

TRATAMENTUL MENINGITEI SEROASE POSTTRAUMATICE PRIN ORIFICIU DE TREPANAȚIE

György Roth, Ferenc Simo

În ultimul timp am avut ocazia să tratăm prin orificiu de trepanație trei cazuri aparținând grupei „sindromului de hipertensiune lichidiană posttraumatică”.

„Sindromul de hipertensiune lichidiană posttraumatică” (folosim această expresie după *J. Le Beau* și *M. Feld*) este o complicație a unor traumatisme cerebrale, încadrându-se în rindul tulburărilor posttraumatice ale circulației lichidului cefalo-rahidian. De fapt este vorba de o acumulare a lichidului cefalo-rahidian în spațiul subarahnoidian sau subdural. Lichidul ajunge în spațiul subdural prin leziunile macroscopice sau microscopice ale arahnoidiei. Unii autori (de ex. *Puech*, *Goinard*) denumesc această afecțiune meningită seroasă, alții „higrom cronic subdural” (*Dandy*); unii autori francezi vorbesc despre „hydropisie leptomeningée” și nu odată întâlnim denumirea de „arahnoidită posttraumatică”. Denumirea cea mai frecventă este aceea de meningită seroasă posttraumatică”. În funcție de timpul ce a trecut de la data producerii traumatismului până la apariția sindromului se poate vorbi despre meningită seroasă precoce și tardivă, iar dacă se ține seama de întinderea bolii se poate vorbi despre meningită seroasă difuză (dacă se extinde pe toată convexitatea) și de meningită seroasă circumscriasă (de ex. în regiunea silviană).

După părerea noastră denumirea de „meningită seroasă posttraumatică” e cea mai indicată, deoarece: 1. prin aceasta se pot exclude alte colecții subarahnoidiene de lichid (netraumatice); 2. se subînțelege că această colecție de lichid poate să se situeze subarahnoidian, subdural sau în ambele spații; 3. această denumire nu este atât de cuprinzătoare ca „sindromul de hipertensiune lichidiană posttraumatică”, indicând totuși existența unei hipertensiuni lichi-

diene și în sfârșit 4. recunoaște contribuția unor elemente cu caracter inflamator.

Patogenia procesului este deocamdată necunoscută. *Le Beau* și *M. Fela* consideră că hemoragia posttraumatică ar fi urmată de o macrofagie din care ar rezulta manifestări transudative, iar, ca efect îndepărtat ar putea să apară pe căi reflexe hipersecreția plexului coroidean și globulele roșii ar obtura granațiile lui *Pacchioni*. Prin urmare în patogenia procesului ar figura trei factori: Factorul local iritativ, hipersecreția lichidului cefalo-rahidian și tulburarea resorbției lichidului. *Marcovici* crede că meningita seroasă se datorește fie tulburărilor vasculo-meningeale, fie trecerii lichidului dintr-un creier edematat în spațiile intermeningeale.

Sindromul se manifestă prin diferite grade ale hipertensiunii intracraniene, prin stări de agitație, delir, tulburări de vedere, semne de iritație sau de deficit cortical, fapt constatat și în cazurile noastre. Simptomele arată un caracter progresiv și nu se ameliorează prin tratament medicamentos.

Ele pot să dispară prin abordarea durei printr-un orificiu de trepanație, prin deschiderea durei și prin drenajul colecției lichidului cefalo-rahidian.

I. N. J. muncitor, în vîrstă de 34 de ani, este internat în clinica noastră la data de 19 VII. 1957, fiind lovit la cap, înainte cu două zile, cu o sticlă de sifon în regiunea occipitală, și parietală stîngă. În urma loviturilor bolnavul nu și-a pierdut cunoștința. A doua zi au apărut dureri de cap, grețuri și vărsături. A treia zi, cefaleea s-a intensificat, grețurile și vărsăturile au dispărut.

La examenul clinic bolnavul acuză o cefalee foarte puternică și se constată o plagă cutanată în regiunea occipitală și parietală stîngă. Nu sînt semne de iritație meningeană și în general nu se înregistrează semne patologice neurologice și psihice. Examenul fundului de ochi: marginile papilei sînt șterse, edem papilar (la ochiul drept de 1—1.5 D., la ochiul stîng de 0.5 D.). Radiografia craniului prezintă o linie de fractură în regiunea parieto-occipitală stîngă. (Impresie osoasă nu s-a văzut). Bolnavului i se administrează antibiotice, calmante și alcool-glucozat (Arutiuncan). Printr-o puncție suboccipitală — efectuată cu mare precauție — obținem un lichid ușor xantocrom. Exe cutăm oricui de trepanație exploratoare în regiunea temporală stîngă unde găsim aspecte normale (creierul pulsează normal, nu există colecție de lichid etc.). De partea dreapta găsim o mare cantitate de lichid cefalo-rahidian de culoare normală, care la început se revărsa în jet, apoi se evacuează timp de cîteva minute, continuu și abundent. Închizînd plaga, evacuarea lichidului persistă, dar în cantități mai mici.

După intervenție cefalea dispare și bolnavul părăsește clinica în ziua de 16 VIII. 1957 fără nici o acuză. La examenul de control al fundului de ochi se constată următoarele: marginile temporale ale papilelor sînt normale, nazal și frontal ușor șterse, observîndu-se încă urmele edemului peripapilar. Edemul abia se poate măsura (1/2D).

2. C. M. funcționar în vîrstă de 34 de ani, se internează în clinică, în ziua de 9 IX. 1957. Cu o zi în urmă a căzut dintr-un vagon de tren forestier, pierzîndu-și cunoștința timp de 15 minute. După ce își revine are dureri mari de cap. La examen se constată un hematom palpebral stîng cu hemoragie sclerală. Ușoară redoare a cefei. La percuția craniului durere difuză. Din partea sistemului nervos nu se constată alte semne patologice. La examenul fundului de ochi se constată că marginile papilelor sînt șterse hiperemice, deci semne ale unei staze incipiente. Pe radiografia craniului se văd mai multe linii de fractură în partea stîngă a craniului, mai ales pe vertex, fără impresie osoasă.

În urma tratamentului antibiotic, sedativ și cu soluție de alcool-glucozat bolnavul nu mai prezintă acuze. În cursul observației clinice se remarcă însă că edemul papilar evoluează devenînd tot mai pronunțat. În ziua de 22 IX. se constată următoarele: marginile papilei drepte șterse, hemoragie papilară, edem peripapilar și papilar de 2 D. Marginea nazală a papilei stîngi e ștersă, prezentînd un edem de 1—2 D.

Suspectînd o complicație intracraniană posttraumatică executăm o trepanație exploratoare temporală bilaterală. După deschiderea durei mater, obținem de partea stîngă

o cantitate de lichid cefalo-rahidian — aprox. 50 ml — de culoare normală. În partea dreaptă găsim raporturi normale.

După zece zile — când bolnavul părăsește secția, tulburările subiective încetează și edemul papilar dispare.

3. Bolnava V. J. în vîrstă de 24 de ani, se internează în serviciul nostru în ziua de 30. V. 1958. În urmă cu șase luni i-a căzut pe cap o ușă. Nu și-a pierdut cunoștința, însă timp de câteva zile a avut cefalee și un hematom palpebral. Cu două săptămîni înainte de internare reapare cefaleea care mai întîi e periodică, iar mai tîrziu devine permanentă. La internare nu se constată semne patologice din partea sistemului nervos. Fundul de ochi este normal. Peste câteva zile în partea dreaptă se schițează un reflex Babinski. Pe encefalogramme se constată că ventriculul lateral drept este turtit (Fig. Nr. 1). În ziua de 14. VI. 1958 se execută o trepanație exploratoare, în regiunea parietală dreaptă. După deschiderea durei obținem o mare cantitate de lichid cefalo-rahidian cu aspect normal. Se execută totodată și o insulfație în ventricul și pe ventriculogramă putem observa nu numai umplerea sistemului ventricular, ci și umplerea spațiului subarahnoidian, ocupat pînă atunci de colecția de lichid (Fig. 2).

După intervenție cefaleea dispare și bolnava părăsește clinica vindecată (23. VI. 1958).



Considerăm că aceste trei cazuri pot prezenta interes din două puncte de vedere. În primul rînd pentru tabloul clinic oligosimptomatic (într-un caz cefalee și stază papilară, în al doilea numai stază papilară, iar în al treilea cefalee), avînd însă un caracter progresiv, care trebuie să rețină atenția asupra posibilității acestei complicații posttraumatice.

În al doilea rînd cazurile noastre interesează prin faptul că vindecarea completă s-a obținut în urma unei intervenții mici. Așadar o intervenție timpurie poate scuti bolnavul de instalarea unor simptome mai grave, eventual ireversibile.

Sosit la redacție: 23 octombrie 1958.

Bibliografie

1. M. S. ARUTIUNEAN: Tratatamentul traumatiselor cerebrale cu injecții de alcool-glucozat. Neuropatologii și psihiatri 1949. Nr. 3; 2. J. LE BEAU, M. FELD: Traumatismes cranio-cérébraux. Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Tome Neurochirurgie (1954) Ed. A. Laffont et F. Durieux; 3. DANDY W.: Hirschirurgie (1938) Verlag I. A. Barth-Leipzig; 4. P. GOINARD, P. DACUNS: Les traumatismes de la tete (1948) Ed. Masson; 5. N. MARCOVICI: Boala traumatică a creierului, Probleme de Neurologie Ed. Med. (1956); 6. P. PUFCH: Traumatismes cranio-cérébraux. Neurochirurgie: T. I. Traité de pratique chirurgicale. Ed. Masson (1946).

ЛЕЧЕНИЕ СЕРОЗНОГО МЕНИНГИТА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЧЕРЕПА ПУТЕМ ОРИЕНТИРУЮЩЕГО СВЕРЛИЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ

Рот Дьёрдь, Шямо Ференц

Авторы знакомят с тремя малоимптомными случаями посттравматического серозного менингита и его лечением путем сверлильного отверстия.

Накапливающийся ликвор выпустили через сверлильное отверстие и во всех случаях наступило выздоровление.

TRAITEMENT DES MÉNINGITES SÉREUSES CONSÉCUTIVES AUX TRAUMATISMES CRANIENS PAR ORIFICE DE TRÉPANATION

G. Rotb, F. Simó

On relate trois cas de méningites séreuses oligosymptomatiques consécutives aux traumatismes craniens, dans le quelles les auteurs ont appliqué l'orifice de trépanation. Grâce à l'évacuation de la collection du liquide c. r. par l'orifice, on a obtenu une guérison complète.



Fig. Nr. 1.



Fig. Nr. 2.