

CONTRIBUȚII LA PATOLOGIA ECHINOCOZOEI CEREBRALE

Pál Waitsuk, Tibor Andrásófszky, Endre Méra

Numărul cazurilor de echinocoză cerebrală relatate în literatură este după *Henneberg* de 150 (în 1936), iar după *H. Roger* de 300 (în 1944).

În țara noastră, *C. Arseni*, *D. Samitca* și *M. I. Botez* s-au ocupat amplu în lucrarea lor „Elemente de diagnostic neurochirurgical” (1958) de aspectele clinice și de diagnosticul diferențial al echinocoziei cerebrale. În capitolul X din tratatul „Morfopatologia sistemului nervos” (1957), redactat de *I. T. Niculescu*, *E. C. Crăciun* studiază histopatologia acestei probleme, diferitele posibilități de localizare a parazitului și frecvența acestuia.

În 1944 unul dintre noi a comunicat 3 cazuri de echinocoză cerebrală în materialul clinicii din Cluj.

Așa cum rezultă și din datele existente în literatură, intervenția chirurgicală se execută, în majoritatea absolută a cazurilor, din cauza suspectării unui proces intracranian compresiv, fără un diagnostic etiologic prealabil. În ceea ce privește simptomatologia, putem nota că nu există simptome nervoase caracteristice echinocoziei. Cu toate că parazitul crește foarte lent, totuși sindromul creșterii de presiune în cavitatea craniană se dezvoltă repede, dacă parazitul se localizează în calea circulației lichidiene, în sistemul ventricular sau în apeductul Sylvian.

Localizarea. De cele mai multe ori, echinococul se instalează în emisferile cerebrale. *Schroeder* și *Ferey* au relevat doar 7 cazuri cu localizare în fosa craniană posterioară. *Becker* a comunicat un caz de chist localizat în apeduct. *Rosch* a găsit în total 12 cazuri de chist echinococic localizat în ventricolul III și IV. În cazul relatat de *Rubino* (1939), chistul s-a localizat în ventricolul IV, manifestându-se simpatologic aproape exclusiv prin hidrocefalie internă. La autopsie, s-a pus în evidență nu numai o hidrocefalie pronunțată a sistemului ventricular anterior, ci și un apeduct foarte dilatat și o arahnită optochiasmatică. Autorul a atribuit leziunile arahnoidiene, pe de o parte toxinei produse de parazit, iar pe de alta hidrocefaliei interne consecutive.

În fosa craniană posterioară localizarea cerebeloasă a echinococului este extrem de rară, în toată literatura fiind relatate numai 8 cazuri.

Recent (1953) *Alperovio* a comunicat cazul unui bărbat în vîrstă de 23 de ani. Înainte cu câteva săptămîni de a fi examinat, bolnavul a început să aibă cefalee, vîjiituri în urechi și accese de epilepsie. La examen s-a constatat o pareză facială de tip periferic și simptomul lui *Romberg* pozitiv. După o cefalee violentă,

bolnavul și-a pierdut cunoștința și apoi a sucombat. La autopsie, s-a descoperit un chist echinococic de mărimea unui ou de găină, localizat în vermis, cauzând încercare.

Nahmacher a comunicat un caz de echinocoză localizată în lobul temporal drept și în nucleul lenticular drept. *Bailey* a explicat localizarea intraventriculară prin faptul că chistul, la început intracerebral, a pătruns în sistemul ventricular.

Cea mai rară localizare se produce în lobul occipital (*Reger, Arnaud, Poursines*). De asemenea echinococul se localizează numai rareori în mezencefal (*Le-manski*) și regiunea supraselară (*Vincent și Guillaumat*). În literatura consultată de noi nu am întâlnit nici un caz localizat în bulb sau protuberanță. În mod cu totul excepțional, parazitul poate să se dezvolte și în dura mater (*Loessi și Zoltán*), sau în diploe (*Goinard și Descuns*).

De cele mai multe ori se localizează în centrul semioval, dar poate să cuprindă volumul unei întregi emisfere cerebrale (*Bertrand și Medakovitch*). Cazuri de echinocoză cerebrală cu localizare multiplă au fost descrise de *Melnikov—Ruzcedenkov, Sabolotov, Elenenski, Bacaloglu, Bălan, Ballif și Vasilescu*.

Pină în anul 1959, în materialul nostru clinic am observat încă 6 cazuri de echinocoză, imitând un proces intracranian compresiv de natură tumorală. Iată descrierea acestor cazuri:

Obs. 1. L. L., femeie de 29 ani. înainte cu 8 luni de internare a început să-i amorțească brațul drept. Mai târziu, a simțit că-i amorțește și partea stângă a gâtului și obrazul stâng. După cinci săptămâni a avut accese de tip Jackson în membrul superior stâng, repetindu-se la început săptăminal, apoi zilnic, în timpul acestor accese avea cefalee și era somnolentă.

Atunci s-au instalat semne de slăbiciune în membrul superior stâng. La internare au apărut grețuri, tulburări de vedere și semne de slăbiciune în piciorul stâng.

La examenul neurologic constatăm o hemipareză stângă. Examenul fundului de ochi e negativ. Pe ventriculograme, sistemul ventricular se localizează pe linia mediană. În treimea mijlocie a regiunii centro-parietale, se desprinde conturul unei formații ovoide de mărimea unui măr verde. Intervenind, îndepărtăm din substanța albă a treimii mijlocii a regiunii centro-parietale drepte, 12 chisturi echinococice. După operație, hemipareză stângă a regresat și accesele jacksoniene stângi nu s-au mai repetat.

Obs. 2. S. D., băiat de 14 ani. Cu un an înainte de internare, a avut contracții convulsive în obrazul stâng și brațul stâng, precum și dureri de cap, grețuri și nesiguranța în mers. La examenul neurologic se constată o exoftalmie bilaterală, anisocorie (pupila dreaptă mai îngustă decît cea stîngă), nistagm spontan vertical bilateral, reflex corneean stîng atenuat și paraliză facială stîngă de tip central. Examenul fundului de ochi este negativ. Executăm encefalografie lombară. Pe clișeu antero-posterior se observă dislocarea sistemului ventricular de la dreapta la stînga, strîmțarea porțiunii medii a ventriculului lateral precum și conturul unui chist ovoid cu pereții calcificați, de mărimea unui măr verde. (Fig. Nr. 1). Pe clișeu lateral drept, în mijlocul regiunii centro-parietale, se vede de asemenea conturul aceleiași formații regulate calcificate (Fig. Nr. 2). După internare, pareza facială stîngă de tip central s-a accentuat, iar în membrul superior stîng s-a instalat o paraliză. La operație extirpăm din substanța albă a regiunii premotoare drepte 2 chisturi echinococice, dintre care unul mai mare, cu pereți calcificați, și altul de dimensiuni mai mici. Bolnavul a părăsit clinica cu simptome de hemipareză latentă stîngă.

Obs. 3. P. N., băiat de 15 ani. A fost internat în clinica noastră de 3 ori. Înainte cu cîteva zile de prima internare s-au instalat cefalee, grețuri, vărsături și tulburări de vedere.

La examenul neurologic se constată o paraliză a membrului inferior. La examenul fundului de ochi, se măsoară o stază papilară bilaterală de 2 D. Pe ventriculograme se observă o dislocare discretă a ventriculului drept de la stînga la dreapta, iar umbra ventriculului III e ușor înclinată. Pe clișeu antero-posterior ventriculul drept nu se evidențiază. Pe lîngă dislocarea sistemului ventricular apare o formație cu marginile regulate, de mărimea unui pumn de copil. (Fig. nr. 3). De asemenea și pe clișeu late-

ral-drept se observă bine umbra unui chist de mărimea unui pumn de copil. În cursul intervenției se îndepărtează din lobul occipital stîng 2 chisturi echinococice mai mari și 3 mai mici. Timp de 1 an, bolnavul a fost asimptomatic. Înainte cu 5 luni de a doua internare, a reapărut cefaleea însoțită de tulburări de vedere, amețeli și grețuri ușoare. Mai tirziu, membrele stîngi au prezentat semne de slăbiciune. La examenul neurologic se constată, de partea stîngă, nistagm spontan orizontal de mare amplitudine, nistagm spontan vertical bilateral, pareză facială dreaptă și hemipareză dreaptă, afazie motorie și ușor senzorială, la ochiul stîng o stază papilară de 1 D. iar cel drept de 2 D, hemianopsie omonimă dreaptă.

La a doua intervenție s-au extirpat din lobul occipital și din ventriculul stîng zece chisturi echinococice de mărimi variind de la aceea a unui pumn de copil pînă la a unei boabe de mazăre.

Timp de două luni bolnavul a fost asimptomatic. Înainte cu două săptămîni de cea de-a treia internare, a simțit că membrul superior stîng îi slăbește a prezentat de asemenea cefalee, și vedere dublă. La examenul neurologic se constată din partea membrului superior stîng și a membrilor drepte, simptome de leziuni piramidale, hemianopsie omonimă dreaptă și un fund de ochi normal de ambele părți. Pe ventriculograme se observă o ușoară apăsare a porțiunii medii a ventriculului lateral fără dislocare laterală. (Fig. Nr. 5). La cea de a treia intervenție se extirpă din treimea mijlocie a regiunii centrale stîngi, un chist echinococic. Bolnavul părăsește clinica ameliorat.

Obs. 4. F. M., fetiță de 10 ani. Înainte cu 3½ luni de internare a devenit febrilă. Cu 10 zile mai tirziu a avut cefalee și tulburări de vedere accentuate. Înainte cu o săptămîină de internare s-au instalat grețuri, vărsături și membrele drepte au început să-i amorțească. Examenul neurologic: se aude zgomot de oală spartă, la dreapta nistagm spontan orizontal, pareză facială de tip central. Pe ambele părți fundul de ochi normal. Pe clișeu cranian din poziție laterală se observă, pe lîngă o șea de compresiune, impresii digitale. În cursul examenului ventriculografic pe clișeu anterio-posterior se observă dislocarea sistemului ventricular de la stînga la dreapta precum și compresiunea accentuată a ventriculului stîng. Ventriculul drept lipsește pînă la trigon, regiunea trigonului și cornul temporal sînt dilatate (Fig. Nr. 6 și 7). Ventriculogramele indică existența unui proces intracranian compresiv tumoral al regiunii fronto-parietale, avînd o mare extindere.

La operație se îndepărtează din substanța albă a regiunii fronto-parietale un chist echinococic de mărimea aproape de unui pumn de bărbat. După operație sindromul creșterii de presiune în cavitatea craniană dispare și bolnavul părăsește clinica în stare ameliorată.

Obs. 5. M. C., bărbat de 32 de ani. Înainte de internare cu o lună simte dureri de cap și tulburări de echilibru. În timpul mersului se clatină. Durerilor de cap li se asociază mai tirziu grețuri și apoi vărsături frecvente.

Examenul neurologic arată: nistagm spontan orizontal de ambele părți, reflexe osteotendinoase de partea stîngă mai accentuate, reflexul Trömmier și Hoffmann pozitiv de ambele părți, reflexe abdominale stîngi atenuate și rapid epuizabile, de partea stîngă ataxie foarte pronunțată în extremități, ataxie accentuată a corpului, adiacochineză stîngă. Examenul fundului de ochi e negativ. La examenul ventriculografic, pe clișeu lateral anterio-posterior, se observă un sistem ventricular mai dilatat ca cel normal, dar localizat pe linia mediană. După o ameliorare pasajeră. Simptomele cerebeloase s-au intensificat. Suspectînd un proces intracranian compresiv tumoral al fosei craniene posterioare, executăm intervenția prin deschiderea acestei fose. La operație s-a extirpat din hemisferul cerebelos stîng un chist echinococic.

Obs. 6. K. E., fată de 18 ani. A fost internată în clinica noastră de două ori. Înainte cu 8 ani de prima internare a simțit cefalee, grețuri și a avut vărsături. După o lungă perioadă asimptomatică, cu 3 săptămîni înainte de internare, suferințele au apărut din nou, a simțit nesiguranță în mers, iar piciorul stîng i-a slăbit.

Examenul neurologic arată: pareză facială de tip central, hemipareză stîngă. Pe fundul de ochi, la limita ambelor pupile o stază de 1—2 D. Ventriculografia pune în evidență o dislocare accentuată a ventriculului lateral de la dreapta la stînga. Ventriculul lateral drept nu se umple, în schimb în profunzimea lobului parietal se desenează, atît



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.





Fig. nr. 5.



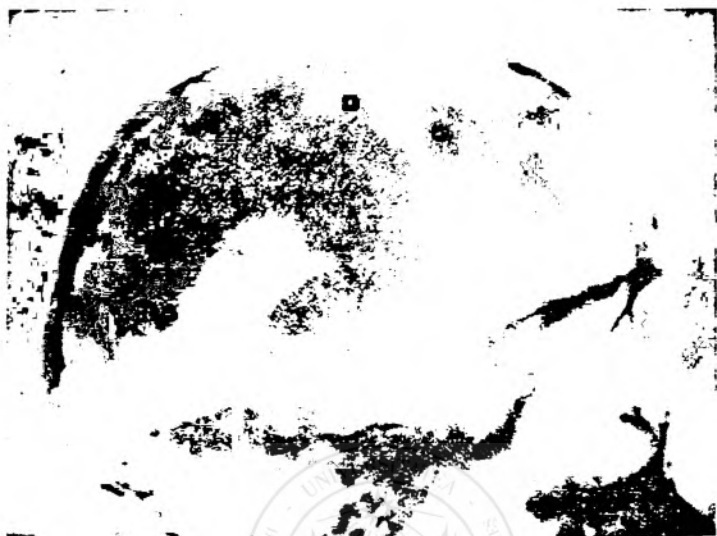


Fig. nr. 7.

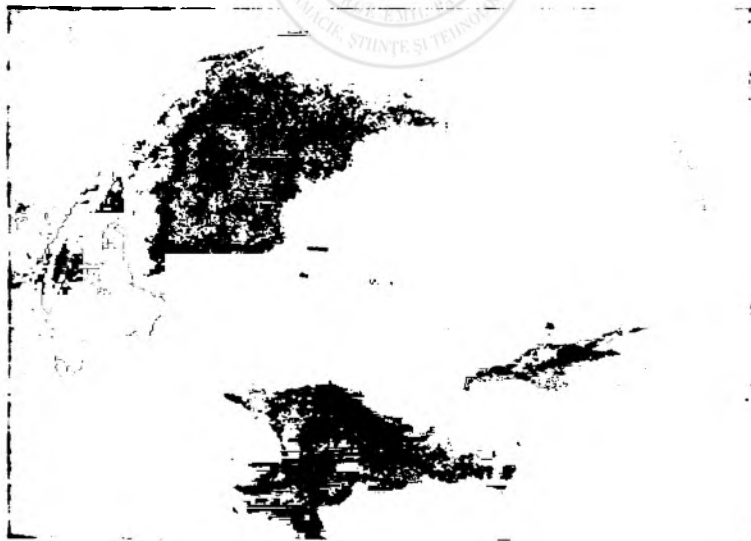


Fig. nr. 8.

pe clișeul antero-posterior cit și pe cel lateral o cavitate chistică cu mai multe compartimente. (Fig. Nr. 8). La operație se înlătură un chist echinococic localizat în hemisferul cerebral drept și în ventriculul lateral drept. După intervenție, am observat un reflex de apucare bilateral și un psihic de tip frontal. Sindromul frontal a regresat mai târziu, persistând doar hemipareza stângă.

Înainte de cea de a doua internare, s-a instalat un sindrom depresiv. Mai târziu, simptomele depresive au cedat locul vioiciunii, volubilității, logoreei și unei dispoziții foarte bune.

Examenul neurologic arată: hemianopsie omonimă stângă, pareză facială de tip central, hemipareză stângă, hiperestezie în partea stângă a corpului, hiperalgezie și tulburări ale sensibilității profunde. Examenul fundului de ochi e negativ. Pe ventriculogram se observă o hidrocefalie internă accentuată și simetrică. Sistemul ventricular se plasează pe linia mediană;eductul sylvian și ventriculul IV nu se umple. Nu am intervenit chirurgical.

Suspectînd un proces intracranian compresiv de natură tumorală, în primul caz am extirpat din substanța albă a treimii mijlocii a regiunii centro-parietale drepte, 12 chisturi echinococice, iar în al doilea caz am înlăturat din substanța albă a regiunii premotoare drepte un chist mai mare cu pereți calcificați și unul mai mic.

În al treilea caz, la prima intervenție am extirpat din lobul occipital stîng două chisturi echinococice mai mari și trei mai mici, la a doua operație am înlăturat din lobul occipital și ventriculul lateral stîng 10 chisturi, variînd ca mărime de la un pumn de copil pînă la un bob de mazăre, iar la a treia intervenție am extirpat, din treimea mijlocie a regiunii centrale stîngi, un chist echinococic.

În cazul al patrulea am executat operația tot din cauza suspectării unui proces intracranian compresiv tumoral, extirpînd din substanța albă a regiunii fronto-parietale stîngi un chist de mărimea unui pumn de bărbat.

În al cincilea caz am îndepărtat un chist cu localizare rară în emisferul cerebelos stîng, iar în al șaselea unul localizat în emisferul cerebral drept și în ventriculul lateral drept.

În cazul al treilea am considerat demnă de a fi luată în considerare localizarea occipitală extrem de rară (*Roger, Arnaud, Poursines*), iar în cazul al doilea incidența chistului echinococic cu pereți calcificați (în cazul publicat de *Krebs* și colab. chistul a prezentat un aspect radiologic complet osificat).

Chistul poate avea o mărime maximă variînd de la aceea a oului de găină pînă la a portocalei. În cazul relatat de *Rabot, Chisholm* și *Hendington* parazitul a conținut 500 g de lichid. În cazul al patrulea am găsit un chist neobișnuit de mare, avînd dimensiunile unui pumn de bărbat și tocmai aici rezidă interesul ce-l prezintă.

Larva echinococului pătrunde prin intermediul vaselor sanguine. Studiînd 33 de cazuri, unul dintre noi a ajuns la concluzia că larva echinococică — constituînd în ultimă instanță un tromb — pătrunde mai frecvent în trunchiul brahiocefalic care deservește emisfera cerebrală dreaptă, decît în carotida primitivă stîngă. Astfel de trombi, formați din larve echinococice, au observat în teritoriul vascular meningeal și cerebral *Bacaloglu, Bălan, Ballif* și *Vasilescu*.

Analizînd cazurile unuia dintre noi și cele recente ale noastre din punct de vedere al lateralizării, constatăm că chistul s-a localizat la dreapta de șase ori, iar la stînga de trei ori.

Și noi am executat de cele mai multe ori intervenția chirurgicală din cauza suspectării unui proces intracranian compresiv tumoral, fără un diagnostic calitativ, etiologia tabloului clinic tumoral fiind elucidată doar postoperator, adică în urma examenului histo-patologic.

Sosit la redacție: 19 aprilie 1960.

Bibliografia la autori.

ДАНИЕ ПО ПАТОФИЗИОЛОГИИ ЭХИНОКОККА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Вайчук П., Андрашофский Т., Мера Е.

Авторы докладывают о случаях эхинококка, расположенного в 5 случаях в головном мозгу, а в одном случае — мозжечке.

Имеет научный интерес второй случай с кистой эхинококка, которая имела склерозированную стенку и была расположена премоторная зона белого вещества; в третьем случае эхинококк был расположен в затылочной области, в четвертом случае пузырь достигал величины мужского кулака и наконец, в пятом случае была расположена в мозжечке, что является большой редкостью.

CONTRIBUTIONS À LA PATHOLOGIE DE L'ÉCHINOCOCCOSE CÉRÉBRALE

P. Waitsuk, T. Andrásowszky, E. Méra

Les auteurs présentent 5 cas d'échinococcose localisée dans le cerveau et 1 cas avec localisation cérébelleuse.

Les observations sont dignes d'être relevées puisque la deuxième a présenté un kyste échinococcique avec des parois calcinées, localisé dans la substance blanche de la région prémotrice droite, la troisième une localisation occipitale exceptionnellement rare, la quatrième un kyste ayant les dimensions d'un poigne d'adulte et la cinquième une localisation cérébelleuse très rarement signalée dans la littérature.