminabilă, stare care dura la unii până la sfârșitul letal. Acei ce scăpau din maladie rămăneau pentru multă vreme într'o slăbiciune extremă și o epuizare desăvârșită. La acea epocă au fost cazuri descrise de autori în a căror observațiuni se menționează paralizia mușchilor ochilor și letargia. Asemenea observațiuni au fost făcute și în Ungaria, Austria, Danemarca, Suedia, Germania, Anglia și chiar în Statele-Unite. O epidemie de aceasta, de la Tubingne, relatată de către Rudolf Jacob Camerarius, avea numele de maladie somnului și în descripțiunea făcută pe atunci acestei afecțiuni se găseau trăsăturile principale ale maladii, adică: febră, somn, turburări oculare și ptosis.

Dacă ne ridicăm în timpuri și mai vechi, găsim în Coelius Aurelianus în: Areté de Cappadoce și mai ales în scrierile lui Hypocrat, sub numele de: Letargos, descrierea unei maladii febrile, sezoniere, care după caracterele arătare este cu siguranță encefalita noastră, căci acea maladie avea febră, avea tremurături de mâni, scaune involuntare, persistența inteligenței, mare debilitate etc. etc. Littré care a tradus și bine comentat pe Hypocrat, apropie boala Letargos de maladie somnului negrilor despre care în 1846 se cunoștea numai câteva noțiuni. În fine în o observațiune a lui Albrecht de Hildeshaim se vorbește de o fată de 20 de ani care în anul 1695 a fost apucată de simptome asemănătoare cu encefalita.

Etiologie și patogenie. — Encefalita letargică epidemică se observă mai mult la adulți de cât la copii, la care maladia nu se întâlnește de cât de două ori mai puțin. La oameni în vârstă de peste 60 ani nu s'a semnalat de cât foarte excepțional. Această maladie cu caracterul său sesonier și epidemic se găsește existând chiar de la începuturile medicinei însă manifestațiunile ei sunt foarte rari și distanțate prin mari intervale de timp, așa că o epidemie ca aceasta dacă o întâlnim astăzi; nu s'ar putea crede altceva de cât că vechia encefalită letargică, a reapărut.

După o durată mare de ani, virusul boalei să redeșteaptă sub influența factorilor cosmici, cari măresc virulența și difuzibilitatea agentului patogen dând naștere la cazuri sporadice, care la rândul lor joacă rolul de purtători de germeni. Sezoanele care favorizează apariția maladii sunt în adevăr analoage sau chiar identice cu acelea ale gripei și în așa mod se explică contemporaneitatea acestor două afecțiuni. Observațiunile vechi arată că în evul mediu, mai ales războaiele mari au avut și au jucat un mare rol în izbucnirea maladiilor epidemice. Maladiile cu predilecțiune pentru mezocefal, cum este encefalita, și-a găsit tocmai bine timpul să apară când creerul omenesc în urma teriblelor evenimente și uraganului universal produs cu războiul mondial, a fost sdruncinat foarte mult și a putut oferi loc de mică rezistență pentru manifestarea ei, pe lângă care să mai adaugă și diferitele tare psihopatice prealabile (M. Klippell).

Simptome. — Encefalita letargică epidemică este maladia cea mai bogată și cea mai variată în ceia ce privește simptomatologia. Caracterul său de neasemănare,

de variabilitate, simptomatologia multiplă mobilă și aciclică dă afecțiunii o înfățișare specială proprie ei și care permite clinicianului să o poată distinge de alte maladii cu care ar putea să se asemene.

Chiar în ordinea aparițiunii simptomelor, este foarte neregulată, căci uneori maladia începe cu somnolență, alte ori cu delir, alte dăți cu diplopie etc. etc.

S'au văzut cazuri cari încep prin mioclonie, confuziune mintală, aspect infecțios, coree, mișcări ale ochilor iar altele care să manifestă numai prin o ușoară somnolență și care să poată vindeca în opt zile. Intre cele două extreme sunt forme intermediare foarte multe după cum se va vedea mai departe la descrierea diferitelor forme și tipuri clinice ce se pot des întâlni în practică. Formele pure unde să domine numai un singur ordin de accidente sunt nu numai rari dar încă sunt de scurtă durată.

Și deși M. Achard, spune că este imposibil și se pare că este iluzorie munca cuiva de a distinge în encefalită forme bine tranșate, totuși sunt și alți autori cum este profesorul Marinescu din București care în descrierea ce o face acestei maladii la pag. 118 și 119 din No. 4 și 5 al revistei «Spitalul» vorbește foarte clar de simptome cardinale, vorbește de simptome obicinuite cu care caracteriază afecțiunea.

De asemenea și M. Netter enumără simptome obicinuite. Așa dar pentru ca să fim în concordanță cu conclusiunile acestor autori cari au făcut studii speciale în encefalita letargică epidemică este mai dese ori precedată de câteva simptome generale vagi timp de 2-3 zile, în care timp se constată: a) modificarea pulsului; b) tensiunea arterială; c) alterațiunea humorilor; d) la

unii o agitație ușoară ; *e*) atingerea căilor respiratorii ; *f*) cefalalgie ; *g*) uneori vărsături, după aceia survine o oboseală generală și în fine o somnolență cu care să deschide scena.

Simptomele cardinale ale maladiei, după autorii sus citați, sunt în număr de trei și anume: 1. Febră ; 2. Turburări paralitice oculare ; 3. Somnolența profundă și invincibilă, cea ce numim *letargie*, care însă după profesorul Marinescu nu trebuie confundată cu atacul de somn.

Aceste semne ar exista la un timp clasic, la forma comună a boalei, care nici aici însă nu apar în totdeauna în aceeași ordine, putând să fie foarte neregulate.

Și deși s'a mai zis, suntem nevoiți s'o repetăm, totuși, și să arătăm că maladia aceasta de cele mai dese ori, să presintă sub aspect clinic foarte diferit, cu o mare nepotrivire, atât întru cât privește natura simptomelor, cât și prin modul cum ele evoluează, cum se asociază, etc., etc.—Acestea se vor vedea la capitoul formelor atipice, fruste, latente și altele, care sunt cele mai numeroase și care depășesc tabloul clinic și clasic.

Să începem acum cu studiul semnelor comune ale encefalitei letargice epidemice.

1. Febra. — De și nu este un simptom capital și potognomonic, totuși dovedește că avem aface în encefalită cu o afecțiune febrilă și denotă în general o infecțiune a organismului. Această febră este foarte variabilă, neregulată, mai dese ori de scurtă durată. Altă dată se poate să fie foarte ridicată și chiar continuă, făcând să ne gândim la o febră tifoidă. În formele ușoare febra poate să lipsească, iar în cele grave, dar tot clasice și cu letargie, ia poate să ajungă seara până la 40° cu ușoare remisiune matutinală. În regulă gene-

rală o febră ridicată este de un rău prognostic. În cele mai multe cazuri febra rămâne la 38° , 38° , 39° și 39° . Febra este acompaniată și câte odată precedată de mici frisoane (ceia ce dovedește infecțiune). În acest stadiu incipient al maladiei, deși bolnavul începe a fi somnolent, duce totuși mâna la cap pentru a arăta că acolo are durere. Într'o statistică a lui M. Netter din 87 observațiuni culese, febra a fost observată numai în 41 cazuri un număr de 8 bolnavi au fost complet apiretici. Din toate observațiunile făcute de diverși autori cari s'au ocupat cu encefalita letargică reese că febra nu este de o mare importanță în descrierea acestei maladii și nu are ceva particular care să merite a reține atențiunea noastră.

II. Somnolența sau letargia. — Ipsomnolia, narcolepsia, este al doilea fenomen. Somnolența a dat numele maladiei. Din aceasta s'ar înțelege că ia nu poate să lipsească din triada simptomatică a boalei și cu toate acestea s'a descris encefalita unde somnolența, adică somnul lipsea și se înlocuia cu insomnie (profesor Marinescu, București). Oricum ar fi cazul ipsomnolia trebuie socotită printre semnele cele mai caracteristice ale boalei. Ca și febra, după cum s'a văzut, acest simptom prezintă mari variațiuni în durată, gradul și chiar momentul aparițiunei. El este unul din semnele cele mai precoce; când toate cele-lalte sunt foarte neînsemnate, somnolența apare în prima linie. Acest somn lasă la început pe bolnav a fi atent și a răspunde clar când este întrebat, a se mișca, a mânca, și a'și face necesitățile. În unele cazuri somnul este continuu, având aparența unui somn regulat. Bolnavul se deșteaptă din somn nu mai atât cât este întrebat, apoi cade din nou în toropeală și răspunsurile sunt acelia unui om plictisit pe

care nu-l lăsăm să doarmă. Sunt unele dați când somnolența este foarte ușoară așa că bolnavul are aspectul unui om obosit și unii din ei chiar să văd sforțându-se ca să iasă din această stare. Dacă ei ajung a se ridica și voesc să meargă, nu pot și recad din nou pe pat, învinși de somn. În formele pronunțate cu somnolența mare, letargie, bolnavul stă în stare comatoasă din care este imposibil a-l scoate și acest somn, poate dura săptămâni de zile, însoțit de paralizia sfincterilor și de escare. Somnolența să poate observa fără letargie. La formele letargice se vede catalepsia precum și pulsul și respirația accelerate (Profesorul Marinescu), în cele fără letargie, pulsul și respirația sunt normale sau puțin rărite. Somnul este întrerupt prin delir de vorbă și de acțiune și chiar de convulsii.

Starea aceasta de letargie se cunoaște de pe faciesul bolnavului, prin atitudinea ce o are când este în picioare, prin mers și pozițiunea corpului în pat. Vorbirea este înceată, privirea îndreptată înainte, globii oculari aproape fără mișcare. Figura bolnavului este imobilă, faciesul seamănă cu al unui bolnav atins de paralizie agitantă, având altădată aspectul unei măști de ceară. Pleoapele sunt căzute în jos parcă se închid să doarmă, iar când le deschidem, atunci se obsearvă pupila întoarsă în sus, cum este în timpul somnului. Mersul este acel al unui automat. Când aceste fenomene sunt însoțite de catalepsie, atunci bolnavul stă nemișcat în pat în pozițiunea în care a fost așezat. În această stare masticățiunea și diglueițiunia sunt turburate, așa că bolnavul trebuie hrănit artificial. Când ipersomnia este și mai pronunțată atunci bolnavii nu mai răspund nici la excitațiunile exterioare și sunt aproape insensibili.

Profesorul Marinescu arată că letargia figurează în 80% din cazuri.

III. Turburări paralitice oculare. — Aceste fenomene, constituiesc unul din simptomele caracteristice în encefalita letargică epidemică, mai ales în formele ambulatorii. Ele sunt de forme și de caracter multiplu; putând să se observe o întreagă gamă de aceste turburări de la cele mai simple până la cele mai complexe. Paraliziile oculare sunt parcelare, dissociate și fugare, după cum bolnavul a fost văzut în spital, în pat sau umblând pe picioare. Aceste turburări după profesorul Mihail ar fi de un prognostic favorabil, căci în formele grave și mortale nu se observ totdeauna paralizii oculare. Aceste semne însoțesc sau preced câte odată aparițiunea impersomniei. M. La-personne în descrierea ce o face acestor manifestațiuni arată că contrar cu părerea lui M. Achard, acest simptom se întâlnește foarte des și este unul din semnele care împreună cu somnolența și cu celelalte manifestațiuni servesc în mod îndubitabil să facă diagnosticul. M. Reverchon, M. Worms și M. Netter spun că aceste turburări au mare valoare clinică căci pot înlesni diagnosticul chiar de la începutul maladiei. Dacă cineva are răbdarea și atențiunea fixată poate constata că paralizia oculară există în totdeauna, ea nu se observă la copii mici de la sân. Frecuența acestui semn după M. Achard și M. Netter este de 75% iar după alți autori proporția ar fi încă mai mare. M. Coutela, oftalmologist din Paris spune clar: «Turburările vizuale sunt cele dintâi îndată». Mai mult de cât atât aparițiunea acestor turburări după autorul sus citat poate să fie foarte iute, prin surprindere. Autorul citează cazul unui înalt demnitar care în timpul

când ținea un discurs s'a observat că'i este imposibil să citească foile ce le preparase, el declară că vede dublu. Acest înalt funcționar a murit dupe scurt timp de encefalită forma mioclonică. La aceste turburări este demn de notat polimorfismul lor, căci uneori se vede paralizia totală a perechii a treia altă dată paralizia de acomodățune, uneori migrena oftalmică, alteori amauroză pasageră. Intre urmele ce rămân la sfârșitul acestei maladii, s'a observat pareza oculară cu diplopie persistentă, chiar câți-va ani, paralizia de acomodățune și sguduiri nistagmiforme, clipiri din pleoape, mai ales când bolnavul este obligat a lua pozițiunea de privire extremă.

Paraliziile oculare privesc câte o dată mai mult mișcările izolate alta dată mișcările asociate ale ochilor. Aparițiunea lor este aproape de-odată sub formă de paralizie parțială (ptosis) sau totală a perechii a treia de nervi encefalici. Paralizia se poate întinde la o treime de cazuri, la ambele părți (mișcări de lateralitate și de ridicare) ele pot retroceda sau recidivă în cursul aceleiași maladii. La unele examene s'a găsit stază papilară și congestiunea fundului ochiului, după cum se va vedea.

Pentru a fi pusă la punct chestiunea turburărilor oculare ca semn de diagnostic în encefalita letargică epidemică în formele mai comune, urmează să se expună în mod precis aceste turburări precum și mijloacele de investigațiune. Când voim însă să vorbim despre turburările oculare, trebuie să ne oprim imediat la cele motorii. Aceste turburări depind de musculatura intrinsecă și extrinsecă a ochilor. La cea extrinsecă ceiace frapează pe medic la patul unui asemenea bolnav, este fenomenul:

a) **Ptosis.** — Ptosis uni sau bilateral și câte odată in-

complect. Acest semn dă aspectul somnoros al bolnavului care ar părea că începe să adoarmă. Pleoapa superioară a ochilor este căzută în jos. Când se solicită bolnavului ceva mai serios ca să deschidă ochii, atunci coada sprincenei nu se ridică în sus și fruntea nu se încrețește, muschiul frontal n'are nevoie de a se contracta și cu toate acestea pleoapele se întredeschid. Dacă se mai insistă încă și mai mult, ploapele se îndepărtează ca în stare normală. Aceasta însă nu durează, mult, căci pleoapele devin greoaie și gata de a cădea jos, bolnavul se vede făcând o efortare de voință pentru a le menține ridicate.

Sunt bolnavi cari vin la consultațiuni și la cari se constată un dublu ptosis și cari totuși n'au caracteristica atitudine așa de bine descrisă și cunoscută, adică ei nu dau capul pe spate pentru a deschide ochii și a permite vederea, pleoapa superioară se ridică normal însă cu oarecare efort de voință.

În aceste fapte se vede mai mult o alterațiune de tonus decât o paralizie adevărată. Când ridicăm mai repede pleoapa cu mâinile, atunci se găsește pupila derigată în sus cum ar fi în somn normal, ochii sunt fără expresiune.

Aici perechia a treia de nervi cranieni sunt atinși cei care aduce paralizia muschiului motor ocular comun și consecutiv căderea pleoapei superioare, care poate singură să existe. Uneori un singur mușchi sau un grup de mușchi, oftalmoplegie internă, oftalmoplegie externă, sau chiar o singură funcțiune, poate să fie atinsă, cum ar fi paralizia de acomodatiune, și aceste atingeri pot să fie succesive. Cu toate că acest fenomen se întâlnește în toate perioadele encefalitei totuși el este mai mult un semn inițial, care poate atrage uneori din vreme, aten-

țiunea anturajului și a medicului, iar alteori persistând chiar după terminarea boalei rămâne ca un semn de diagnostic retrospectiv și după M. Bollack și M. Morax el este de multe ori fugace.

b) **Strabism.** — (Convergent) adică paralizia completă sau incompletă a mușchiului drept intern a ochiului, (lesiune tot a perechei a treia de nervi) este un fenomen câte odată mai rar iar altă dată foarte acuzat, uneori de tot neînsemnat, manifestându-se numai prin o simplă diplopie, atipică, ușoară, care pentru ca să fie descoperită, cere să fie cercetată minuțios printr'un examen oftalmoscopic, deoarece bolnavul fiind în stare de somnolență, nu reacționează față de diferitele manifestări oculare, care se succedea mereu. După M. Contela strabismul acompaniat naturalmente de diplopie, ar fi primul simptom mai jenant care face pe bolnavii atinși de encefalită să meargă a consulta un specialist de boale de ochi. Deși leziunea aceasta denotă o atingere a perechei a treia, totuși autorii cari s'au ocupat de aceasta chestiune nu refuză a crede că și perechea a 4-a și a 6-a să fie atinsă și cu toate acestea să nu se vadă o paralizie totală și completă.

Se văd zilnic bolnavi conștienți cari nu sunt în stare să'și dea seama de viziunea lor dublă. După un examen la întuneric cu sticle roșii, la o lumina oarecare, atunci numai se mai poate face această probă sau prin îndepărtarea imaginilor cu ajutorul unei prizme cu baza superioară sau inferioară.

În sfârșit insuficiența mușchiului drept intern se poate manifesta prin sguduiri nistagmiforme, care însă nu este nistagmus adevărat. Tot sub dependența perechii a treia stă'n mușchii drept inferior și drept superior, paralisii

adesia asociate. Această atingere însă în loc să provoace deviațiunea globului ocular îl face să rămână fix, ca pironit. În ordine de frecvență, autorii zic că strabismul este mai puțin frequent decât paralizia acomodativă, el este tot atât de des observat ca și ptosis. (M. Contela).

c) **Diplopie.** — De aceeași origină și tot-deauna satelitul strabismului paralitic, poate să existe cu toate acestea fără deviațiunea aparentă a globilor. Ea se întâlnește mai rar și se observă numai când se examinează de aproape bolnavul și mai ales în mișcările extreme când existența ei este relevată prin zguduri instagmi-forme. Uneori diplopia este persistența de mai bine de un an de zile (M. Worms și M. Reverschon), de multe ori atipică. Dupe M. Lapersone și Morax unele din aceste diplopii n'au caracterul obicinuit și din această cauză clinicienii au întrebuințat expresiunea de: diplopie paradoxală. Diplopia aceasta s'a găsit și la parkinsonieni. Diplopia poate să fie omonimă cu strabism convergent sau diplopie încrucișată cu strabism divergent.

Pentru a pune mai bine în evidență această vedere dublă din diplopie este suficient a acoperi ochiul corect cu sticla roșie și a arăta bolnavului un obiect, de preferință o fantă luminoasă care să se apropie succesiv în strabism divergent în care imaginile sunt încrucișate și care se îndepărtează în strabismul convergent. Chiar în cazurile când diplopia există fără o deviație aparentă a globilor oculari, trebuie studiat cu băgare de seamă, excursiunea, mișcarea lor și atunci se constată o paralizie și mai mult o pareză a mușchilor asociate fie de convergență, fie de lateralitate, de coborâre sau de ridicare. Paraliziile asociate de mișcare a ambi-

lor globi, sunt frecvente, fie în forma tipică a maladiiei sau în stări mai mult sau mai puțin latente și atunci sunt descoperite după sgduirile nistagmiforme care sunt primul stadiu. Diplopia a fost chiar altă dată simptomul capital și aproape unic al afecțiunii. Dar dacă el poate fi primul, îndată, se poate întâmpla ca el să survină și în plină perioadă de stare. Cea mai mare parte din diplopii sunt tenace, rebele, persistente și constituiesc rămășițe mult timp jenante, în urma encefalitei. Atingerea mușculaturii intrinsece care comandă motilitatea irienă și acomodatiunea se relevă prin a) Paralizia de acomodatiune. Ea este excesiv de frecventă în forma izolată a sa și care poate să dispară fără să fi fost observată și fără să fi atrasă atențiunea asupra ei. Mulți autori o consideră chiar constantă. În forma asociată este mai ușor de recunoscut. Ea apare uneori brusc și repede și această precocitate precum și rapiditatea de instalațiune, contrastează cu intensitatea sa cu durată și cu persistență.

Numai singur bolnavul atrage adesea ori atențiunea celor de față, declarând că vede turbure de aproape și atunci cu aparatul Landolt, se poate descoperi. Această paralizie de acomodatiune poate să coincidă cu persistența reflexului pupilar la lumină, ceea ce face ca paralizia de acomodatiune să nu fie în totdeauna descoperită.

Însă fără a vorbi de o parază sfincterienă, se pare că există câte odată o oarecare dificultate la contractiunea pupilară, pupilele sunt adesea ca lipite după expresiunea lui M. M. Rochon—Duvigneaud și Ducamp b) Ca turburări pupilare în paralizia de acomodatiune M. Coutela, ne spune că n'a observat miosis. Inegalitatea

pupilară, care de multe ori este foarte puțin pronunțată, este frecventă, totuși pupilele rămân regulat rotunde. Reacțiunea la convergență se îndeplinește în toată amplitudinea și cu energia obicinuită.

Profesorul C. D. Constantinescu- (București), zice că contrar observațiunilor publicate până acum a găsit la toți bolnavii, indiferent de formă și de gravitate, pierderea completă a celor două reflexe pupilare: fotomotor și acomodator, așa dar absență de disociațiune a reflexelor celor mai des observate. După M. Marfan, paralizia de acomodatiune n'ar exista de cât în paralizia difterică și encefalita letargică, așa că are mare însemnătate ca criteriu clinic al maladiei.

Revenind la diplopie, avem a arăta atingerea bilaterală și simetrică a mișcărilor verticale a globului ocular. M. Morax și M. Bollack insistă mult asupra existenței absolute a turburărilor de mișcări asociate, mai ales de mișcare verticală, caracterizată sau prin o paralizie adevărată de ridicare ori de scoborîre sau prin o pareză și sguduiuri nistagmiforme lente și verticale care pot dura mult timp în opozițiune cu raritatea atingerilor limitate a nervului oculo-motor.

c) Ca fenomen din partea motrocității interne a globului se observă inegalitate și dilatația pupilară negată de unii autori și miosis bilateral, asemenea contrazis.

d) Paralizia perechii a șasea, rar observată, este transitorie atingând dreptul extern care este abductorul pupilei, derîgînd-o în afară sau această paralizie este asociată cu aceia a perechii a treia, producând o oftalmoplegie aproape completă, cu diplopie uneori omonimă altădată încrucișată. Motorul extern este rar prins.

S'au văzut cazuri unde au fost atinși și nervii pere-

chii a 7-a, a 9-a, a 10-a și a 12-a, adică facialul, glosofaringeul, pneumogastricul și hipoglosul.

Sunt autori cari au notat la unii bolnavi o pronunțată congestiune a fundului ochiului cu tendința la staza papilară. Relativ. la leziunile fundului ochiului, d-l Profesor D-r Mihail (București) atrage atenția în revista: «Clujul medical» asupra turburărilor oftalmoscopice și asupra turburărilor vizuale consecutive și cari însoțesc simptomele obicinuite ale encefalitei. Sus citatul autor spune că în cazurile observate de d-sa a constatat fenomene de congestie papilară ajungând la unul din cazuri până la aspectul de papilită oedematoasă.

A observat apoi că fenomenele inflamatorii ale nervului optic, dau une ori fotofobie retinienă exagerată; în totdeauna turburări profunde în percepția periferică a tuturor culorilor mergând până la o reducere exagerată a câmpului vizual. Toate aceste turburări, accentuate ale vederii periferice sunt însoțite de conservarea aproape intactă a vederii centrale. Altă dată s'a observat nevrită nervului optic, dar foarte rar. Ca simptome asociate s'au văzut de asemenea existența paraliziei faciale, turburări auditive (burdonări), iperacusie, deschilibratie relativă.

M. Netter, explică aceasta prin proximitatea nucleilor motori ai ochilor, nucleilor motori ai feței, ai limbei, gâtului, de unde rezultă frecvența acestor paralizii cu paralizia oculară. M. Lehrmitte în o conferință a sa a arătat că turburările de mușculatură a ochilor sunt de două tipuri și anume: 1) de origină nucleare 2) sau extra nucleare.

În acest din urmă caz este vorba de paraliză sau paralizii complexe și paralizii de funcțiuni. Această mare diferență în turburările motorii își găsește origina ei în

variațiunea topografică a procesului morbid din mezocele, care atinge câteodată elementele celulare, altă dată fasciile care leagă strâns între ei, nucleii oculo-motorilor.

Nici nervul optic, nu rămâne, în totdeauna, intact, după cum s'a mai văzut și după cum se vede din mai multe cazuri de ambioplie și amauroze, arătate de diverși autori.

Apoi turburările de motricitate a irisului și a proceselor ciliare, sunt de o extremă frecvență cu caracter de disociațiune și temporare. Există și semnul Robertson Argyl, însă foarte fugace și chiar Kernig și redoaria ce-fei. Semnul Babinski asemenea s'a întâlnit dar care poate fi un episod terminal al unui caz mortal.

Diagnostic. — La începutul ei encefalita letargică nu a fost considerată ca o entitate morbidă aparte de cea mai mare parte din autori, ci confundată cu alte multe maladii din cauza asemănării multor simptome inițiale. În Anglia primele cazuri de encefalita letargică au fost, atribuite botulismului (M. V. Harris și M. Hall).

Distincțiunea între encefalita și botulism a făcut-o M. Netter și Profesorul Marinescu (București) savantul nostru neuropatologist în 1918 când a fost însărcinat de comitetul de cercetări medicale din Londra a face studiul leziunilor primelor cazuri de encefalita letargică. Rezultatul acestor cercetări a fost publicat în buletinul ministerului de interne din Anglia. Profesorul Marinescu zice: «am putut să stabilesc că encefalita letargică este din punct de vedere anatomo-patologic o afecțiune autonomă».

Cercetători englezi bazați pe paralizia oculară credeau că această maladie este datorită unei intoxicațiuni ali-

mentare sau botulism. În adevăr, se știe că în botulism sunt aproape constante turburările oculare însă în botulism nu este febră care se găsește în encefalită. În botulism nu este propriu zis, o somnolență ci o stare de coma care survine foarte repede. În encefalită lipsesc turburările gastro-intestinale, care în botulism sunt inevitabile. În fine în botulism răul cuprinde pe toți membrii casei precum și personalul domestic pe când cazurile de encefalită rămân aproape singure, așa că confuzie din acest punct de vedere nu se poate face ușor.

M. Milian și alți autori, constatând la începutul encefalitei câteva simptome meningiale asemănătoare cu gripa și mai cu seamă având în considerațiune și coincidența în aparițiunea ei cu aceasta din urmă, cum a fost în anul 1890, când encefalita a fost observată la sfârșitul unei grave epidemii de gripă, au fost conduși a emite părerea că encefalita nu este altceva decât o determinatiune a gripei asupra encefalului. Toate aceste au rămas însă numai simple suposițiuni de oarece s'a constatat mai în urmă că simptomele inițiale nu au nimic special, ele sunt asemănătoare și se întâlnesc la începutul tuturor meladiilor celor mai diverse ca : Febrele eruptive, febra continuă și mai multe alte febre catarale. În al doilea rând encefalita letargică nu este așa de extrem contagioasă ca gripa și s'a văzut cazuri când encefalita a precedat cu multe luni de zile aparițiunea gripei. Deosebirea, mai rezidă, încă și în leziunile anatomo-patologice, căci M. Leschtenstern, Virchow în anul 1890 și alți autori au arătat la autopsii că leziunile encefalice sunt cu mult mai serioase în gripă de cât în encefalită. De asemenea nu s'a găsit în cazurile cercetate, microbii influenței, nici în timpul vieții nici la au-

topsie, precum nu se întâlnesc nici manifestațiunile catarale și pulmonare ca în gripă și apoi gripa este o maladie de primăvară. Autorii americani Strauss, Leowe, Hirschfeld și autori englezi ca: M. Bradford, Bashford și Wilson, cultivând microbul encefalitei au găsit că are o mare analogie ca cel al poliomielitei dar de care totuși diferă. Autorii făcând culturi pe mediul Noguchi, spun că au căpătat colonii ca și în polimielită pe același mediu. Alți cercetători văzând o asemănare oarecare de simptome incipiente între poliomielită și encefalită, adică fiindcă virusul maladiiei are o afinitate pentru centrii nervoși ca și în poliomielită, au fost dispuși să apropie encefalita de poliomielită.

Această părere nu a putut însă persista mai mult timp din cauză că agentul patogen al poliomielitei se cunoaște astăzi foarte bine și nu s'a văzut localizarea lui la mezocefal. Microbul poliomielitei a fost izolat prin cultură și s'a recunoscut că aparține categoriei virgula-filtrant și în fine că M. Weber constată că poliomielită bătue mai ales la copii mici și-și face aparițiunea mai ales în sezoanele calde. Poliomielită produce leziuni profunde și lasă alterațiuni durabile (paralizii și atrofii), pe când encefalita se arată mai mult la adulți, face ravagii în sezoanele de primăvară și sezoanele reci, provoacă leziuni celulare mici și se vindecă fără urme durabile și ireparabile, afară de foarte rare excepțiuni. Această chestiune a fost pusă în discuțiune și în societatea studenților în medicină din Iași, unde d. doctor Olinescu a pus în discuție diagnosticul diferențial între encefalită și poliomielită anterioară. Mai găsindu-se o mare apropiere între encefalită și encefalo-mielita, o epidemie militară observată, autorii M. Etienne, L. Coussade și Benech au

emis părerea că s'ar putea ca encefalita să fie o encefalo-mielită, localizată diferit, amândouă afecțiunile având acelaș virus necunoscut, fiind asemănătoare și prin mersul general al boalei.

Analogia ce s'a făcut între maladia somnului negrilor, al cărei agent patogen este *Tripanosoma Gambiensis* și encefalita letargică epidemică, din cauza simptomatologiei aproape la fel și din cauza leziunilor encefalice asemănătoare, a căzut în fața constatării ce s'a făcut că condițiunile de existență a muștei Tse-Tse, care este agentul de transmitere al boalei, precum și condițiunile de evoluțiune a trepanosomiei nu sunt favorabile în țările europene. În sfârșit boala somnului negrilor durează mult mai mult timp.

Din cauza figurei întepenite ce o au unii bolnavi în encefalita letargică, maladia s'a comparat cu boala Parkinson. Însă formele acestea cu paralizie agitantă de și s'au observat, totuși tabloul nu este complect al maladiei Parkinson, de oare ce în unele lipsește tremurătura degetelor, altele au o evoluțiune transitorie, altele se vindecă (M. Sicard și I. Paraf). Bolnavii cu Parkinsonism se deosebesc de cei cu boala Parkinson adevărată prin aceea că Parkinsoniștii au fruntea netedă cu mișcările reduse cu privirea în jos și înainte cu tremurătura maxilarului inferior care apare când execută mișcări.

Confusiunea cu choreia s'a făcut și s'ar putea face la prima vedere fiindcă sunt multe cazuri de encefalită epidemică tip choreic, însă diagnosticul diferențial se bazează, după M. H. Claude, pe faptul că encefalita are un început acut febril în formele obicinuite, nu progresivă ca în Chorea Sydenham.

M. M. Mouriquand și Lamý spun că au văzut cazuri

chiar care să înceapă cu choree: Diagnosticul se mai bazează pe reacțiunea limfocitară.

În encefalită limfocitoza este foarte acută în primul stadiu, formula lencocitară, este exagerată atingând cifra de 30—40 de limfocite. Reacțiunea Bordet-Gengout negativă în sânge și în liquidul cefalo-rachidien. În encefalită se observă o lencocitoză polinucleară sangiună pe câtă vreme în choree în mod ordinar se găsește o mononucleoză ușoară.

Unii din autori cari au găsit liquidul cefalo-rachidien normal, au găsit în schimb urme de acetonă și acid amine în encefalită.

M. Achard tot în această chestiune arată că cu toată asemănarea clinică între choree și encefalita epidemică, se poate totuși distinge bine una de alta prin caracterul brusc și explozibil al mișcărilor în encefalită, și prin absența de artropatii și leziuni cardiace așa de frecvente în choree.

Augmentațiunea cantității de zahăr adică glicoragia constituie, pe lângă altele, un element prețios de diagnostic, căci în șase cazuri M. Netter a constatat la examenul liquidului cefalo-rachidian în encefalită, cantități de 70, 85, 95, 97 grame pe litru.

Această augmentare de zahăr provine din cauza excitațiunei centrilor descoperiți de Claud—Bernard și care și-au sediul lor în bulb.

Când este vorba de făcut diagnosticul diferențial între encefalită și complicațiunile nervoase ale oreillonului, simptomele într'adevăr pot presenta o asemănare oarecare, însă examenul anatomo-patologic arată că este o deosebire fundamentală între aceste două afecțiuni (profesor Marinescu, București). Oreillonul este foarte con-

tagios, contagiune ce se face prin cei sănătoși, purtători de germeni și cari nu pot fi descoperiți; în encefalită contagiunea este mult mai rară. Profesorul Marinescu a găsit tumefacțiunea regiunii parotidiene în oreillon, ceia ce lipsește în encefalită.

Cu turbarea, dinstincția se face de la sine, fiind că la turbare contagiunea se face prin mușcătura cânelui turbat, sau a altui animal asemenea turbat.

Encefalita letargică epidemică mai are simptome asemănătoare și cu febra tifoidă, paratifoidă. Hemoculatura și sero aglutinarea a scos pe cercetători din îndoiala lor.

Confusiunea cu coma diabetic s'a disipat prin analiza urinei, iar pentru coma uremic azotemie. Un diagnostic diferențial mai serios este cel mai necesar de făcut între encefalită și sifilisul sistemului nervos din cauză că s'a văzut reacțiunea Wassermann pozitivă și în encefalita letargică (Louise Ramond).

Diagnosticul diferențial cu sifilisul nervos este posibil zice M. Guillaîne, grație punctiunei lombare în serii care arată o mare variabilitate de limfocitoză în encefalita epidemică precum și o iperalbuminoză inconstantă și mai puțin marcată ca în sifilisul nervos.

M. Achard mai spune că intermitența reacțiunei Wasserman pozitivă și disparițiunea rapidă a limfocitozei rachidiene, nu lasă nici o îndoială, asupra naturei maldiei. Profesorul Manicatide (lași) relatează că la toți bolnavii cari i-a avut, la punctiunea lombară a găsit liquidul cefalo-rachidien în tot-deauna clar cu mărirea cantității de albumină, o limfocitoză destul de pronunțată, precum și odată a întâlnit o iperglicoragte.

Profesorul I. Sabrazès și Ch. Massias au constatat oli-

gurie fără albuminurie, și aceasta în encefalitele examinate în primele zile.

Limfocitoza care se găsește în mod discret la început în recrudescență, dispare repede în cursul maladiei la encefalită. Este asemenea de mare importanță să se facă diagnosticul encefalitei epidemice cu meningita adevărată, cu meningita sifilitică și cu cea tuberculoasă. Puține cazuri în adevăr, dar sunt, care la început, cel puțin, prezintă un tablou clinic ce se apropie de acel al meningitelor. M. Loygue, demonstrează cum cineva poate ezita între diagnosticul unei encefalite și între acel a oare-cărui stări de meningită tuberculoasă, până la autopsie. Profesorul Marinescu ne spune că tuberculoza localizată la sistemul nervos poate simula encefalita letargică fiind cea mai frecventă după cum rezultă din raportul comitetului englez de cercetări medicale, însă examenul liquidului cefalo-rachidian dă limfocite în tuberculoza meningială, și deși în encefalită se observă limfocitoza, în encefalita letargică se întâlnește mai rar și chiar când se găsește ia dispare curând spre sfârșitul boalei pe câtă vreme în meningita tuberculoasă există mereu pe măsură ce boala evoluează. M. M. Abrami și Lesage au descris meningita tuberculoasă cu forma somnolentă. Totuși forma abdomenului vine în ajutor în diagnosticul dintre meningita tuberculoasă și encefalită, afară de celelalte constatări bacteriologice și clinice.

Diagnosticul între meningita adevărată și encefalita epidemică se face prin examenul liquidului cefalo-rachidian care arată o polimocleoză în meningita simplă, semnul cefei, Kernig, Babinski, cari lipsesc în encefalită sau se observă numai câteodată după cum spune profesorul Marinescu. Mai adăugând dunga meningială,

discordanța între puls și temperatură și apoi limfocitoza etc. etc., toate acestea decid diagnosticul. Liquidul cefalo-rachidien în encefalită este normal, ceea ce este de mare importanță pentru diagnostic. S'a omis a se spune că diagnosticul cu meningită sifilitică îl decide reacțiunea Wasserman deși cum s'a văzut în cazuri foarte rari reacțiunea poate să fie pozitivă și în unele cazuri de encefalită.

Diagnosticul cu tumoare cerebrală se face prin examenul fundului ochiului.

La meningita cerebro-spinală nu se observa nici-odată oligurie fără albuminurie ceea ce se găsește în encefalita letargică. Inceputul maladiei care este, iute, redoari-cefei, Kernig, în fine hemocultura și existența meningococului, ridică imediat îndoiala.

Forme și aspecte clinice.—Din descrierile făcute de autori asupra acestei maladii rezultă că encefalita letargică epidemică se prezintă și cu simptome cardinale reprezentate prin triplul: a) somnolență, b) paralizia oculară, c) febră. Dacă aceasta este adevărat, nu mai puțin se găsesc într'o justă măsură experimentatorii cari arată că encefalita letargică este o maladie foarte curioasă, destul de capricioasă, atât ca simptome inițiale cât și ca mers, durată, terminațiune și urmări. În adevăr, tot ce această afecțiune are mai caracteristic și mai demn de atențiune este tocmai diversitatea formelor care variază la infinit dela o epidemie la alta, dela individ la individ și pentru care nu s'ar putea face o expunere sistematică.

Fiind de interes capital pentru diagnostic cunoașterea diferitelor aspecte și forme sub care s'a înfățișat până azi, maladia, vom căuta să dăm rând pe rând, fără or-

dine însă, formele și diferitelor moduri cum se prezintă maladia aceasta în diferite cazuri. Asupra diversității formelor clinice, profesorul M. Achard face o comunicare la academia de medicină din Paris, în care expune diferitele forme clinice care le poate avea epidemia. El vorbește de intensitatea somnolenței în unele cazuri care poate să fie spăimântătoare, să ajungă la coma, se raporta asupra simptomelor de excitabilitate, care pot înlocui simptomele de depresiune, se întreține apoi asupra inconstanței semnelor, oculare, asupra posibilității semnelor aparițiunii sguduirilor clonice și a puținei fixități a fenomenelor generale. Ca concluzie, profesorul zice : «Toate ordinele de simptome din această maladie au de caracter comun de a fi multiple în manifestățiunile lor, diseminate, fragmentare și de a apărea fără ordine definită. Maladia este polimorfă și aciclică. Aceste caractere pot în oarecare măsură să ajute la diagnostic».

Tot în acest sens, profesorul Marinescu spune într-o lucrare a sa din revista «Spitalul No. 4 și 5 din 1920, că : Aceia ce ar părea că complică și mai mult autonomia encefalitei letargice este că din momentul primei descrițiuni ale afecțiunii și până astăzi s'a constatat că formele ei sunt multiple și aspectul clinic poate varia de la individ la individ... Tocmai formele variate produc oarecare confuziune în cunoștința boalei și ne indică că trebuie să aducem precisiuni în diagnosticul formelor. În aceste forme găsim o serie de simptome care se prezintă mai des și deci sunt mai comune și o altă serie care se întâlnesc mai rar și care nu se aseamănă cu primele. În fine mai sunt forme cu început deosebit, cu mers schimbat și o altă parte cu terminațiune și consecințe care nu se întâlnesc în formele mai frecvente. Ca

statistică constatăm că în formele așa zise clasice, comune, simptomul somnolenței s'a întâlnit de 29 ori, ptosis dublu de 32 ori, oftalmoplegie 18; diplopie 18; letargic 18. Cu febră s'a întâlnit 41 cazuri din 87 observațiuni și de 8 ori apirexii. În rest s'a observat 13 ori stupoare de 9 ori coma; de 12 ori astenic. Absența letargiei a fost constatată de 3 ori agitațiunea de 5 ori s'a menționat vertigiu de 17 ori, delir de 20 ori și 31 cefalalgie. Cât privește de manifestățiunile paralitice s'a găsit: 11 paralizii faciale unilaterale, 9 bilaterale. De 10 ori s'a văzut strabism, de 10 ori nistagmus, 6 paralizii bilaterale a motorului ocular comun, de două ori midriază cu paralizia acomodățiunei, de 2 ori paralizia limbei, de 5 ori turburări în vorbă, de 10 ori rigiditate musculară, de 9 ori tremurături musculare, de 6 ori convulsii și choree.

Afară de acestea s'a mai relevat la 35 bolnavi: de 10 ori vărsături, de 9 ori disfație, de 3 ori uscăciunea gâtului. În fine la doi bolnavi s'a observat tumefierea paratodiei, la 15 retenție de urină, la alți trei: incontinență.

Această diversitate de simptome nu poate să nu încerce pe medic cu atât mai mult cu cât începutul maladiei poate să se arate printr'un ictus apoplectic cu emiplegie mai mult sau mai puțin completă și că turburările vizanice și tremurăturile nu se pot raporta în așa împrejurări la adevărata lor cauză, dacă nu ne gândim la epidemia de encefalită letargică și la lămuririle ce ni le poate da examenul liquidului cefalo-rachidian.

M. F. Widal, M. Fd. May și M. Chevallery arată observațiuni de bolnavi, cari în decursul encefalitei letargice, au prezentat simptome mentale, amintind a-

proape forma catatonică a demenței precoce, manifestată prin catatonică, steriotipie, negativism accentuat, acte bizare, o indiferență afectivă și o integritate aproape completă, a facultăților intelectuale.

M. Sicard raportează cazuri cu modalitate de început diferită, ex: Insomnie rebelă, dureri de o acuitate extremă sguduiri musculare, mioclonie de tip diferit: diafragmatică, facială și alte feluri despre care mai avem a vorbi, s'a observat paraplegii, delir acut și aceasta în afară de orice semn clasic, oculo-letargic. M. Ch. Mantoux a văzut cazuri de encefalită letargică caracterizate printr'o stare de somnolență accentuată, o incontinență pasageră a sfincterilor, o abolițiune trecătoare reflexelor rotuliene, în absența oricărui alt simptom. În unele împrejurări după puțină febră și o stare de somnolență, s'a manifestat sindrom choreic tip, care făcea să se creadă la prima vedere la o choree Sydenham. M. Claude a observat chiar două cazuri de encefalită cu forme choreice.

Există și o formă frusată e cărei simptomatologie este foarte atenuată. În asemenea cazuri se observa o ușoară febră, ușoară astenie și ușoară somnolență, diplopie trecătoare, uneori urmate de ptosis bilateral, oftalmoplegie internă și câte odată parezie facială. Sunt din aceste cazuri fruste în care febra lipsește sau este prea mică, unde nu este narcolepsie și somnolență, fără strabism și astenie generală.

La noi profesorul Manicatide din Iași a discutat și publicat cazuri de forme fruste care s'au caracterizat prin neînsemnătatea fenomenelor de encefalită și durata scurtă a simptomelor. Într'un caz publicat bolnavul n'a avut decât o zi febră, la începutul maladiei și

intrat la 4 Iunie 1920 în spital, după cinci zile adică la 9 Iunie 1920, au dispărut simptomele care aparținneau unei encefalite, tip normal, dar ușor.

Profesorul I. Sabrazes și M. Ch. Massias, dă observațiunea unui școlar la care simptomele erau complete însă foarte fugace și ușoare așa că bolnavul a putut să facă voiaj dela Paris la Royan în primul stadiu al maladiei și de la Royan la Bordeaux, în perioada de stare.

M. Villar arată un caz în care maladia avea alura unei boale infecțioase ciclice și a durat 15 zile rămânând în urmă o oboseală generală. În formele ușoare se observă adesea o cefalee, oboseala progresând, somnolența la care nu se poate rezista, bolnavul are pleoapele caracteristice căzute, fața imobilă, ochii fără expresiune, iar răspunsul la întrebări, îl dă încet cu voce joasă și monotonă. Se observă la așa fel de bolnavi un ușor Kernig, tensiunea arterială normală, puls normal sau foarte puțin ridicat, bolnavul se poate ține în picioare și merge fiind ajutat și păzit. Se observă câte puțină febră până la 38°. La așa cazuri vindecarea se face bine, afară că mai rămâne bolnavul, câțva timp încă, apatic.

În unele forme de scurtă durată și unde bolnavul se vindecă repede și bine, se întâlnește somnolența uneori cu puțină agitație. La unii bolnavi nici nu se observă și chiar nici nu sunt turburări oculare. O diplopie dacă se observă, ea este foarte pasageră după cum s'a mai spus.

Foarte rar în aceste forme s'au constatat ambliopie prin nevrită optică. Ca un fenomen pasager s'a înregistrat la așa forme paralizia membrului superior stâng.

Se observă câte odată la unii bolnavi numai delir și semnul Argyl Robertson, iar la alții algie și mioclonie. Câteodată s'a văzut o simptomatologie mai variată și anume: Turburări vizuale, delir, somnolență și mioclonie. Febră puțină. Așa cazuri ajung la convalescență în 3—4 săptămâni (M. Achard).

Mai sunt și forme ambulatorii. M. Chauffard arată un caz cu o diplegie netă și tendința la somn nu era așa de mare ca să fie nevoit bolnavul să-și întrerupă ocupațiunea și care a dispărut în timp de trei săptămâni ca și turburările oculare. La unii, în așa formă, se constată un nistagmus care asociază o ușoară diplopie, numai puțin timp înainte de vindecare, a apărut o titubațiune (M. Lortat—Iacob).

Unele cazuri sunt atipice. M. P. Emile Veil, relatează caz de encefalită epidemică anormală prin intensitația simptomelor mielitice, care au evoluat în zece zile la moarte. Începutul a fost însemnat prin dureri articulare, febră, o criză convulsivă cu pierderea cunoștinței. La începutul maladiei la acest bolnav, s'a constatat pe lângă triada clasică și o quadriplegie cu paralizia mușchilor cefei și a sfincterilor. S'a găsit semnul Kernig, febră 30° și plus 150.

Aproape câți bolnavi se întâlnesc, atâtea forme deosebite au fiecare. Sunt de acei la care predomină mișcările involuntare, localizate la nivelul feței, în particular la nivelul mușchiului masticator. Această dovedește existența unei forme localizate a sindromului excito-motor tardiv al encefalitei (M. Pierre Marie și M-lle Levy).

Sunt categorii cu turburări dominate ca: somnolența și agitațiuni delirante, ușoară mioclonie și turburări

oculare fugace, tremurături puține și pierdere de echilibru. Asemenea bolnavi fac parte din tipul cerebeloșilor, la cari nu se găsește nimic la examenul otologic și totuși bolnavul titubiază, câte odată înclină spre dreapta și poate să se plece și spre stânga fără a cădea. Dacă se întorc pe spate, diversele segmente a membrilor inferioare, rămân drepte, picioarele părăsesc solul nesprijinindu-se de cât pe călcâi, aceasta este o formă cu turburări de echilibru (M. M. Achard și Leblanc).

M. Souhues raportează un caz la o femeie de 66 ani căreia i-a survenit maladia Parkinson, în timpul unei encefalite letargice, iar M. Sicord și I. Paraf, arată bolnavi care în convalescența encefalitei au rămas cu atitudinea și redoarea Parkinsonienă. La un număr de 50 de cazuri el a constatat la unii ipotonie localizată la față și la membrele superioare, manifestațiuni trecătoare și vindecate în câte-va săptămâni, sau ipertonii și înțepeneală generală de aspect Parkinsoniană clasică, fără tremurături de degete și cu mers favorabil. S'a observat și un caz de maladie Parkinson curată cu tremurături tipice a degetelor de la mână și cu extensiunea progresivă a tremurărilor bilaterale la diferite părți a membrilor. M. Souques ne spune că virusul encefalitei letargice, frapând de predelecțiuni mezocefalul și ganglionii centrali, unde după lucrările cele mai recente, ar fi localizate leziunile paraliziei agitante, este logic de admis ca această paralizie să fie consecința encefalitei. Formele oculo-letargice predispun mai des la Parkinsonism, de cât formele mioclonice. Turburările mentale, ca început al encefalitei a fost obsercate de M. Claude la 14 bol-

navi din 28 câți au avut în observațiune. La unii maldia începe cu turburări psihice cu forme de confusiune mentale torpidă sau agitată cu onirism frequent și câteodată cu tabloul complet de delir acut.

S'au văzut bolnavi la care turburările mentale au survenit în cursul encefalitei confirmate. Sunt autori cari au relevat cazuri de encefalită a căroră început a fost marcat prin un acces de confusiune mentală halucinatoare și care a fost urmate apoi de semnele encefalitei: paralizia oculară și ipersomnie. Turburările psihice se transformă la finele maladiiei și în convalescența, bolnavii rămân cu melancolie.

În forma amiotrofică se constată că după terminarea boalei, suferinzii rămân cu atrofie musculară la membrul superior. Această amiotrofie este sau de tip periferic sau de tip medulo-radicular. În o statistică a lui M. Sicard și M. Paraf din 40 cazuri s'a observat de 6 ori amiotrofia. Din acestea 5 localizate la membrul superior cu trei forme periferice și două medulo-radiculare și o localizare la membrul inferior de tip periferic. La membrul superior, nervul cubital este cel mai des atins, simetric și bilateral în modalitatea periferică, iar în modalitatea medulo-radiculară este mai des atins segmentul brachial inferior. Relativ la turburările trofice, profesorul Manicatide (lași) relatează cazuri de atrofii musculare a mușchilor membrului superior cu disparițiunea eminenței tenare și ipotenare și micșorarea înterosoșilor.

Asemenea a descris observațiuni cu atrofia totală a mușchilor antebrațului și a brațului stâng fără reacțiune de degenerescență și cu reflexele tendinoase exagerate. Excitabilitatea faradică diminuată, turburări de

sensibilitate subiective neobservate. S'a observat re-tracțiunea tendonului bicipital și a brachialului inferior. Amiotrofia succediază de obicei encefalitei de formă gravă, cu mioclonie sau cu sguduii mușcolare localizate la membrele care au fost cele din urmă lovite de amiotrofie. Prognosticul acestor turburări trofice este favorabil și cu tendință la ameliorare progresivă. La tipul radicular poate să servească o algie care să persiste mult timp (M. Ch. Foix).

În formele mioclonice se observă crize convulsive, spasmuri, agitațiuni, mișcări desordonate, sguduii mioclonice în brațe, sguduii drafragmatice, însoțite și de sughițuri rebele, care fac să se arunce în afară rebordul coastelor de 5-6 ori în șir și când pe dreapta, când pe stânga. Asemenea sguduii se produc și în mușchii abdominali când de oparte, când de alta, sguduii care sunt dureroase. În timpul acestor mioclonii, dacă bolnavul este tratat cu bromură, somnolența apare (M. Netter). Sgduirile pot să fie produse în coapsă, în mână, în brațe, pot să se producă mișcări choreiforme neregulate a mânelor și a degetelor. S'a întâlnit spasmul aductorilor coapsei și a quadricepsului, precum și contracturi mioclonice foarte pronunțate începând cu regiunea scapulară trecând la braț, la torax, apoi tremurături generalizate cu mici oscilațiuni la mână și la limbă. De mai multe ori s'a observat tresărituri în tendoane, trepidațiuni epileptice la ambele picioare, fără contracturi, clipiri din pleoape, mișcări brusce în membre și sguduii a întregului corp, antebrațul și mânele executând mișcări de carfologie, în fine sguduii mioclonice a gâtului și a membrului

superior drept. Mișcările choreice pot fi asociate cu mișcări atetozice.

Mioclonia poate să apară și să dispară în cursul aceleiași maladii și iarăși să revină ca d'întăi. M. Bériel, în această privință spune că forma de encefalită cu simptome mioclonice dă mai multe cazuri mortale, așa că mioclonia este un semn de gravitate în boală :

Un studiu de pe larg, asupra turburărilor de mișcare în encefalită letargică prin metoda grafică a fost făcut la noi de către profesorul Marinescu și dr. Răscanu, publicat în revista «Spitalul» No. 12. Din acel studiu rezultă că contracțiunile ritmice, pot să fie produse în mușchii membrelor superioare, de o singură parte sau de ambele părți a corpului sau prin contracțiuni ritmice, în mușchii unui membru superior și a unui membru inferior de aceeași parte a corpului, apoi contracturi ritmice a mușchilor sterno-cleido-mastoidieni și diagastric, care determină mișcări a capului și maxilarului inferior. S'a mai văzut mișcări ritmice foarte repezi de tip Parkinsonien și în fine mișcări ritmice în mușchii respiratori.

Formele mioclonice sunt deosebite de cele clasice, ordinare. M. Sicard și M. Kudelscki. descriind asemenea forme le numește : Encefalite acute mioclonice.

După acești autori ele sunt caracterizate printr'un început deosebit, cu dureri lancinante, cu febră ușoară cu durere de cap, mai pe urmă în perioada de stare se constată sguduiri mușchiulare scurte în mușchiulatura membrelor, sguduiri care sunt explosibile de tip ritm electric. Asemenea sguduiri se observă și la față și la diafragm, uneori la o parte de corp, altă dată

generalizate, dar nu se observă nici semnele oculare nici ipersomnie. Dupe aceste forme adică în aceste forme apare în urmă delirul de formă oniric și în fine coma.

Formele de encefalită letargică pot să varieze la infinit. Autori ca M. Amand Gautier, relatează că a văzut maladia caracterizată numai prin sguduii mioclonice, un aspect infecțios, cu confușiune mentală, o oboseală mare a pleoapelor și mișcarea ochilor, stare care a determinat moartea. Alți autori au avut cazuri cu simptome de somnolență și care s'a vindecat în opt zile. M. M. Mouriquand, arată forme care încep prin mișcări choreiforme, delir de acțiune și de vorbă, fără reacțiune meningeă, apoi apărând somnul și ptosis, cazuri la care s'a văzut, dupe o ameliorare bine constatată, o nouă recidivă și apoi iarăși o ameliorare. Toate aceste forme au fost însoțite cu puțin Kernig, cu redoarea cefei și hipertensiunea liquidului cefalo-rachidian.

În fine profesorul dr. Marinescu și M. Constantinescu din București au studiat și forme palustre.

Între variatele forme ale encefalitei letargice epidemice este demn și interesant de relevat observațiunea profesorului Marinescu și Dragomirescu, publicată în revista «Spitalul No. 3 din anul 1921, prin care se poate dovedi că este deosebire între forma letargică a boalei, între accesele de somn ușor și între forma narcoleptică. La bolnavul în chestiune s'a observat toată luciditatea și toată cunoștința, căci după cum se vede din observațiunea suscitată, în ziua de 2 Ianuarie, a deschis ochii de câteva ori, a cerut în două trei rânduri să i se schimbe deculitul, asta dovedește că bolnavul nu avea letargie ci numai narcolepsie. De aci

se vede că letargia și narcolepsia sunt două fenomene deosebite. Bolnavul om inteligent spune tot ce simțeste, își aduce aminte de toate și istorisește că simția o stare de enervare că nu putea lua parte la discuțiune. Că avea des aparența că doarme, când în realitate el suferea de insomnie. În timpul maladiei bolnavul era în rigiditate timp de 10 zile, după care rigiditatea mușchilor a mai început a scădea. În tot timpul rigidității erau cuprinși toți mușchii striati, membrele inferioare și superioare. Rigiditatea se întinsese și la mușchii feței, maxilarului, faringelui, din care cauză avea trismus și disfagie. Reflexele profunde erau exagerate din cauza acestei stări de îpertonie bolnavul avea cata-tonie, deanatrie, afonie și un răs silențios.

Despre o stare de psihism a unui doctor bolnav de encefalită ne relatează cazul d-rul Henri Bouquet, care ne spune că colegul ce a fost bolnav își istorisește singur starea sa generală din timpul boalei, și anume: «Că bolnavul n'a avut nici un fel de suferință reală. El n'avea decât mici dureri suferitoare, o nevralgie tenace a plexului cervical, fără durere de cap, fără reacțiuni dureroase datorite febrei, nici senzațiuni penibile. El era atent și vedea cum se agită cei din prejurul său, le vedea îngrijorarea pe fața lor, totuși el nu și perdea seninătatea. Se simțea alunecând spre o epuizare extremă, care totuși nu i pricinuia nici o emoțiune. O disasociațiune a psihismului său îl făcea să asiste ca spectator la boala lui, gândia la familie, la copii, pe care i vedea orfani. Luciditatea îi era completă afară de perioada de somn invincibil la care nu se putea opune și pe care o descria ca un fel de amorțeală, care nu avea nimic desagreabil. Din toate

starea lui de boală și din senzațiunile cele mai mare ce le avea, erau : slăbiciunea mare, plictiseală, sudori, o salivațiune abondentă și simția că mâinele îi ardeau. Avea imaginațiuni onirice : proiecte de voiaj, dorinți de mai bine, de avansare, etc., etc. Mai departe zice că nu'și poate cineva închipui bucuria ce a simțit, când a văzut că'l părăsește paralizia limbei, și diglutațiunea a devenit posibilă.» Acesta este un studiu intim de psihism, făcut de însuși bolnavul în chestiune, studiu din care se poate vedea cu claritate că conștiința nu a părăsit niciodată pe colegul atins de encefalită.

Anatomia și fiziologia patologică. — La autopsia celor morți de encefalită, s'a constatat macroscopic leziuni neînsemnate ca congestiuni meningiale, colorațiuni emoragice în substanța gris ori albă, altă dată mici emoragii punctiforme care colorează roș liquidul cefalo-rachidian. În fine nu este nici o leziune specifică.

Alterațiunile mai însemnate se găsesc mai des la nivelul regiunii locus Niger din pedunculii cerebrali, în apropierea apeducului Silvius și de-a lungul rafeului. Celulele care se găsesc pe linia mediană sunt mult mai lăsate decât cele din nucleul de origină a perechii a III-a. S'a constatat leziuni foarte accentuate în înfundibulum interesând și pătura optică. Se găsesc leziuni asemenea și în substanța grisă care se învecinează cu al III-lea și al IV-lea ventricul și ventriculii laterali. Totuși asemenea alterațiuni pot să fie observate și în alte porțiuni a substanței cerebrale. La examenele microscopice în substanța cerebrală s'a găsit o grămadă de celule embrionare împrejurul vaselor precum

și alterațiunea celulelor nervoase, totuși mai puțin însemnate decât în poliomielită (M. Arnold Netter).

Relativ la studiul anatomiei batologică, examenul istologic făcut de M. P. Marie și Tretiakoff constată că în encefalita letargică epidemică, leziunile sunt găsite grupate în mod particular în substanța mezocefalului, împrejurul nucleilor oculo-motori și în regiunea locusniger.

M. Lapersonne, spune că primele observațiuni foarte clare de encefalită cu autopsii și examen macroscopic, se datorește profesorului Gayet și s'a găsit descrierea în Archives de Physiologie din 1875, unde acest autor o intitulază cu numele de: afecțiune encefalică, localizată la etagiul superior al pedoculelor cerebrale. La autopsia făcută s'a găsit o punctuație roșie foarte caracteristică a acestei leziuni. Gayet zice că leziunile macroscopice se întindeau nu numai la etagiul superior al pedoculelor cerebrale ci și în păturile optice precum și în planșeul ventriculului al IV-lea și în pereții laterali ai ventriculului al III-lea.

Această constatare, spune Lapersonne, arată că este imposibil a face acestei afecțiuni o localizare prea precisă și că nu este vorba numai de o atingere a nucleilor motori din planșeul ventriculului al IV-lea, ci că trebuie căutată leziunea mult mai sus și mai departe. În cazul lui M. Emis Weli, liquidul cefalo-rachidian s'a găsit normal, absența de meningită, însă congestia nevraxului. În un caz caracterizat prin sguđuire mioclonică și cu aspect infectuos, la examenul istologic, s'a găsit exudate de celule mici, și manșon inflamator, perivascular. Rezultatul cercetărilor anatomo-patologice și'a examenului istologic, în diferite cazuri, pre-

sintă variațiuni multiple. În unele din acestea, encefalul prezintă o rascularizațiune intensă de meningită, iar la examenul istologic, se poate constata maximul leziunilor în istmul encefalului și în bulb. În aceste regiuni, se găsesc leziuni vasculare și perivasculare, cele vasculare sunt caracterizate prin dilatațiunea vaselor, care se găsesc încărcate de ematii și infiltrația tunicii lor de celule plasmătice și de limfocite, iar cele perivasculare, sunt caracterizate prin proliferarea celulelor nevroglice și o infiltrație constituită prin celule plasmatiche poliblaste și mononucleare. Polinucleare nu se întâlnesc de cât foarte rar, dar nici odată neurofage sau neuronofage,—adică penetrațiunea celulelor nervoase de celule nevroglice tinere,—fenomen observat de prf. Marinescu de unde i se trage și numirea. Melanofage se găsesc.

Împrejurul vaselor lezate se găsește în mai multe puncte infiltrație sangună, care face impresia că vasele sunt înecate în acel loc. Celule nervoase alterate sunt alocurea dispărute prin citoliză sau sunt pe cale de atrofie. În locurile bolnave se găsesc chiar proliferațiunea neorogiei și infiltrațiunea descrisă.

În protuberanță se găsesc leziuni foarte pronunțate la nivelul spațiului interpiramidal în jumătatea inferioară a septului inferior și la nivelul substanței grise din vecinătatea, ventriculului al VI-lea.

În bulb infiltrație de-a lungul rateului și în substanța raticulată a ipoglosului, până la olive. Maximul de leziune se găsește împrejurul nucleilor perechii a X-a și a XII-a. Nucleul dorsal al pneumogostriului și mai ales nucleul ipoglosului, sunt alterați. Se mai găsește o inflamațiune intensă pe traectul intrabulbar a perechii,

a XII-a. Scoarța cerebrală este ipremiată. Aproape de nucleul dentelat, ușoara infiltrație în venule.

Măduva cervicală intactă, Asemenea nu se găsesc foicule sau celule geante. Nu este bacilul Koch (pref. Gh. Marinescu și M. C. D. Constantinescu).

De și rezultatele anatomo-patologice arătate aici, sunt datorite examenului făcut de profesorul Marinescu și publicate în Buletinul Societății Medicale din București, totuși vom da mai la vale, cele descrise în această privință de însuși profesorul Marinescu în revistă «Spitalul» No. 4 și 5 și a căror rezultat pare mai precis și mai complet. Profesorul Marinescu la pagina 121 a revistei spune: că anatomia patologică în encefalită a fost studiată de Von Economo, de P. Marie și Tretiakoff în Franța, iar în Anglia de James Mc, Intosh și Marinescu, însărcinați de comitetul de cercetări medicale. D-se zice că leziunea, consistând în o infiltrațiune considerabilă a venulelor situate pe planseul ventriculului al IV-lea și în jurul apeducului lui Silvius, este substratul anatomo-patologic găsit în toate cazurile de până acum. Nu este vorba deci de o afecțiune dinamică sau toxică, ci de o encefalită.

Este un proces inflamator intens, localizat de preferință în vene, venule și capilare.

În pedunculi și profuberanța celulele substanței negre și locus coeruleus, presintă leziuni de citoliză și găsim în aceste locuri numeroase melanofage. Măduva de obicei este intactă cu excepția unei infiltrațiuni, a segmentului ei superior. Substanța cenușie a bulbului, profuberanței și a pedunculilor, oferă aceleași leziuni pe care le găsim de asemenea în proporție mare la nivelul stratului optic, al nucleului lenticular și a scoarței

cerebrale, este dar cum s'a arătat o leziune a mēzocefalului și a creierului intermediar. De notat este faptul că niciodată leziunile celulelor nervoase, nu ating gradul din paralizia infantilă, unde este o necrofagie care lipsește în encefalita letargică.

Există două feluri de leziuni în encefalită, pe care trebuie să le deosebim cu atențiune, unele nucleare precum sunt cele ale ipoglosului, ale nucleului dorsal și ventral a pneumogastricului la care se poate adauga și leziunile fibrelor de origină. Așa leziuni, mai puțin acuzate sunt și în nucleul motor ocular comun, leziuni relativ ușoare, mult mai grave însă în nucleul median și în nucleul lui Edinger-Vestal. În afară de acestea mai sunt și leziuni supra nucleare, adică leziuni în centrele și fibrele care guvernează activitatea funcțională a nucleilor mușchilor striati, alterațiunile corpului lui Luys a substanței negre, a nucleului dentat și apenduncului cerebelos superior.

Fasciculus piramidal găsit intact. Profesorul Marinescu zice: «Trebuie să adaug că celulele din locus niger și locus coeruleus suferă un proces de citoliză, iar în vecinătatea lor corpii granuloși încărcăți de corpuscule sudanofili și pigmentofagi. Un alt caracter al encefalitei epidemice este că în jurul vaselor inflamate găsim focare miliare de emoragii, așa încât venele cu adventicia lor infiltrată, însoată în aceste focare emoragice.

Emoragiile sunt mai dese în substanța cenușie, în vecinătatea planșeului ventriculului al 4-lea și a apeducului Silvius.

M. I. Lhermitte într'o conferință anuală ținută la societatea de oftalmologie din Paris, ajungând la capito-

lul de anatomie patologică, a confirmat toate datele ce le-am înregistrat până acum. Autorul a spus că modificățiunile fundamentale ale maladiei sunt de ordin vascular și inflamator și că aceste alterațiuni pot să fie însoțite de leziuni destructive a parenchimului.

Că topografia procesului este variabilă și dacă el extinde poate și la măduvă și la scoarța cerebrală, leziunea nu lasă indemnă, regiunea mizlocie a mezocefalului. În această privință M. Lepin vorbește despre extrema difuziune a maladiei asupra sistemului nervos, arătând că nu numai mezocefalul este atins. Pentru M. Bériel, encefalita letargică este o stare infecțioasă care atacă tot encefalul și chiar și măduva și nervii, de unde diversitatea simptomelor și mulțimea formelor clinice care nu se aseamănă între ele, existând tipuri de trecere de la o formă la alta chiar pe același bolnav.

Profesorul Marinescu crede că în producerea fenomenelor de ipertonie, pseudo-paralizii, adiadococinezia, contracția paradoxală independentă de catatonie, joacă un rol însemnat nucleul lenticular și în special globus palidus. Aceste rezultate sunt obținute în urma studiului de anatomie patologică. Retențiunea urinei, pare a depinde de aceeași cauză. În așa mod zice profesorul Marinescu se poate explica dezacordul între mișcările voluntare și cele automate, fiindcă bolnavul poate să facă mișcări ușoare de masticățiune, introducându-i puțină pâine în gură, pe când în mod voluntar el nu poate deschide gura, decât numai când cascade.

Într-o lucrare anterioară a profesorului Marinescu din Buletinul Societății Medicale a Spitalelor din București No. 1, lucrare însoțită de examen istologic, pe o porțiune din pedunculul drept s'a constatat același le-

siuni anatomo-patologice ca : infiltrația tecei adventice a venelor la nivelul pedunculilor și în special a substanței negre, precum și asupra leziunii vaselor, a celulelor nervoase la nivelul planșeului ventriculului al 4-lea în domeniul nucleului ipoglos și a pneumogastriului. Acești doi nuclei, au leziuni importante, consistând într'o infiltrație și emoragie perivasculară și vasele înecate în sânge cum s'a mai descris.

Printr'o secțiune în substanța neagră, acolo unde se găsesc mai multe leziuni, se constată dispariția celulelor nervoase din această regiune și înlocuite cu un mare număr de melanofage, nu numai în jurul capilarelor, ci desiminate chiar în substanța grisă. Celulele nevroglice ipertrofiate și multiplicare, în stare de transformare fibroasă.

Autorul arată în această lucrare că și în studiile de mai înainte că leziunile serioase se găsesc în mod constant în regiunea sub talamică, acolo unde se găsesc localizate mai multe centre care presidează asupra tonusului. Din această cauză se crede că letargia și catalepsia în encefalita epidemică, sunt în relație directă cu aceste perturbațiuni a funcțiunilor acestor centre și a creierului mic care are sub dependența sa întreținerea normală a tonusului. Somnul letargic, expresia de ceară a figurei, atitudinea înțepenită, mișcarea tonică persistentă a degetelor după excitarea tălpei piciorului, turburările vocii, toate sunt expresiunea turburării tonusului. În fine consecvențele îndepărtate și foarte disparate ale encefalitei epidemice a făcut pe M. Pic să se pronunțe clar că leziunile encefalitei au o predicție pentru regiunile infracorticele și în particular pentru corpii striati însuși sau legăturile lor.

Profesorul Marinescu, se ocupă la capitolul: fiziologia patologică de cele două serii de fenomene observate în encefalită și despre care d-se spune, că mecanismul lor a fost foarte mult discutat.

Acestea sunt: Letargia, catalepsia și mioclonia pe de o parte și somnul pe de altă parte.

Că în formele cu catalepsie și letargie, mioclonie nu se vede, sau mișcările sunt foarte atenuate, iar în forma mioclonică nu se întâlnește catalepsie, ci turburări psihice: delir oniric; cu toate că între ambele aceste serii de fenomene pot să se întâlnească stări intermediare. Fenomenele acestea sunt turburări datorite centrilor tonici care sunt reprezentați fie prin cerebel fie prin centri subțalamici unde se găsesc leziuni în encefalita epidemică. Unii autori vorbind despre ipersomnie au atribuit-o perturbațiunii funcționale a glandei pituitare, glandă care s'a găsit întotdeauna intactă în encefalită. Autori ca M. Lhermitte, atribuia ipersomnia la o leziune infundibulară.

Bacteriologia și lucrări de laborator. — Ca studiu de bacteriologic ar fi foarte puțin de spus de oare ce toți autorii cari s'au ocupat cu studiul encefalitei letargică epidemică, ne spune că, natura agentului patogen este necunoscută. Hemocultura a dat rezultate negative ca și liquidul cefalo-rachidian, care s'a inoculat la epuri. De timp recent s'a făcut în America experiențe, prin care s'a transmis encefalita la momițe, injectându-se substanța cerebrală și produse bucofaringiene de la bolnavi. Și autorii englezi comunică că au putut transmite în serii virulența encefalitei la epuri și momițe, făcând culturi pe mediul No-

guchi, însă coloniile obținute semănau cu cele ce s'au obținut în poliomielită.

M. Livaditti a susținut, că virusul encefalitei letargice nu se localizează totdeauna în sistemul nervos, iar M. Vidal spune că acest virus atinge sistemul nervos nu în mod masiv ci în mici insule, ceea ce dă diverselor fenomene nervoase o fisionomie cu totul particulară. M. Page, constatând encefalita la indivizi tuberculoși, a emis părerea că sindromul encefalitei letargice, poate fi produs prin acțiunea de toxine variate asupra centrului hipnic al mesocefalului.

Din focarele de broncho-pneumonie la cazurile acute de encefalită, M. Tarozzi, a izolat un diplostreptococ cu care a provocat maladia experimental cu alterațiuni tipice găsite de toți autorii în encefalită.

M. Netter spune că virusul encefalitei poate să rămână activ 4 luni și până la un an și mai mult. Lucrările autorilor englezi și americani prin ajutorul metodei Noguchi, apoi cercetările lui M. Netter, Harvier și Livaditti, tind să demonstreze că în encefalită este vorba de un virus filtrant, care are o predelecțiune particulară pentru centrii nervoși, dar care poate de o potrivă să fie localizat și în nas, gură, farinx și cu prodemență în glandele saivare. Unii autori s'au întrebat dacă în encefalită letargică nu este vorba de un virus ultra microscopic, alături de care se găsește și un diplococ ca în paralizia infantilă. M. Rosenow și Wheeler spun că alături de micro-organisme filtrabile descrise, s'a găsit și un streptococ.

Mersul, durata, terminațiunea, urmările și recidivele. — Mersul encefalitei letargică epidemică, este foarte variabil.

Sunt cazuri ușoare cu simptomatologie simplă și puțin acuzată, cu puțină febră și care merg sigur spre vindecare, iar altele din contra cu forme sub acute, se termină prin moarte numai în câteva zile. Formele acute merg mai adesea spre terminare fatală și aceasta din cauza agravării progresive a simptomelor. Sunt apoi forme care de și grave la început totuși încep a face o remisiune și pot anunța o terminare favorabilă, dar aceasta durează două și trei luni, până la vindecare. În epidemia Vieneză din 1917, s'a observat forme prelungite de boală. Profesorul Ch. Achard, relativ la mersul epidemiei de encefalită, comunică observațiuni în care pe lângă că durată se observa a fi lungă dar afară de aceasta s'a întâmpinat fel de fel de oscilațiuni și simptome. Unii bolnavi, după o ameliorațiune bine sințită, când pacientul se credea bine de acum, îi revine de odată iarăși somnolența, iarăși mioclonia care îi sbuciumă tot corpul, presiunea scăzând ca și pulsul. După un interval de 4-5 zile, iarăși survine o ameliorațiune. S'au văzut bolnavi la cari, după două luni de zile iarăși a apărut boala cu simptome alternative de torpoare și agitațiuni delirante, fenomene care după 15 zile dispar iarăși și bolnavul merge spre ameliorare. Această stare însă nu ține mult și din nou altă serie de fenomene apar: somnolență, paralizie progresivă la toate membrele, paralizie care apare și dispare.

Cazurile mortale, au avut un mers febril, afară de alte fenomene.

Febra a atins 39° și 40° . Acești bolnavi mor în Coma. Altă dată moartea nu survine după torme scurte, ci după o maladie cu durată lungă și după mai multe

oscilațiuni de ameliorațiune și de agravare în care fenomenele atetosice, ipertonice, choreice ; în fine paralitice însoțite de stări de depresiune și de excitațiune, alternativ, apar și dispar la scurte intervale. Stărilor acestora așa de variate în mersul maladiei, M. Gayet le-a dat numele de : resurecțiune.

Sunt în fine și forme care se vindecă în 8 zile. Au fost cazuri grave unde toată speranța era perdută și totuși după mai multe luni de zile, bolnavul s'a făcut bine.

Mortalitatea ajunge la 10⁰/. După M. Netter ia poate atinge cifra de 20—25⁰/. Cauza morții nu este așa de evidentă totdeauna, ca să nu provoace discuțiuni. Moartea poate să survină după a 5-a, a 12-a zi, după trei săptămâni și s'au văzut cazuri chiar după două luni. Moartea este atribuită de unii autori accidentelor bulbare, fără să se poată iarăși preciza bine și exact natura. Une ori cauzele morții sunt mai evidente rezultând din complicațiunile pulmonare, accidente septică produse de escare, etc., etc. Cazurile fericite care se termină prin vindecare, ajung cu o durată de 10, 20 de zile și până la trei săptămâni. Durata maladiei este de multe ori lungă din cauza convalescenței, care este trenantă, fiindcă cele din urmă turburări ale maladiei nu se șterg de cât pe nesimțite. S'au văzut bolnavi cari au rămas mult timp, cu semne de atonie pe față, cu aptitudinile fizice și intelectuale micșorate. Apoi s'a văzut bolnavi rămași cu idioție, spazmuri, choreia, epilepsie, psihostenie, mioclonie cervicofacială, sguduituri a capului, diplopie, parezabrachială, tic dureros care se manifestă cu ocazia masticățiunei și a fonațiunei, mișcări ateto-

zice și aceasta din cauza că virusul rămâne mult timp activ în centrul nervoși. Apoi s'a văzut bolnavi rămași cu neurastenii, parezia de acomodare, confuziune mentală, iperglicoragie, maladia Little, cu râs și plâns spasmodic, sindrom de hebefreno catatonie curabil.

S'a văzut un ofițer care era apucat de o contracție spasmodică foarte lentă a frontalului, cuprinzând și mușchii superficiali a jumătății stângi a feței terminându-se spre sterno-cleido-mastoiden, acompaniindu-se de o smuncitură dureroasă și aceasta se producea sub influența unei lumini prea mari, fenomene care au fost repede ameliorate prin ochelari Fienzal. Mioclonia poate să persiste mult timp. La unii bolnavi după două luni s'a întâlnit mioclonia reziduală. Altă dată bolnavii cari în recidive au fost apucați de accidente convulsive choreo-atetozice, fenomene care n'au existat în tot timpul maladiei principale.

M. Pic citează cazuri unde ca consecință a encefalitei s'au observat mai mult timp anisocorie și pareză pupilară. Simptomul Parkinson, este unul din acelea care nu dispare de cât după șase luni. Pentru M. Souques, paralizia agitantă poate să fie consecința encefalitei prin faptul că virusul encefalitei atacă mezocefalul și ganglionii centrali unde se găsesc localizate și leziunile maladiei Parkinson. Toate accidentele ce rămân pe urma encefalitei pot să prelungească durata maladiei. Aceste recidive pot iarăși să readucă accidentele avute sau pot produce altele noi. În perioada de recidivă pot să vină semne cari n'au fost în maladiie.

Când encefalita apare ca o maladiie intercurentă, pe o tuberculoză, pe o maladiie basedoov, choree, tabes,

etc., etc., ea nu modifică mersul celei alte maladii, nici nu o agravează, ci fiecare afecțiune 'și face cursul său propriu (M. Sicard).

Contagiositatea și epidemiologia. — În Franța encefalita letargică epidemică a făcut multe victime, ceea ce a determinat Academia Franceză după propunerile lui M. Netter, ca să emită părerea, ca această maladie să facă parte din maladiile cu declarație obligatorie.

Dacă pentru unii autori contagiositatea nu este negată, dar nu este susținută cum ar fi M. Pic care relatează cazul constatat din împrejurimile Lyonului și unde zice că a fost imposibil să se poată determina cel mai neînsemnat element de contagiune, sunt totuși alți autori cari dau dovezi sigure de contagiositatea encefalitei.

M. Arnold Netter relatează cazul unei familii parisiene, în care maladia de la o copilă îngrijită în aceeași cameră cu alți doi copii sănătoși, aceștia din urmă au contractat maladia de la bolnav după trecere de aproape o lună de zile. Maladia a prezentat aceleași simptome la toți copiii. Acestea sunt fapte indiscutabile de contagiune. Pe de altă parte în Anglia, cazuri analoage de contagiune au fost verificate, prin anchete bine conduse. Această contagiune poate să plece de la însuși bolnavul, care poate să fie periculos din cauză că el este mai mult timp contagios precum și din cauza recidivelor și a complicațiunelor care fac o lungă convalescență, iar pe de altă această contagiune poate să plece de la cazuri fruste și chiar de la cei sănătoși dar cari au fost pe lângă un bolnav, din care cauză maladia se poate propaga la mari dis-

tanțe. Contagiunea este vehiculată fără îndoială prin salivă. Une ori s'a observat că cu toate că condițiunile de contagiune sunt foarte favorabile, un bolnav fiind, tratat în aceeași oada cu alți sănătoși, totuși maladia nu s'a transmis. Dacă contagiunea nu este așa frequentă uneori aceasta se explică din cauza localizării contagiunei, căci bolnavul atins, când îl cuprinde ipersomnia nu mai este în stare să mai umble, să stea de vorbă, să tușească etc., etc., ca să poată împărtăși împrejurul său germenii maladiiei, prin picăturile de salivă încărcate cu acești germeni.

În această chestiune M. Leon Bernard și Jules Renault, zic că cazurile sunt totdeauna foarte isolate în orașe și la țară, așa că din această pricină mulți medici, refuză să admită ideea contagiunei.

Contagiunea directă s'a observat rar.

Exemplul celor trei frați bolnavi, relați de M. Pierre și Paul Lévy; nu lasă nici o urmă de îndoială, asupra contagiosității maladiiei. Autorii dau observațiuni în care se arată durata de timp după care apare contagiunea. Într-o casă un copil de 13 ani a făcut o encefalită de forma meningeală, caracterizată prin o cefalee pronunțată și reacțiunea limfocitară a liquidului cefalo-rachidian, copil care a murit. La un frate al său în etate de 7 ani maladia s'a manifestat prin paralizia gâtului, și vâului palatin, un al treilea frate a făcut o formă mioclonică. Al doilea caz s'a produs după 4 luni de la primul, al treilea după o lună de la cel al doilea. Aceasta dovedește și rezistența virusului și mai dovedește încă și caracterul său contagios și epidemic.

Între cazurile observate de M. Lotart-Iacob, se des-

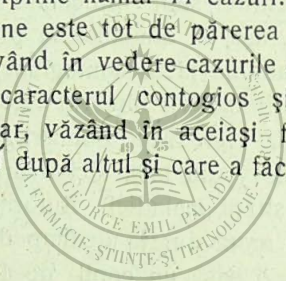
53-303

crie unul de formă frustă, ambulatorie și care a contaminat pe un infermier ce-l îngrija. Autorul sus citat spune că simptomatologia oculară în asemenea cazuri ocupă locul primordial, căci bolnavul cu formă frustă avea caracteristic somnolența, inegalitatea pupilară și sguduiuri nistagmiforme.

În desiminaria și contagiunea maladiei joacă mare rol purtătorii, sănătoși de virus și convalescenții.

Ca un fapt deosebit s'a observat descreșterea epidemiei cu cât se trece de la lunele de iarnă spre cele de primăvară. Într-o statistică s'a văzut în luna Ianuarie 70 cazuri, în Februarie 206 cazuri, în martie 144 cazuri, iar în Aprilie numai 44 cazuri.

M. Lapersonne este tot de părerea că maladia este contagioasă, având în vedere cazurile care le-a observat și 'n care caracterul contogios și epidemic a rezultat foarte clar, văzând în aceiași familie cazuri de encefalită, unul după altul și care a făcut multe victime.



O observație inedită asupra encefalitei letargice epidemice din Spitalul Huși

de : Doctorul D. CALCIU medicul spitalului și
Doctor S. DRAGOȘ medicul orașului.

După cum s'a văzut până acum, în descrierea diferitelor forme de encefalită letargică ; aspectele clinice ale maladiei se pot înmulți la infinit.

Prin fiecare oraș de sigur și pe la țară asemenea au existat și există forme variate de encefalită, care însă nefiind studiate de aproape și cu toată atențiunea, trec sub diferite diagnoze, asemănându-se cu boale cu care au puncte mai comune și aceasta în lipsă de orientare sigură în direcțiunea encefelitei, boală nouă pentru aceste regiuni și necunoscută încă bine de ori care *) Astăzi maladia este supusă încă la multe discuțiuni din cauza aspectului său variat. Cu cât se va discuta mai mult maladia și cu cât se va face mai multe observațiuni asupra ei cu atât ea va deveni mai cunoscută, mai la ordinea zilei și consecutiv mai posibil de a fi combătută.

Dăm mai la vale un caz examinat de noi în spitalul din Huși, examinare făcută după mijloacele de in-

*) Vezi Encefalita letargică de doctor Cămpianu medicul orașului Focșani revista «Spitalul» No. 6 din luna Iunie 1920.

vestigațiune ce s'au avut la îndemână, în așa împrejurări.

Acest caz nefiind tocmai tipic ca să intre cu totul în cadrul celor comune nu este însă nici atipic; apropiindu-se mai mult de forma ordinară a encefalitei.

Vom reda aici întreaga observațiune spre a ne putea mai bine lămurii asupra modului cum simptomatologia encefalitei chiar într'un caz clasic nu poate fi în totdeauna simplă.

Bolnavul se numește Popescu Ion de loc din comuna Podoleni județul Fălciu, sătian. Intră în spitalul comunal din Huși în ziua de 30 Martie 1920.

Bolnavul la intrare era într'o stare de mare agitație, neastâmpăr și având mișcări desordonate choreiforme. Are insomnie, însă răspunde bine și clar la întrebările care i se pun. Are cefalgie. Limba, îi este încărcată și uscată, se plânge că nu vede bine de o săptămână. La examenul ochilor se constată că pupilele sunt egale regulate, reacționând însă foarte lent la lumină, distinge bine obiectele. Ptosis al ploapei drepte superioare. Toate aceste fenomene s'au observat de la intrare până în ziua de 2 Aprilie 1920; iar în ziua de 3 Aprilie bolnavul se găsește mai liniștit. În ziua de 4 Aprilie este absolut liniștit atât numai că doarme toată ziua, sculându-se din când în când și numai la invitațiunile ce i se făceau. Se plânge continuu că nu vede și că are dureri în membrul superior drept și în urechia dreaptă. Limba îi este tot încărcată și uscată. În ziua de 5 dimineața s'a găsit dormind și i s'a pus termometrul în această stare, bolnavul dormind în șir.

Când i se dă să mănânce se scoală și mănâncă și

în urmă adoarme iar. Se scoală singur pentru a-și face necesitățile.

Nu se obsearvă redoaria cefei, nici semnul lui Kernig. Pupilele reacționează pentru distanță alt-fel sunt leneșe. Figura este mereu de somnolent. Reflexul patelar drept abolit. Pe frunte pe regiunea dintre sprincene presintă trei cute în sens vertical.

În această zi de la ora 12 din zi și până la ora 5 seara când i s'a luat temperatura, bolnavul a fost tot timpul liniștit și în o continuă somnolență. În noaptea dintre 5—6 Aprilie, bolnavul a fost tot în somnolență. Dimineața în ziua de 6 Aprilie, se găsește că bolnavul nu mai are acea somnolență invincibilă ca mai înainte, el se simte mai bine.

La 7 Aprilie pacientul se găsește iarăși somnolent ca mai înainte. În ziua de 8 el se găsește iarăși mai bine, pulsul 80 pe minut. Pleoapele se deschid mai mult, fanta interpalpebrală este mai largă. Ptosisul în-cepe a dispăre. Limba este tot încărcată, mai are dureri mici în urechia dreaptă.

În această stare merge până în ziua de 11 Aprilie când se observă că cutele de pe frunte au dispărut. Reacțiunea pupilară la lumină este tot leneșă. Globul ochilor este mobil. Să constate neregularitate în puls care atinge 96 pulsațiuni pe minut.

În ziua de 12 starea sa este ameliorată, sensoriu mai deștept, limba mai curată.

În ziua de 13 toate fenomenele retrocedează așa că în ziua de 25 Aprilie bolnavul iese sănătos din spital, dar puțin apatic.

Am publicat această observațiune ca un tip aproape

clasic de encefalită cu triadă simptomatică : Febră, turburări, oculare, somnolență.

Febra din ceia ce la intrare a fost 36° , s'a urcat în timpul boalei la 38° , a ajuns la 39° , menținându-se astfel 4 zile, după care a scăzut regulat, așa că la 23 Aprilie, temperatura a fost de 36° dimineața și 37° seara.

Ceia ce a deosebit puțin observația noastră, de la forma curat ordinară a fost choreia și agitația de la început, algia la mijlocul maladiiei, precum și insomnia dela început care însă a fost repede înlocuită cu ipersomnia. Liquidul cefalo rachidian, normal.



TRATAMENTUL

În tratamentul encefalitei letargică, s'a întrebuințat metodele mai vechi și cele mai noi.

Toți autorii sunt unanimi în a recunoaște că capitolul terapiei este cel mai sărac din istoria encefalitei.

Fiecare metodă de tratament și fiecare medicament a avut în parte câte un succes uneori, în mâinile unora din autori pe câtă vreme același medicament și aceeași metodă de tratament la alți n'au dat rezultate.

De aceea dr. Henri Bouquet a avut dreptate să zică în descripțiunea ce o face cu privire la tratamentul encefalitei, că este rezervat în această direcțiune, pentru că faptele aduse înaintea societăților medicale și discuțiunile urmate până acum pe această materie, dovedesc că studiul acestei maladii se poate să ne aducă în curând noi surprize și noi învățături, care vor modifica poate și capitolul terapiei ca și pe celelalte.

Începând cu metodele de vaccin antistafilococic, de serum antitetanic, de serum antipestos, preconizate de unii, M. Netter, se exprimă despre ele zicând că n'are a da nici aprobarea nici desaprobară.

Injectiunile de serum sau chiar de coloide, afară de acțiunea lor specifică, posed o eficacitate de ordin general, caracterizată prin reacțiunea la care dau loc în organism, mărind mijloacele lui de apărare. Totuși a-

ceastă teorie așa de seducătoare nu are rezultatele practice dorite zice M. Netter.

După acest autor medicațiunea rezonabilă în tratamentul encefalitei urmează să se facă în patru direcțiuni :

1) Prima direcțiune să se caute a se introduce în organismul bolnav, anticorpi specifici care să sugrume germeii filtranți, cărora până acum credem că se datorește encefalita.

2) În al doilea rând să se introducă medicamente antifseptice din acelea cari au proprietatea de a se fixa de predelecțiune pe sistemul nervos.

3) În al treilea rând să se faciliteze și să se grăbească eliminarea virusului din organism și în fine al

4) Să se realizeze ridicarea forțelor de apărare a organismului.

În această privință autorul sus citat nu ezită a emite părerea sa că injecțiunea cu ser de convalescent poate să aducă mai mult rău decât bine dat fiind cazul că encefalita este o maladie nu ca poliomiелita care când s'a vindecat, nu mai apare. Se cunosc în schimb însă cazuri destule de encefalita cu recidive, tocmai când bolnavul părea că este scăpat de maladie. Dacă în acel timp, se întrebuințează serul de convalescent, se poate introduce în organism în loc de un anticorp binefăcător un ser periculos care ar agrava maladia. În orice caz M. Netter este rezervat în acest tratament ca și în acel cu substanțe coloidale în care nu și pune toată încrederea. Această părere însă și aceste rezultate sunt într'o contradicție flagrantă cu foloasele obținute atât cu serul de convalescent cât și cu coloi-

dalele la noi în țară de către profesorul Marinescu și profesorul Nanu Muscel.

Profesorul Marinescu și S. Drăgănescu publică o observațiune în care se vede că bolnavul tratat cu ser de convalescent intrarachidian s'a vindecat și rezultatele au fost foarte mulțumitoare.

Din acea observațiune se vede că bolnavul, după prima injecțiune făcută a doua zi de la intrarea în spital a deschis ochii de câteva ori și a cerut să i se schimbe decubitul. La 7 Ianuarie după a doua injecțiune intrarachidiană cu 10 cm. c. de ser de convalescent, bolnavul începe a-și modifica singur atitudinea din ce în ce; până atunci nu putea face nici o mișcare, având și rigiditatea cefei.

Bolnavul începe de acum să vorbească execută unele mișcări mai minuțioase poate apuca o hârtie între degete, aceasta în ziua de 12 Ianuarie după a treia injecție. Din acest minut bolnavul merge mai bine din ce în ce până când în ziua de 17 Ianuarie deși în pat încă, dar este afebril, are mișcările corpului care sunt puțin încetenite, stă de vorbă, discută, dându-și bine seamă de ceia ce se petrece în jurul său.

Așa dar după cum spune profesorul Marinescu proba este evidentă a eficacității serului, chiar în cursul boalei.

Și acest tratament poate fi considerat cel mai recomandat în encefalită forma letargică, cum a fost cazul din observațiunea suscitată, — bolnav care a fost tratat cu ser de convalescent. Tot de aceeași părere este și profesorul Sabrasèz și M. Massias. M. Sicard întrebuințează cu succes ser de convalescent în injecțiuni subcutane și intrarachidiene, alternativ. În ceiace-

privește tratamentul cu electrargol în injecțiuni intravenoase, el a dat nu mai puține rezultate mulțumitoare în mâinile profesorilor Marinescu și Nanu Mușcel. Relativ la antisepticele cari au o afinitate deosebită pentru sistemul nervos, M. Netter pune în primul rând urotropina, despre care M. Crovve, a probat că după 25 minute dela ingestione, poate să găsească în liquidul cefalo-rachidian prezența formolului, fiindcă urotropina se descompune în organism, punând în libertate formaldehida.

Urotropina se eliminează foarte repede din organism și de aceea este de nevoie să se introducă doze repetate mai des.

Și asupra acestui medicament M. Netter sfătuiește să nu se introducă pe cale intravenoasă ci numai ingestionea pe cale bucală.

Dozele trebuie împărțite așa ca să se parvină a satura organismul.

În acest metod de tratament M. Mouriquand consiliază injecțiunile intravenoase cu urotropină pe care le consideră ca foarte eficace. M. Juvin a întrebuințat urotropina 1 gram pe zi intravenos și care a dat foarte bune rezultate. Pe cale bucală se recomandă până la 2 grame în 24 ore.

Constatându-se în cursul maladiei de encefalită la bolnavi, o insalivație abondentă, M. Netter a făcut o apropiere între encefalita poleomelita, turbare și oreillon. Se știe că în turbare saliva este virulentă s'au găsit și glandele salivare tumefiate. În oreillon s'a găsit tumefacția glandelor ca fenomen predominant. În fine în poliomiелita prezența virusului în secrețiunile bucale este foarte bine stabilită. De aci M. Netter de-

duce că această insalivație ce se observă este provocată prin prezența virusului în glandele salivare care se elimină pe această cale din organism. În această materie M. Netter mai departe se întreabă dacă acest fenomen nu ar fi datorit ganglionilor nervoși din glande, căci s'a constatat că virusul turbării și a poliemielitei nu și mărginește acțiunea numai asupra ganglionilor măduvei, ci se găsesc alterațiuni constante și în celulele ganglionilor intervertebrali și deci aceasta s'ar putea generaliza și pentru alți ganglioni nervoși cum ar fi de exemplu acei din glandele salivare.

M. Manonelian este acel ce a studiat glandele salivare și care printr-o tehnică apropiată a pus în evidență o cantitate nenumărată de celule nervoase, arătând că în turbare, aceste celule conțin corpuscule: Negri *).

Astfel se explică atingerea glandelor salivare în acest grup de maladii, care toate au o mare predelecțiune pentru centrii nervoși.

În acest scop s'au căutat să se întrebuințeze substanțele producătoare de insalivație, prin care mijloc s'ar grăbi eliminarea virusului și între aceștia sialogogul cel mai de seamă este: jaborandi și alcaloidul sau pilocarpina.

Acest tratament trebuie însă făcut cu o oarecare prudență după M. Netter și dr. Henri Bouquet. Întrebuințarea de doze mici de infuzie de jaborandi, repetate și la trebuință augmentate progresiv ar realiza o terapeutică rațională și eficace.

*) Protozoarul pe cari negrii l' socotea ca agent în turbare și care astăzi nu mai este tot așa considerat.

Rămâne acum metoda de a reîntări organismul în lupta sa de apărare. La acest scop se ajunge în chip foarte util prin formațiunea abceselor de fixațiune cu esență de terebentină. Acest tratament preconizat și inventat de M. Fochier de Lyon și experimentat în 1891 este în onoarea încă și astăzi în regiunile Lyonului și Bordeaux.

Ideia abceselor de fixațiune a plecat dela considerațiunea că o infecțiune localizată este cu mult mai puțin periculoasă decât una difusă.

Cu toate acestea autorul suscitât spune că din nenorocire pentru o așa metodă de tratament nu s'au putut găsi microbi în abcesul format (M. Netter) și nu s'a putut pune în evidență nici fagocitoza și totuși rezultatele practice sunt încurajătoare, — mulți bolnavi tratați ast-fel și-au găsit vindecarea.

Un studiu microscopic al sângelui întreprins de M. Fochier și M. Mözer a pus în evidență în urma abceselor de fixație, numeroase mielocite, cari mărturisesc o activitate specială a măduvei osoase, unde se elaborează materialul de apărare. Autorul acesta arată că prin această metodă a avut succese în gripă și în encefalită.

În contra mișcărilor involuntare din encefalită d. dr. Radovici și I. Niculescu din București, au publicat un studiu în revista «Spitalul» No. 11 din Noembrie 1920, unde relatează efectele inhibitoare, bune și demonstrate ale atropinei în injecțiuni subcutane în dosă de 001—002 centigrame, atribuind atropinei o influență sedativă asupra centrilor tonici din nevrax și în special asupra mezocefalului care este atins în encefalită și este sediul principal al leziunilor.

Prognosticul. — Asupra prognozei, sunt puține de spus, unde se cuvine rezervă multă. Prognosticul depinde de starea bulbură. Având în vedere că cazurile studiate la spitale sunt din cele grave și fiindcă cu siguranță forme ușoare și nediagnosticate au fost și sunt multe, nu se poate face un prognostic global, până când maladia nu va fi bine individualizată și ca să nu rămână nici un caz necunoscut.

Dr. DRAGOȘ





4942-1846/57



Lei 20.—