

LOCALIZAREA ABCESELOR CEREBRALE OTOGENE PRIN PUNCŢIE DIRECTĂ ASOCIATĂ CU ESTIMAŢIE VENTRICULARĂ

Á. Máthé, S. Komjátszegi

Independent de originea lor, o mare parte a abceselor cerebrale se comportă ca procesele intracraniene expansive şi dat fiind acest fapt, ele se aseamănă din punctul de vedere al diagnosticului, al determinării locului şi al rezolvării chirurgicale cu procesele intracraniene de origine tumorală. În ceea ce priveşte aspectele clinice, această concordanţă este uneori atât de considerabilă, încît numai în cursul intervenţiei chirurgicale se adevăreşte că originea procesului expansiv este un abces. Dacă totuşi am dori să formulăm unele deosebiri, ar trebui să menţionăm că în marea majoritate a abceselor hipertensiunea intracraniană debutează prin simptome mai grave şi mai acute decît cele obişnuite în general în patologia tumorală. În acest sens trebuie să amintim bradicardia foarte frecventă, starea psihică caracteristică, de obicei apatică a bolnavului, precum şi faptul că în prezenţa acestor simptome, în general aşa de grave, staza papilară lipseşte de cele mai multe ori. Toate acestea sînt consecinţa edemului pronunţat, care se asociază abceselor. Edemul domină propriu zis singur tabloul clinic, împingînd pe un plan cu totul secundar simptomele de focar, utilizabile la stabilirea localizării.

Din cele de mai sus rezultă, pe de o parte că deseori starea bolnavilor cu edem cerebral este foarte gravă (comă), iar pe de altă parte că în cazurile grave tocmai determinarea localizării întîmpină cele mai mari dificultăţi. Cauzele acestor dificultăţi sînt următoarele: 1. lipsa simptomelor de focar apreciabile în ceea ce

privește localizarea (lipsă datorată edemului cerebral); 2. faptul că procedeele de localizare obișnuite (ventriculografia și arteriografia) sînt însoțite de riscuri mari, din cauza stării vitale alterate. Ventriculografia poate să cauzeze prin angajare o agravare ireversibilă, definitivă, a stării bolnavului. Această constatare este valabilă într-o măsură mai mică și pentru arteriografie, care în plus prezintă și dezavantajul că nici nu pune în evidență, dar nici nu exclude prezența abcesului cerebelos.

În practica neurochirurgicală, ajungem deseori în fața unor asemenea situații. Avînd în fața noastră un bolnav în stare comatoasă, pe care îl primim de la alte servicii, trebuie să decidem asupra prezenței, localizării, originii și caracterului procesului intracranian expansiv. Situația noastră este relativ mai norocoasă, dacă în același timp găsim și o otită medie supurată, sau dacă în antecedentele personale figurează tratament oto-rinolaringologic sau o operație radicală făcută pe ureche. În astfel de cazuri este probabil că: 1. abcesul cerebral e prezent; 2. că abcesul cerebral se găsește de aceeași parte cu procesul otic și 3. că abcesul este sau temporal, sau cerebelos.

Cunoașterea acestor probleme ne-a determinat să utilizăm metoda practică pe care o prezentăm în cele ce urmează. Ceea ce trebuie să facem este: a) să determinăm localizarea abcesului; b) să efectuăm această determinare repede și într-un mod care să implice cît mai puține riscuri vitale; și să extirpăm imediat abcesul, dacă e posibil prin intervenție radicală.

Esența procedurii noastre constă în efectuarea unei puncții directe cu acul, adică în estimarea ventriculară. De partea unde are loc procesul otic efectuăm o trepanație temporală (o așa numită trepanație temporală posteroară), al cărei loc este punctul de intersecție dintre linia verticală trasă în prelungirea marginii posterioare a pavilionului și linia orizontală trasă la nivelul marginii superioare a pavilionului. Prin gaura de trepan puncționăm lobul temporal. În caz de abces, obținem puroi, și faptul acesta constituie în același timp localizarea abcesului. În continuare preparăm un volet temporal osteoplastic și procedem la extirparea radicală a abcesului. Cealaltă posibilitate este să pătrundem în ventriculul dilatat, din care se evacuează lichid cefalo-rahidian cu presiune mare. Faptul acesta pledează cu mare probabilitate pentru prezența unei hidrocefalii interne, cauzată de abcesul cerebelos. În astfel de cazuri suspecte executăm o incizie cutanată verticală și scurtă deasupra emisferei cerebeloase de partea unde are loc procesul patologic, facem o gaură de trepan și pătrundem cu acul în emisfera cerebeloasă. Prezența abcesului se confirmă prin apariția unui punctat purulent. În acest caz, prelungim incizia cutanată în ambele direcții după metoda lui *Jaeger*, executăm o craniectomie suboccipitală și procedem la înlăturarea abcesului.

Uncori, în ciuda celor mai îndreptățite suspiciuni, nu găsim abces, nici în lobul temporal și nici în emisfera cerebeloasă. În astfel de cazuri instituim un tratament hipotensiv energetic (administrînd în primul rînd uree i. v. care este mijlocul cel mai eficace). După ameliorarea stării generale a bolnavului se poate executa arteriografie sau pneumoventriculografie (aceasta din urmă putînd fi efectuată și prin trepanația temporală executată).

Procedul puncției directe cu acul este foarte simplu, se execută rapid și, potrivit experienței noastre, dă rezultate deosebit de bune. Bolnavii observați de noi cărora li s-a aplicat acest procedeu au prezentat o ameliorare vizibilă și surprinzătoare, în ciuda stării grave, precomatoase sau comatoase. Următoarele 4 observații, din materialul nostru, ilustrează în mod convingător eficacitatea și valoarea practică a acestei metode.

Obs. nr. 1. D. Gy. copil de 5 ani (Foaia de observație nr. 1283 1952) este internat în clinică prezentînd stare cașectică, comă profundă cu simptome de rigiditate prin decerebrare. Cu 4 săptămîni în urmă i s-a făcut o intervenție radicală din cauza unei otite medii supurative de partea dreaptă. Plaga nu este încă inclusă și supurează ușor. Bolna-

vul este într-o stare atât de alterată, încât efectuarea ventriculografiiei este cu desăvârșire exclusă. Prin puncția executată în lobul temporal al părții afectate pătrundem într-un ventricul dilatat, evident hidrocefalic. Imediat preparăm trepanația cerebeloasă prin care obținem puroi. Făcând o intervenție suboccipitală de partea dreaptă după metoda lui Jaeger, găsim un abces de mărimea unui măr mic, bine incapsulat, pe care îl extirpăm din emisfera cerebeloasă. Bolnavul își recapătă cunoștința încă pe masa de operație, rigiditatea prin decerebrare e suprimată și ameliorarea se produce rapid. Plaga s-a vindecat per primam, fără complicație. După 4 săptămîni, bolnavul părăsește clinica vindecat.

Obs. nr. 2. Te She Yun, fată în vîrstă de 14 ani, este internată la începutul lunii iulie 1956, în stare inconștientă în serviciul de oto-rino-laringologie al Spitalului regional din Nampho (Coreea). Coma profundă durează de 5 zile. În antecedente figurează otită stîngă cronică veche. Examenul oto-rino-laringologic arată o otită medie supurativă stîngă. Neurologic, bolnava prezintă comă profundă, midriază accentuată bilaterală, redoarea a celei, simptom Babinski bilateral. Efectuînd o puncție temporală dreaptă pătrundem în cavitatea unui abces. Preparăm un volet temporal osteoplastic și prin incizia executată în partea dorsală a circumvoluției temporale inferioare îndepărtăm un abces bine incapsulat de mărimea unui ou de gîscă. Bolnava prezintă reactivitate față de excitații încă la sfîrșitul operației și așezată în pat începe să înghiță, funcțiile vitale sînt bune. După un tratament îndelungat cu antibiotice, se produce o vindecare completă.

Obs. nr. 3. B. D. bărbat în vîrstă de 54 de ani (ioaia de observație nr. 496/1961) este internat în clinica noastră la data de 8. IX. 1961 fiind transportat de la Clinica O. R. L. Acolo, din cauza unei otite medii supurative cronice de partea dreaptă și a unei tromboze a sinusului sigmoidian i s-a executat o operație radicală și ligatura venei jugulare. După o ameliorare postoperatorie de scurtă durată, starea generală a bolnavului se înrăutățește brusc, prezentînd cefalee, amețeli, vomismente și somnolență. La internare, se constată simptome de excitație meningeală, hemipareză latentă de partea stîngă, somnolență și bradipsihie. Pe fundul de ochi se observă bilateral o stază papilară de 1.5 dioptrii. Preparăm o trepanație temporală dreaptă și prin puncție din lob se evacuează puroi. Executăm o incizie temporală dreaptă și din partea posterioară a lobului temporal extirpăm un abces de mărimea unei nuci verzi, avînd o capsulă subțire și friabilă. Postoperator aplicăm tratament antibiotic obișnuit. Starea generală a bolnavului se ameliorează considerabil; e afebril. Plaga operatorie nu se închide per primam, ci supurează și de aceea aplicăm un tratament local. După 4 săptămîni de la operație se instalează tabloul unei meningo-encefalite difuze, în prezența unei febrilități mari. Această afecțiune nu poate fi combătută printr-un tratament aplicat timp de 2 săptămîni. Starea generală a bolnavului se înrăutățește rapid și în a 6-a săptămîină după executarea intervenției chirurgicale este dus acasă în stare foarte gravă.

Obs. nr. 4. M. M. femeie în vîrstă de 34 de ani (ioaia de observație nr. 540/1961) este internată în clinica noastră la 3 octombrie 1961, fiind transportată de la Clinica O. R. L. Acolo a fost tratată aproximativ timp de o lună pentru un proces otic supurativ bilateral, și i s-a executat o operație radicală de partea dreaptă. Apoi din cauza ameliorării insuficiente s-a executat o intervenție pe sinusul subsigmoidian și ligatura venei jugulare de partea dreaptă. La examenul neurologic se constată amețeli, ataxie, și lateralizare spre dreapta. La internare bolnava prezintă o stare generală gravă, somnolență, redoarea celei, stază papilară bilaterală de 1 dioptrie și nistagmus. În primele 3—4 zile se observă o anumită ameliorare și în acest timp facem găurile de trepan occipitale, așteptînd un moment potrivit pentru ventriculografie, adică pentru executarea intervenției. În următoarele două zile însă starea bolnavei se înrăutățește rapid, instalîndu-se o stare soporoasă, apoi comatoasă, fapt care a impus de urgență executarea operației. Prin trepanația occipitală deja executată, efectuăm o estimare ventriculară. De ambele părți pătrundem într-un ventricul dilatat, iar simetria aproximativă a hidrocefaliei indică prezența unui proces cerebelos expansiv. Prin puncție obținem un puroi viscos. Efectuînd o craniectomie suboccipitală dreaptă, după metoda Jaeger, îndepărtăm fără nici o greutate din emisfera cerebeloasă dreaptă un abces de mărimea unui ou de găină, cu o capsulă destul de groasă. Încă în timpul operației, starea bolnavei s-a ame-

liorat surprinzător, iar la sfârșitul intervenției ea a început să vorbească, dând semne de viociune. După 6 săptămâni de tratament obișnuit, a părăsit clinica vindecată.

Valoarea practică a procedurii constă în faptul că sugerează necesitatea intervențiilor chirurgicale active și în cazurile în care gravitatea simptomelor îl oprește pe neurochirurg să utilizeze procedeele obișnuite de localizare, obligându-l la o pasivitate aparent îndreptățită. Experiența dobândită de noi în urma utilizării puncției directe cu acul arată însă că chiar nici în cazurile foarte grave, care prezintă aspectul stadiului terminal, nu este voie să renunțăm la posibilitatea unei intervenții chirurgicale active.

Recomandăm utilizarea procedurii descris mai sus în toate cazurile suspecte de abces otogen, independent de starea generală bună sau alterată a bolnavilor. Aplicând această metodă putem evita incertitudinile și riscurile pneumografiei și arteriografiei, pe care le implică deseori aceste cazuri.

Sosit la redacție : 9 martie 1962.