

MENINGITELE TRAUMATICE

CONSECUTIVE

ACCIDENTELOR DE MUNCĂ

(STUDIU MEDICO-LEGAL)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 27 NOEMBRIE 1926

DE

BICKEL LAZAR

BUCUREȘTI

INSTIT. DE ARTE GRAFICE „CULTURA POPORULUI”, GRIVITEI 66

1 9 2 6



No. 2676

MENINGITELE TRAUMATICE

CONSECUTIVE

ACCIDENTELOR DE MUNCĂ

(STUDIU MEDICO-LEGAL)



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 27 NOEMBRIE 1926

DE

BICKEL LAZAR

24 MAY 2005

INST. MED. FAMILIAR BUCUREȘ

ORV. TUDOR V. BUCUREȘTI

Bibl. Centr. ... nytör

Leii. sz. 19437

BUCUREȘTI

INSTIT. DE ARTE GRAFICE „CULTURA POPORULUI”, GRIVITEI 66

1926

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-I Profesor Dr. BĂLĂCESCU I.

Profesori titulari:

Clinica II chirurgicală	D-I Dr. Angelescu C.
Chimia medicală	" " Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	" " Bălăcescu I.
Anatomia patologică	} " " Proca Gh. (supl.)
Bacteriologia și patologia experimentală	
Istologia normală și Istogeneza	" " Besnea Șt.
Medicina experimentală	" " Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	" " Daniel C.
Clinica II-a medicală	" " Danielopol D.
Anatomia topografică II	" " Gerota D.
Clinica și teoria obstetricală	" " Gheorghiu N.
Anatomia topografică I	} " " Jianu A. (supl.)
Clinica I-a chirurgicală	
Clinica III-a medicală	" " Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	" " Juvara E.
Clinica boalelor urinare	" " Jianu A.
Farmacologia și materia medicală	" " Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	" " Mețianu N.
Clinica boalelor nervoase	" " Marinescu Gh.
Clinica infantilă medicală	" " Manicatide M.
Igiena și poliția sanitară	" " Mezincescu D.
Medicina legală	" " Minovici M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	" " Manolescu D.
Clinica I-a medicală	" " Nanu Muscel I.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	" " Nicolau Șt.
Clinica mintală	" " Obregia Al.
Fiziologie umană	" " Paulescu N.
Patologia generală	" " Proca Gh.
Anatomia descriptivă și Embriologia	" " Rainer Fr.
Botanica medicală	" " Solacolu T.
Patologia medicală	" " Thomescu Th.
Clinica terapeutică	" " Theohari A.
Zoologia medicală	" " Zotta Gh.

Profesori agregai:

Medicina operatorie D-I Dr. Constantinescu C

JURIUL DE PROMOTIUNE

Președinte: D-I Profesor Dr. Mina Minovici

Membrii: { D-I Profesor Dr. Lalu S.
" " " Theohari A.
" Conf. " Poenaru-Căplescu C.
" " " Stoenescu N.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

PĂRINȚILOR MEI





D-lui Profesor Dr. Mina Minovici,

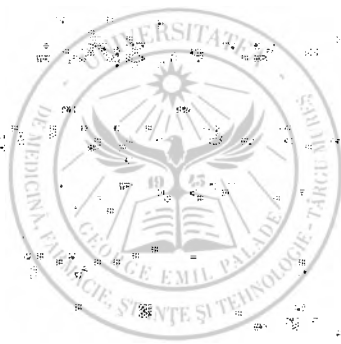
*respectuoase mulțumiri pentru onoarea, ce
mi-a făcut primind prezidenția acestei
teze.*

D-lui Conf. Dr. Poenaru-Căplescu,

*îi exprim viile mele mulțumiri pentru in-
spirarea subiectului acestei lucrări și pen-
tru binevoitoarele îndrumări date în cursul
alcătuirii ei.*

Juriului meu de promoțiune,

omagii și mulțumiri respectuoase.



INTRODUCERE

Mi-am ales ca subiect al acestei lucrări, raportul ce există între accidentele muncii și o maladie bine definită, fiind atras de multilateralitatea acestei probleme.

Înt'adevăr, este aproape imposibil, ca gândul să ne rămâie restrâns în cadrul pur medical al problemei, când spunem: o maladie ca urmare a unui accident de muncă. Fără să vrem, ne gândim la rolul ce-l joacă munca în viața unui om, a unei societăți, la datoria, pe care o are fiecare om de a munci și la drepturile, care îi revin muncitorului din partea societății. Căci, precum este adevărat, că orice om are îndatorirea de a munci, [un filosof german spune „omul are nevoie de muncă sau de o frânghie ca să se spânzure“] tot așa e sigur, că societatea, orice structură politică ar avea, va avea întotdeauna datoria și interesul de a apăra pe muncitorii, pe acei soldați necunoscuți, cari pe câmpul uneori foarte crud al muncii cuceresc — fără a vărsa sângele altuia — doar cu sângele lor propriu, bogățiile popoarelor.

E știut, că orice muncă cuprinde un oarecare pericol. Omul, în continuă luptă cu natura își câștigă o îmbunătățire a vieții la umbra riscului.

Însă precum orice profesiune aduce contribuția ei la munca generală a omenirii, tot așa și societatea e obligată, să organizeze o protecție rațională a fiecărui muncitor, periclitat în exercițiul profesiei sale.

Se înțelege, că din acest punct de vedere cei mai periclitați sunt muncitorii manuali, meseriașii. Căci, pe lângă pericolul, ce urmează din natura ocupației lor mai sunt amenințați în existența lor prin împrejurările, ce izvorăsc din neștiință și lipsă de instrucțiune.

Aci e rolul medicului, ca prin orice mijloc să atragă atenția lucrătorilor asupra pericolelor, ce le implică executarea diferite-

lor meserii și să caute să influențeze legile țării, atrăgând atenția asupra măsurilor preventive, ce trebuiesc luate din partea întreprinderilor industriale. Creerul științei trebuie să ajute mâinile practicei. Și așa cum intelectualii au organizat pe muncitorii neștiutori pentru apărarea intereselor lor materiale, tot așa medicii trebuie să contribuie la organizarea apărării lor sanitare. Tot medicului îi incumbă sarcina de a stabili responsabilitatea unui accident de muncă și a incapacității rezultate, ne'ăsându-se influențat în această operă a sa de interesele opuse ale rănitului de o parte și ale industriașului de alta; el trebuie să interpreteze legea în vigoare după spusele lui Thiem „niemand zuliebe und niemand zuleide“.

Înțelegând deci rolul, ce trebuie să-l joace medicul în câmpul muncii, s'a procedat aproape la toate facultățile la organizarea unui învățământ corespunzător pentru studenții în medicină.

La noi D-l Conf. Poenaru-Căplescu a izbutit să stârnească interesul studențimei pentru accidentele de muncă prin conferințele săptămânale ținute la Institutul „Mina Minovici“.

Găsesc de a mea datorie, să aduc aici Domniei-Sale cele mai desăvârșite mulțumiri pentru îndrumările date în tot timpul înfăptuirii acestei teze.

ISTORIC

În istoricul meningitelor trebuie deosebite 4 perioade. Prima era dominată de concepțiile lui *Hippocrat, Celsus, Galenus*. Atunci sub numele de „frenzie“ se confundau toate afecțiunile cerebrale febrile însoțite de delir. Însă paralel cu dezvoltarea Anatomiei patologice începe și o clarificare a acestei chestiuni. A II-a perioadă începe cu opera lui *Robert Whytt* „Hidropisia acută a ventriculilor creierului“ (1768), care pentru prima dată a făcut legătura între fenomenele clinice cunoscute sub numele de „frenitis“ și datele anatomo-patologice. *Morgagni* cunoștea foarte clar rolul congestiei meningelor și al epanșmentului în ventriculi, când scria: „*videbis meningum inflammationem in phreneticis delirantibus*“. Denumirea de meningită se datorește lui *Herpin*, elevul lui *Pinel*. Însă tot timpul acesta s'au confundat sub denumirea de „hidropisie acută a ventriculilor“ meningitele netuberculoase cu cea tuberculoasă. În a III-a perioadă se săvârșește separarea acestor entități clinice, eliminându-se în același timp grație cunoștințelor noi de Anatomie patologică multe stări morbide cerebrale, ce în mod greșit au intrat până atunci în cadrul meningitelor. A IV-a perioadă sau cea contemporană e caracterizată prin progresele mari în cunoașterea Etiologiei și Patogeniei meningitelor și prin consecințele acestor cunoștințe noi în Pronosticul și Tratatamentul unor forme anumite de meningite. Astfel grație descoperirii lui *Weichselbaum* s'a separat meningita epidemică. Grație puncției lombare (*Quinke*) și grație cytodiagnosticului (*Widal*) s'au descoperit meningite atenuate, restrângându-se astfel cadrul stărilor morbide grupate de *Dupré* sub numele de meningism.

ETIOLOGIA MENINGITELOR TRAUMATICE

„Între cazurile, în care izbucnesc în urma unui traumatism, simptomele unei meningite, trebuie deosebite 2 categorii diferite, după cum există sau nu leziuni ale craniului și ale tegumentelor lui“ (*Imbert*).

I. Meningita ce urmează unei fracturi a craniului nu prezintă nici o greutate de interpretare. Ea constituie adevărata meningită traumatică, datorită fie unei infecții primare a răni produse de traumatism — și atunci fenomenele clinice se declară chiar câteva

ore după accident — (Frühmeningitis lui *Krönlein*) fie că plaga se infectează în mod secundar și meningita se declară după una sau mai multe săptămâni în urma accidentului, fiind datorită sau necrozei țesuturilor moi ale răni sau stagnerii secrețiilor, sau unui pansament murdar (Spätmeningitis a lui *Krönlein*).

Să trecem aici repede în revistă traumatismele craniene, ce pot da naștere unei meningite. Acestea sunt: fracturile bolții și fracturile bazei craniului. Mecanismul producerii lor constă: fie în îndoire, atunci când forța exterioară atacă craniul pe o suprafață circumscriasă și în mod direct (Biegungsbruch) fie că se produce fractura prin plesnire, în caz că forța exterioară atacă toată suprafața craniului căutând să-i schimbe forma. (Berstungsbruch). Deseori intră în joc ambele mecanisme.

Fracturile bolții (împărțite din punct de vedere anatomo-patologic în fracturi fisurale, eschiloase și fracturi cu pierderi de substanță) prezintă un pronostic diferit, după cum sunt simple (subcutane) sau complicate (deschise) iar acestea din urmă după cum dura mater e interesată sau nu, după cum există sau nu un prolaps al creierului, aceste două circumstanțe favorizând apariția unei infecții meningiene.

Fracturile bazei craniului sunt de obicei iradiațiuni ale bolții, totuși se văd și cazuri mai rare de fractură directă a bazei prin intrarea coloanei vertebrale sau a apofizei maxilarului inferior în cavitatea craniană (cădere în picioare sau pe bărbie). Ele fiind ascunse, nu sunt accesibile unei palpații directe ci numai rare ori sunt vizibile prin razele X. Diagnosticul lor se face indirect, observând paralisia unor nervi cranieni (VII-a, VIII-a pereche) și prin hemoragie tardivă (24 ore după accident) la conjunctivele palpebrale, la pleoape (fracturi ale etajului ant.) hemoragii în cavitatea faringeană (etaj anterior și mijlociu) în cavitatea nasală (fractura etajului mijlociu, a stâncii și a timpanului) în regiunea mastoidiană (fractura etajului post.). Rare ori avem și o scurgere de substanță cerebrală, mai ales prin ureche. Mai des însă se scurge lichidul cefalorachidian, constituind o dovadă de ruperea meningelor. Dar un simptom și mai revelator de fractură a bazei e lichidul cefalo-rachidian sanghinolent, scos prin puncția lombară. Pronosticul fracturii bazei craniului cu privire la o complicație ulterioară de meningită traumatică e destul de întunecat, dat fiind vecinătatea acum directă a creierului cu sinusurile frontal, sfenoidal, cu conductul auditiv extern și cu cavitatea naso-faringeană, care sunt habitate de agenți patogeni periculoși.

II. Dacă în categoria cazurilor, despre care am vorbit mai sus rolul traumatismului se poate aprecia în mod sigur, nu e cazul tocmai așa în meningitele survenite în urma unui traumatism fără fractură craniană. În majoritatea cazurilor e vorba aici de meningite tuberculoase, mai ales, când bolnavul prezenta înaintea traumatismului un focar evident de tuberculoză.

Însă ce rol îi revine traumatismului în provocarea meningitei? La această întrebare răspund diferiți autori în mod cu totul

diferit, fiind știut că frecvența tuberculozei traumatice variază după autori dela 5—50 %! Totuși rămâne indiscutabil rolul traumatismului în unele cazuri de meningită tuberculoasă, el lucrând aici fie mobilizând bacilul și localizându-l în meninge, fie agravând o infecțiune latentă.

Meningitele netuberculoase consecutive accidentelor traumatice sunt foarte rare. *Hoffman*, citat de *Brouardel* n'a găsit nici un caz între 65 de cazuri de meningită traumatică. Totuși *Dieulafoy* (*Manuel de Pathologie interne*, III. pag. 665. 1904) citează cazul lui *Stadelmann*, care câteva săptămâni după un traumatism al craniului fu prins de meningită cerero-spinală cu sfârșit favorabil, în care examenul lichidului cefalo-rachidian arăta prezența unor „bacili groși foarte mobili“. Deasemenea *Fränkel* a observat un caz de meningită cerebrospinală cu meningococcul lui *Weichselbaum* la un băiat de 6 ani, succedând imediat după un traumatism. După *Fränkel* acest caz se explică prin emigrarea meningococcului din cavitatea naso-faringeană în cavitatea craniană datorită traumatismului. Și între cazurile citate în această lucrare se găsesc 8 observațiuni de meningită survenite în urma unui traumatism fără soluție de continuitate a oaselor craniului. Deoarece însă aceste cazuri n'au fost cercetate din punct de vedere bacteriologic, nu ne putem pronunța asupra naturii acestor meningite.

PATOGENIE

În cazul meningitelor survenite în urma unei soluții de continuitate a pereților cavității craniene cunoașterea patogeniei nu oferă nici o greutate. Infecția se produce aici pe cale directă, microbii fiind transportați la suprafața meningelor sau prin agentul vulnerant (infecție primară) sau că pătrund mai târziu pe cale limfatică sau venoasă în meninge și dealungul vaselor piei mater, infectează și masa cerebrală, fiind știut că meningita traumatică este aproape întotdeauna o meningo-encefalită. Acest ultim fel de infecție are loc în meningitele survenite după fractura bazei, în care uneori poarta de intrare nici nu se poate constata pe viu, și unde aceasta totuși există sub forma unei fisuri ascunse în etmoid, sfenoid etc.

Răspândirea inflamației se face prin propagarea ei progresivă dealungul vaselor limfatice, atingerea endimului ventricular și de aci infecția progresează la baza creierului. Uneori puroiul coboară în mod direct dintr'o rană cerebrală deschizându-se în ventriculi. Deoarece în apropierea răni, meningele inflamate au tendința să se lipească, fiind apropiate unele de altele prin procesul de edematiere, ce ocupă creierul, înțelegem, cum uneori infecția rămâne circumscripă, dând naștere la un abces cerebral.

Pe de altă parte, fenomenele de mai sus ne explică, cum o infecție meningee poate să rămâie latentă un timp oare care iar mai târziu în urma ruperei pseudomembranelor sau prin propagare lentă pe cale limfatică să dea fenomene de meningită tardivă. (*Spätmeningitis*). Mai ales în infecțiile ușoare, ce urmează

uneori unor traumatisme craniene fără soluție de continuitate, putem asista la iritații locale ușoare, ce dau naștere la formarea unor exudate circumscrise, datorita fenomenelor de lipire a meningelor. (Meningita circumscrisă).

Problema, dacă fără acțiunea microbiană se poate produce o meningită, nu e încă elucidată. Cert este, că acțiunea traumatică exterioară este suficientă pentru a produce turburări de circulație, transudate, o colecționare de lichid în cantitate mai mare la suprafață și în ventriculi (Garré-Borchard). Astfel înțelegem, cum un traumatism caranian poate fi considerat cauză de apel a unor bacili, ce se află în mod latent în organismul nostru.

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Leziunile meningiene sunt la început localizate la nivelul focarului traumatic. Dar chiar după ce s'au generalizat, ele predomină la nivelul focarului sau în apropierea lui (*Le Deutu-Delbet*).

De obicei deci, găsim convexitatea creierului atinsă contrariu celei bazilare, tuberculoase. În primul rând constatăm o congestie intensă a vaselor meningelor moi și ale creierului. Exsudatul, gri-galben sau verde, purulent sau sero-purulent își are sediul obișnuit în spațiu subarahnoidian. Dura mater cu fața ei internă ia parte la inflamația meningelor moi. Când epanșmentul purulent se dezvoltă între dură și os, cum e cazul uneori în înfundarea oaselor craniului, el rămâne destul de limitat, dura mater nelăsându-se decolată de pe os pe o întindere prea mare. Difuziunea puroiului e însă nelimitată, dacă se colectează între dura și meningele moi (Reclus-Kirmisson).

Pia și Arachnoida sunt îngroșate. Ventriculii laterali conțin un lichid sero-purulent sau purulent (Piocefalus lui *Ibrahim*). Scoarța cerebrală e hiperemiată și mai pe urmă atinsă de Encefalită supurată. Lichidul cefalorachidian prezintă o hipertensiune de 40—80 cm. cu manometrul lui *H. Claude* (normal e 15).

La începutul afecțiunii avem o polinucleoză remarcabilă, care în timpul evoluției poate face loc unei mononucleoze. Dacă elementele citologice lipsesc cu totul, înseamnă, că organismul nu mai poate reacționa și deci pronosticul e foarte grav (*H. Claude*).

SIMPTOMATOLOGIA.

Meningita traumatică face parte din accidentele consecutive traumatismelor craniene. Pentru a înțelege locul, pe care-l ocupă în acest cadru patologic, reamintim, că aceste accidente după data apariției lor precum și după mecanismul, prin care se produc, se împart în: 1. Accidente primitive, ce coincid cu traumatismul și recunosc o cauză mai mult mecanică. Aici intră a) Comoția, un grad mai ușor de contuzie, caracterizat anatomopatologiceste prin leziuni histologice iar clinicește prin suprimarea trecătoare a conștiinței, senzibilității și a motilității, bradicardie și respirație uneori sterto-

roasă, ce duc uneori până la moarte, b) Contuzia, caracterizată anatomopatologiceste prin leziuni hemoragice sau destructive la nivelul scoarței, iar cliniceste: o leziune ușoară se traduce prin convulsii și contracturi, una mai gravă dă paralizii iar vindecându-se lasă un reziduu cicatricial, cărui se datoresc așa zisele accidente terțiare. c) Compresia, pe de o parte locală dă diferite fenomene de localizație, iar pe de altă parte datorită ridicării presiunii intracraniene avem și simptome generale cerebrale (depresiune, coma) și bulbare (turburări în circulație și respirație). Compresia se face fie printr'o eschilă osoasă, fie printr'un epanșment sanguin. 2. Accidente secundare sau infecțioase ce cuprind: a) Hernia cerebrală, care după *Forque* și *Krönlein* (Hirnprolaps contrariu lui Hirnausfluss) se datorește hipertensiunii iatracraniene produse de infecție. b) Meningita traumatică. c) Abces cerebral. 3. Accidente tardive sau cicatriciale, ce apar după ani de zile datorită reziduelor meningitei (aderențe) sau ale traumatismelor, constă în cefalee, paralizii, epilepsie și turburări mintale.

Trecem acum la simptomele meningitei, despre care am arătat că este un accident secundar infecțios al traumatismelor craniene. Vom descrie aici numai meningita traumatică propriu zisă, lăsând la o parte descripția meningitelor la care traumatismul joacă numai rolul unei cauze de apel (Meningita tuberculoasă, cerebrospinală, v. Etiologia).

Condițiile etiologice multiple, microbul în cauză, gradul lui de virulență, terenul și topografia leziunilor, explică marea variabilitate a tabloului clinic. Ca tip luăm cazul unui adult de intensitate și durată mijlocie.

Simptomele încep fie puțin timp după traumatism (3—8 zile uneori chiar după câteva ore), fie tardiv, după câteva săptămâni la un bolnav cu plagă neîngrijită, cu retenție de secreție. Inceputul e net și frapant, dacă între timp fenomenele de comoție sau contuzie s'au atenuat, din contra începutul e greu de precizat, dacă simptomele meningitei se grefează pe un bolnav încă comoționat. *Duplay* împarte în mod foarte schematic evoluția meningitei traumatice în 4 perioade: I. **Perioada prodromică**: cu 2 forme: 1. Sau rănitul devine somnolent, abătut, suferă de cefalee mai ales la locul traumatizat. 2. Sau în mijlocul unei acalmii survin amețeli, excitații, agitație. II. **Perioada de invazie**, caracterizată prin exagerarea fenomenelor celor 2 forme descrise mai înainte: Deci sau somnolență sau agitație (ochi sclipitori, puls dur și frecvent). III. **Perioada de stare**, caracterizată printr'un mers corespunzător tipului de invazie. Cel mai des însă predomină excitația. Principalele trăsături ale tabloului clinic al acestei perioade sunt: cefalea intensă, vomismente alimentare și bilioase, ce se produc fără efort și constipația tenace cu pânțele în navă. Aceste trei symptome constituie: 1. „**tripiedul meningitic**“. Afară de „tripiedul meningitic“ mai avem semne de iritație corticală și de infecție generală. 2. **Iritația corticală** se traduce prin a) *Turburări psihice* (delir de agitație violent, bolnavul strigă, rupe

pansamentul de pe el). *b) Turburări motorii* (contracturile predomină asupra convulsiilor, ele survin sub formă de rigiditatea cefei, trismus, strabism, semnul lui Kernig și al lui Brudzinski). Alte turburări motorii sunt căscatul des și convulsiile. *c) Turburări senzitive* (fotofobie, hiperestezie. *d) Turburări vasomotorii* (alternanța de roșeață și de paloare, „raie meningitice” lui Trousseau, 3. **Fenomenele de infecție generală** sunt: *a)* Temperatura, ce se urcă la 40°, fiind întreruptă uneori de frisoane repetate. *b)* Pulsul e rapid, dur și regulat. *c)* Respirația e accelerată și de acum neregulată. *d)* Setea e vie, limba saburală, urinele rare. Această perioadă durează 2—5 zile. Vine acum: IV. **Perioada de colaps** sau de depresiune, care traduce epuizarea funcțională a celulei, ce moare. Apar torpoarea și paralizii (hemiplegii, paraplegii, monoplegii). Incontinența sfincterilor. Temperatura se ridică la 41 (după moarte uneori la 42°). Pulsul devine neregulat, uneori bradicardic. Respirația superficială și neregulată ia câteodată tipul lui Cheyne-Stokes. Apare cianoza și răcirea extremităților. Coma terminală, întreruptă sau nu de crize convulsive.

Forme clinice: Duplei mai distinge următoarele 4 forme mai rare: 1) Moarte rapidă în comă, fără semne de excitație. 2) O formă caracterizată prin alternanța de excitație și depresiune. 3) În care debutul brusc se însoțește de pierderea cunoștinței, cu paralizii și convulsii. 4) Foarte rar se descoperă deabia la autopsie leziuni de meningită, fără ca bolnavul să fi prezentat în viață vr'un semn tipic de meningită. Astfel *Olivier* citat de *Brouardel* (*La mort et la mort subite*) povestește cazul unui lucrător prins în timpul travaliului de senzație de rău, sucombând după câteva ceasuri, la care prin autopsie s'a constatat o meningită supurată acută. Aceste cazuri latente prezintă deci un înalt interes medico-legal.

În meningita bătrânului simptomele sunt foarte atenuate, mai ales reacția febrilă.

Cu ajutorul diagnosticului citologic al lichidului cefalorachidian scos prin puncție lombară *Tuffier*, *Legueu*, *Horsley* au putut afirma existența unor meningite atenuate, vindecabile, care se clasau mai înainte în grupul „pseudo-meningitelor” sau „meningismului”. Simptomatologia lor e foarte săracă (cefalee, febră ușoară, o schiță de Kernig). Durează 8—15 zile și se ameliorează sub influența puncțiilor lombare.

DIAGNOSTIC.

El se bazează pe simptomele unei infecțiuni generale asociate de semnul lui Kernig și de lichidul cefalo-rachidian caracteristic.

Meningita traumatică nu trebuie confundată cu

1) *Starea comatoasă* asociată uneori și de febră, ce survine imediat după accident. Când shockul n'a dispărut încă, putem totuși să diagnosticăm uneori un început de meningită după strân-

gerea uneia din cele 2 pupile, strabism, după aspectul rănii, care devine uscată și palidă, epicraniul detașându-se ușor și lăsând să se vadă osul, care e galben.

Aceste fenomene sunt și mai semnificative, când se asociază de ridicarea temperaturii și de accelerarea pulsului, care până acum a fost un „puls cerebral“ adică dur și bradicardic.

2) *Unele epansamente sanghine* subarahnoidiene pot da unor simptome meningiene, cu febră. Totuși aceste fenomene n'au aici intensitatea, pe care o au în meningită, unde ele apar de altfel mai des deabia câteva zile după traumatismul în culpat. Se mai adaugă în meningită un herpes, ce apare câte odată, ca și albuminuria. În caz nesigur, decide puncția lombară, care în caz de hemoragie conține foarte multe hematii, uneori și polinucleare însă nici odată microbi, a căror prezență este pentru uni autori (Meslier) exclusiv necesară pentru a putea pune diagnostic de meningită (mai ales în cea atenuată). Tot pentru meningită pledează și hiperleucocitoza sanghină (10—50.000).

PRONOSTIC.

Meningitele supurate sunt în majoritatea cazurilor de o gravitate extremă. Totuși s'au văzut cazuri vindecate mai ales de când diagnosticul lor se face în mod precoce prin puncția lombară. Astfel Meslier citează cazul lui Tuffier raportat la Soc. de chirurgie, la care o meningită traumatică purulentă însoțită de supurația osului și de hernie cerebrală, s'a vindecat complet în urma puncțiilor lombare. Tot în teza lui Meslier se găsește cazul observat de M. Ortal la un camionar, care căzând de pe camionul lui, și-a fracturat baza craniului și a făcut o meningită traumatică după 3 zile, și care, în urma puncțiilor lombare repetate zilnic, s'a vindecat după 4 săptămâni.

Dar chiar când infecția meningee n'a cauzat moartea, vindecarea e foarte des numai aparentă, căci leziunea lasă prin modificările anatomo-patologice consecutive, urmări morbide tardive ca epilepsie jacksoniană, cefalee, turburări psihice.

Pronosticul e fatal, dacă după o perioadă de excitație apar fenomene locale de paralizie și convulsii.

TRATAMENT

„Devant la meningo-encefalite nous sommes desarmés“ zise Lejars iar după Poirier capitolul tratamentului complicațiilor infecțioase, ale fracturilor craniului e „tot așa de scurt ca și desesperant“ Astfel stând lucrurile, se înțelege, că tratamentul principal este aici **Tratamentul preventiv.**

El constă într'o îngrijire rațională a plăgii craniene și diferă după cum e vorba de fractura bolții sau cea a bazei craniului. În **fractura bolții** asepsia plăgii nu se asigură numai prin raderea părului de pe pielea capului, spălarea plăgii cu antiseptici și aplicarea

unui pansament protector. Dacă bolnavul ne vine înainte de a se fi declarat infecția focarului traumatic, excizăm marginile anfractuozitate ale plăgii, îndepărtăm părțile necrozate și fragmentele osoase și lărgim cu un clește osos rana osoasă pentru a evidenția mai bine rănirea meningelor și a creierului și pentru a asigura în mod suficient un eventual drenaj ulterior.

Când dura e neatinsă, ea trebuie cruțată afară de cazul, când avem sub ea o colecție hemoragică prea însemnată. Când însă bolnavul ne vine cu inflamația deacu declarată a plăgii, procedăm numai la incizia largă a părților moi urmată de drenaj (*Garré-Borchard*). Metoda „trepanației preventive“ în orice fractură craniană a fost practică în Franța mai ales de I. L. Petit, iar în Germania de Richter. Sub influența atacurilor vehemente ale lui *Bichat și Desault* a fost complectamente părăsită. Astăzi, după *Reclus-Kirmisson* trepanația, care datorită progreselor în aseptie și grație cunoștințelor localizărilor cerebrale (*Broca, Hitzig*) a devenit mai puțin periculoasă și mai rațională este indicată și practică imediat; după ce a avut loc traumatismul 1) pentru a ridica esquilele osoase, 2) pentru a îndepărta corpii străini, 3) pentru a ridica înfundările osoase prea însemnate 4) pentru a lega un vas rupt (Meningea medie). **In fractura bazei:** Repaus absolut. Capul ridicat în sus. A evita spălăturile urechei și a nasului (Măsuri recomandate de mulți autori francezi), deasemenea să evităm pe cât posibil tamponarea nasului, căci astfel se favorizează adunarea de secreții îndărătul tamponului și infecția meningeană. Totul are aci scopul, de a evita propagarea unei infecțiuni spre cavitatea craniană. Puncția lombară ameliorează amețelile și cefalea. Urotropina per os 2—4 gr. pe zi se elimină repede în lichidul cefalo-rachidian, dând prin dedublare aldehida formică, ce joacă un rol desinfectant pentru lichidul cefalo rachidian. Acest tratament trebuie continuat după cazuri 4—6 săptămâni, date fiind cazurile de meningită tardivă cu perioada de incubație prelungită.

Tratamentul meningitei declarate. 1) **Tratamentul chirurgical:** *Garré și Borchard* recomandă deschiderea largă a rănii, lărgirea deschizăturii craniene, deschiderea uneori a durei; rare rezultate bune se observă mai ales în formele mai mult sau mai puțin circumscrise. Succese foarte rare sunt raportate în meningită difuză în urma trepanației bilaterale, asociate de deschiderea durei, cu drenajul canalului rachidian după laminectomia lombară (*Bart*). *Horsley Gerard, Marchant* au preconizat un tratament analog celui din peritonita generalizată: deschiderea largă a craniului prin hemicraniectomie și toaleta seroasei prin deschiderea durei și puncționarea colecțiilor purulente, urmată de irigația prelungită cu apă boricată și drenajul părților declive. Irigația antiseptică este însă aici iluzorie, căci lichidul antiseptic este împiedicat prin aderențele patologice să-și ia drumul spre baza craniului, unde de obicei se găsește colectat puroiul. Totuși s'au observat cazuri rare tratate cu succes prin trepanație urmată de drenajul meningelor. *Cushing* recomandă pentru efectuarea unui drenaj mai bun o deschidere

bilaterală suboccipitală. 2) **Tratamentul medical.** a) *Măsuri generale:* a) *Cefalea* o tratăm prin pungea cu gheață pe cap, prin injecții de morfină și prin puncții lombare, care pe lângă acțiunea lor descongestionantă mai au avantajul unui adevărat drenaj, susținând organismului o cantitate anumită de microbi și de toxine.

β) *Agitația* se calmează prin băi calde, opiacee, cloral. γ) *Supraveghem* starea sfincterilor, sondând vezica și administrând o clismă la nevoie. δ) *Evităm formația* escarelor prin spălături zilnice și un vermis protector. ε) *Susținem cordul* prin injecții de ether, uleu camforat și sulfat de sparteină (1—2 inj. de 5 ctg.) ζ) *Dăm urotropină* 2—4 gr. per os sau în injecții intravenoase (0,25 ctg. într'un cm³ de ser artificial). η) *Reclus și Kirmisson* recomandă lipitori în regiunea mastoidiană și revulsii digestive. b) *Therapeutică intrarachidiană.* Dacă prin puncția lombară găsim un germen bine individualizat, injectăm intrarachidian serul corespunzător. De obicei se injectează 10—20 cm³ deodată. *St. Chauvet* admite aceste injecții masive numai în cazuri grave. Însă în cazurile obișnuite injectează întâiu 2 cm³ după 6 ore 4 cm³ și astfel mergând progresiv până la 10 cm³. În caz de meningită pneumococică injectăm ser antipneumococic, cu care *Dunn* n'a obținut rezultate bune. *Ibrahim* recomandă în forma asta injecții subcutane, intrarachidiene sau chiar intraventriculare de *Optochină* (Etilhidrocupreină), cu care *Wolf* și *Lehmann* au obținut rezultate bune. În caz de găsim streptococ pur, injectăm ser antistreptococic polivalent lui *Besredka*. În caz când găsim mai mulți agenți bacterieni, întrebuițăm ser polivalent antipyogen. În meningita stafilococică tratamentul intrarachidian cu electrargol a dat rezultate în mâna lui *Wieland*. În toate aceste cazuri injecția este precedată de scoaterea unei cantități de lichid cefalo-rachidian superioară celei injectate. Pentru a evita fenomenele de descompresie cerebrală (cefalee, vomisme, astenie cardio-vasculară), care se datorește lipsei de închidere a perforației meningeae produse prin acul puncției și deci scurgerii prelungite a lichidului în spațiu intermeningo-vertebral. *St. Chauvet* recomandă câteva măsuri foarte simple. Punem pe bolnavul imediat după puncția lombară în decubit ventral timp de 3 ore, pe urmă în decubit lateral drept și stâng câte 2 ore, iar capul lui în poziție declivă. Astfel perforația meningeae, produsă de ac se închide repede, lichidul cefalo-rachidian nu se scurge, împiedicăm descompresia hemisferelor și favorizăm difuziunea serului spre centrele superioare.

Legea asigurărilor sociale la noi în 1912

La noi în țară legea pentru organizarea Meseriilor, Creditului și Asigurărilor muncitorești, a fost promulgată în 1912 și de atunci i s'au adus în diferite epoci, câteva modificări necesare. Iată în rezumat spiritul legii: Meseriașul asigurat, care plătește o cotizație săptămânală, este îngrijit în caz de boală, având drepturi la: a) consultații date de medicii angajați la Casa Centrală pe

lângă corporațiile și policlinicile lor; b) îngrijirea bolnavului asigurat la domiciliu; c) îngrijirea la spital; d) acordarea gratuită de medicamente, pansamente, etc. Dacă nu poate lucra mai mult de trei zile, va primi timp de cel mult 16 săptămâni următorul ajutor: a) dacă are familie, 50% din salariul mijlociu al clasei din care face parte, b) dacă n'are familie 35% fie că se îngrijește acasă fie că se îngrijește în spital. Asigurarea în contra accidentelor, privește asociația patronală. În caz de accident urmat de o incapacitate de muncă totală sau parțială, temporară sau permanentă, asiguratul primește o rentă pentru invaliditate, în raport cu salariul și gradul invalidității. Gradul invalidității se evaluează la serviciul accidentelor de muncă. Medicul Casei Centrale și medicul asociației patronale stabilesc, în de comun acord, gradul incapacității de muncă rezultat prin accident. În urmă comisia asigurărilor admite renta propusă cu drept de apel din partea muncitorului. Renta se plătește de asociația patronală. Când turburările funcționale au dispărut și capacitatea de muncă a redevenit normală, renta se suprimă. De aceea în fiecare an se face revizuirea accidentatului, reexaminându-l spre a vedea care este gradul incapacității de muncă, ce mai persistă. În caz de mutilări ale membrilor, renta rămâne viageră. În caz de moarte prin accidente, se acordă cheltueli de înmormântare (art. 121) și o pensie: a) văduvei fără copii 1/5 din salariul soțului până la moarte sau remăritiş; b) pentru fiecare copil până la 16 ani 1/5 din salariul pe un an (art. 145). Copii naturali primesc pensie tot ca mai sus în urma morții prin accident a mamei lor, dacă era lucrătoare asigurată (art. 146—147)

Invaliditatea rezultată în urma infecției meningelor în câmpul muncii. Evaluarea incapacității de muncă

După *Reclus* accidentul de muncă este un eveniment neprevăzut și neașteptat survenit în timpul și cu ocazia unui travaliu și care determină în organism o leziune sau o turburare funcțională permanentă sau pasageră. În urma unui astfel de eveniment aptitudinea de muncă a lucrătorului accidentat va scădea dela 0—100% după cum invaliditatea rămasă va fi temporală permanentă sau absolută.

Însă care e gradul unei icapacități permanente? Aceasta este desigur partea cea mai delicată a unei expertize relative la accidente de muncă. Trebuie să ne dăm seama, cât se poate de exact de turburările funcționale lăsate, apreciind importanța lor pentru exercițiul meșteșugului rănitului precum și pentru exercițiul unui alt meșteșug, ce nu necesită utilizarea specială a părții rănite. Trebuie însă să mai avem în vedere și alte elemente, care scapă mai mult sau mai puțin competenței medicului ca vârsta, gradul instrucției, inteligenței, energiei morale, etc., a accidentatului.

În cazul nostru: aprecierea domajului, ce rezultă dintr'un traumatism cranian e o problemă și mai grea. Din multele cauze de

erori, ce se pot ivi în interpretarea unor urmări ale accidentelor asupra craniului, voiu cita ca exemple unele ce ating chestia, ce o tratăm în această lucrare. Astfel un abces cerebral, o meningită, ce survin după un traumatism cranian, pot fi datorite unor alte cauze, netraumatice (otite). Pe de altă parte leziunea meningo-cerebrală lucrează uneori în liniște și deabea după câțiva ani rănitul, care s'a crezut vindecat, prezintă turburări motorii sau psihice, care rar le ratașăm accidentului suferit și care totuși îl recunosc ca cauza lor. Așa e cazul unui abces cerebral tardiv și a epilepsiei jacksoniene datorite deseori unui vechiu focar de meningo-encefalită.

Pe când la lucrători e foarte comună atribuirea voluntară sau inconștientă a unei stări morbide unui traumatism anterior, medicii țin prea puțin seama de rolul traumatismului în patologie.

Primul lucru ce trebuie să-l constate expertul este, dacă afecțiunea nu e anterioară traumatismului; afară de rolul revelator și agravator al unor leziuni deacuma preexistente, ce poate să-l joace un traumatism, el mai poate fi și un factor real în producerea unei meningite. În astfel de cazuri luăm în considerație: 1) Caracterele traumatismului, a) localizarea lui, b) intensitatea lui, c) emoția de care se însoțește. 2) epoca de apariție a simptomelor. 3) Perioada intercalară între data traumatismului și apariția meningitei. Stabilim în mod sigur responsabilitatea unui traumatism în producerea unei meningite tardive, dacă bolnavul acuză în perioada intercalară cefalee, incapacitate de muncă etc.

Greutatea e și mai mare în aprecierea incapacității de muncă, în fenomenele morbide, ce pot apărea în mod tartiv după un traumatism cranian fiind datorite unui vechiu focar de meningo-encefalită organizat și cicatrizat sau unor aderențe meningiene circumscrise. Caracterul subiectiv al unelor din aceste fenomene (cefalee), modul intermitent, în care apar altele (Epilepsia jacksoniană) necesită o observație mai îndelungată a bolnavului din partea medicului, ce trebuie să se pronunțe.

Consecințele depărtate ale unei meningite traumatice. Riscul profesional

Analizând cauzele accidentelor de muncă găsim: 1) Greșeli ale patronului, care n'a luat măsuri de precauție pentru prevenirea accidentelor, 2) Greșeli ale lucrătorului neatent sau neștiutor, 3) Cauze nenorocite și neprevăzute (ruperea unui cablu), 4) Cauze de forță majoră, posibile la toți oamenii (inundații, trăsnete etc.). Deci însărcinați cu examinarea unui accident pentru a acorda o rentă sau o pensie vom căuta să stabilim cu precizie responsabilitatea părților.

O meningită vindecată poate să lase în urma ei stări anormale, ce scad valoarea de muncă a lucrătorului. Astfel dacă — în urma trepanației craniene — a rămas o pierdere de substanță, persoana nu va mai fi capabilă să facă eforturi mari din cauza durerilor; pe de altă parte va fi mai expusă la un traumatism exte-

rior la acest nivel. Aici invaliditatea va fi socotită 16—20% sau chiar 25%, când se însoțește de o hernie cerebrală indolentă. Consecințele îndepărtate ale meningitelor lipsesc uneori, alte ori dau infirmități permanente; lucrul depinde de gravitatea leziunii meningo-encefalice dar și de modul de reacționare al accidentatului (un alcoolic e mai predispus să prezinte fenomene de iritație ale scoarței).

Epilepsia jaksoniană, uneori o consecință a unei cicatrici meningo-encefalice chiar în cazuri de o singură criză, ce se repetă rar, scoboară capacitatea de muncă prin starea de prostrație, ce urmează accesului timp de ore sau zile. După frecvența și intensitatea crizelor invaliditatea poate ajunge și până la 50% și mai mult. Alte urmări tardive sunt slăbirea memoriei și a facultăților intelectuale.



OBSERVAȚIUNILE

Iuate dela Institutul medico-legal „Prof. Mina Minovici“

OBSERV. 1. *Dos. 150/914.* — Gh. Ilie Șerbănescu, 22 ani, electrician la arsenalul armatei, a alunecat și căzând dela o înălțime de câțiva metri s'a lovit la cap, în ziua de 24 Mai 1914. *Observația clinică:* Din foaia de observație a serviciului chirurgical al Spitalului Brâncovenesc reese, că sus numitul a intrat în spital în ziua de 25 Mai pentru o plagă în regiunea occipito-parietală dreaptă și pentru ușoare fenomene de comofie cerebrală. Acuză cefalalgie, amețeală, fotofobie. Pulsul e rar dar bine bătut. Respirația normală. Răspunde greu la întrebări, găsindu-se într'o stare de somnolență. Temperatura normală. Deasemenea cantitatea de urină eliminată. N'are scaun decât numai cu diismă. Lichidul cefalo-rachidian e sanghinolent și sub presiune. Se pansează rana. Se pune punga cu gheață pe cap. A 2-a zi devine somnolent; apare ridoarea cefei, semnul lui Kernig. În ziua de 28 Mai e prins de atacuri subintrante de convulsii generalizate, urmate de comă și moarte în ziua de 31 Mai.

La autopsie: Se constată, în regiunea parieto-occipitală dreaptă o rană lungă de 3 cm. pe cale de vindecare la nivelul căreia se găsește o fractură lineară ce începe dela sutura parieto-occipitală dreaptă, taie osul parietal și solzul temporalului, pierzându-se înainte în masivul feței drepte. Dura mater nu e ruptă. Se găsesc 4 focare de contuzie cerebrală pe fața bazală a creierului. Meningele moi sunt hiperemiate și îngroșate. Spațiul subarahnoidian de pe hemisferul drept e plin de un puroi galben. Ventriculii cerebrali distinși de puroiu, care se găsește și la baza creierului sub formă de strat lamelar. Scoarta injectată intens. Concluzie: Fractura bolții cu meningo-encefalită purulentă consecutivă.

OBSERV. 2. *Dos 1729/919.* — Ion Ștefan, 37 ani, plugar, a fost lovit în ziua de 24 Noembrie 1918 cu un topor în cap. A 2-a zi mai umblă însă nu vorbește. În ziua de 26.XI e adus la Spitalul Filantropia pentru o plagă tăiată în regiunea fronto-occipitală stângă cu înfundarea frontalului și hernie cerebrală. I se face trepanație, scoțându-se esquilele. Totuși moare în 28.XI în comă. *La autopsie:* Meningo-encefalită generalizată acută supurată.

OBSERV. 3. *Dos. 1955/918.* — Iancu Haimovici, 15 ani, lucrător, București, e călcat la 1 Decembrie 1918 de o gabrioletă. E adus în 3.XII în spitalul Colentina pentru o plagă neregulată în regiunea fronto-parietală stângă sub care se găsește o fractură a osului cu fragmente înfundate. Se intervine, ridicându-se esquilele. Totuși se instalează fenomene de meningită și bolnavul moare în ziua de 18.XII. *La autopsie:* Meningo-encefalită generalizată purulentă.

OBSERV. 4. *Dos. 940/919.* — Dinu Mitrică, 48 ani, muncitor, a fost rănit la cap în 16 Septembrie 1919, pansat la Spitalul Coltea și îngrijit acasă, unde a murit în ziua de 24 Sept. *La autopsie:* În regiunea fronto-parietală stângă are o rană ce interesează toată grosimea pielei. În dreptul răni osul e înfundat. Tabla internă deslipită și pătrunsă înăuntru. Dura mater perforată. Intre dura și meningele moi pe toată suprafața a hemisferului stâng, până la bază, o mare cantitate de puroiu cremos gălbui. Meningele moi se deslipesc cu greu, sunt îngroșate și hiperemiate. Ventriculii distinși de lichid turbure.

OBSERV. 5. *Dos 534/1919.* — Păuna Petre Nedelcu, 30 ani, muncitoare, e lovită în 17.III 1919 cu o sapă în cap. E adusă în Spitalul Brâncovenesc.

venesc în 19.III pentru o plagă contuză în regiunea temporo-frontală stângă cu fractura și înfundarea oaselor și perforația mningelor. Se găsește într-o stare de obnublație, e ușor febrilă, pulsul cerebral. Plaga supurează. În 22.III se trepanează scoțându-se esquilele. În 23.III are 39° și în 25.III moare. *La autopsie*: În centrul focarului meningele subțire sunt rupte și cavitățile inter și subarachuoidiene pline cu puroi verde. Puternică injecție a meningelor, dar numai pe hemisferul stâng.

OBSERV. 6. *Dos. 733/1919.* — Mircea Drăgulănescu, 18 ani, mecanic, pe când lucra la telegrafia fără fir i-a căzut în ziua de 28.IV dela o înălțime de 70 m. un ciocan pe cap, provocându-i o plagă contuză în regiunea occipitală cauzându-i moartea în ziua de 1.VI în Spitalul Filantropia, unde a fost internat. *La autopsie*: Meningo-encef. traumatică.

OBSERV. 7. *Dos 364/1919.* — Martimie Gheorghe, 25 ani a suferit un traumatism nespecificat mai aproape în dosar. *La autopsie*: Meningo-encefalită traumatică.

OBSERV. 8. *Dos. 129/1919.* — Mina Minaș, 14 ani, pungaș, a fost lovit pe cap cu un fier, murind după câteva zile. *La autopsie*: În regiunea parietală stângă o rană supurată datând de mai multe zile și netratată. Oasele capului intacte. Meningită purulentă numai la convexitate.

OBSERV. 9. *Dos 682/1920.* — Muică Apostol, 35 ani, muncitor, a suferit în 2/XII un accident de tren și e adus în aceeași zi în *Spitalul Filantropia* pentru o plagă la nivelul rădăcinii nasului și somnolență, din care își revine după 3 zile. Prin puncție lombară se scoate un lichid sanghinolent sub presiune. În 21/XII intră într-o stare comotoasă și moare în 29/XII. *La autopsie* plaga dela rădăcina nasului interesează și oasele nasale. Fractura bazei craniului și Meningo-encef. purulentă.

OBSERV. 10. *Dos 449/1921.* — Tobias Ghelerter, 13 ani, școlar, a fost lovit în 13 Sept. 1921 de un automobil. Internat în spitalul de copii, moare în 30 Sept. *La autopsie.* Lamele criblate ale etmoidului crăpate. Meningo-encef. consecutivă.

OBSERV. 11. *Dos 160/1921.* — Dumitru Ungureanu, 17 ani, servitor. În 27/III 1921 pe când descărca dintr-o magazie a stăpânului mai mulți saci cu făină, a căzut pe el un sac cu făină. E adus în *Spitalul Colentina* în ziua de 27/III. Acuză cefalee; la conductul auditiv extern drept se vede o ușoară secreție colorată. Totuși starea generală e satisfăcătoare. În 28/III apar vărsături, ridoarea cefei, Brudzinski contra lateral. Temperatura dimineata normală, seara 37°. Lichidul cef.-rach. sub presiune și turbure. În 29/III starea generală se agravează. Temperatura se menține ridicată. Cefalee, vărsături bilioase, ftofobie domină scena. Lichidul cef.-rach. conține multe polinucleare și pneumococi. Se injectează ser antimeningococic. În 30/III stare gravă, 31/III moare. *La autopsie*: Oasele capului sunt subțiri: 2—3 mm. În regiunea temporală dreaptă se găsește o plesnitură a scoicei temporale drepte lungă de 6 cm., ce se continuă spre etajul mijlociu a bazei craniului. Intre dura mater și os o revărsare de sânge de mărimea unei piese de 5 lei. Dura intactă, e aderentă în regiunea temporală dreaptă. Meningele moi hiperemiate acoperite cu numeroase insule de puroiu. Se deslipesc greu. Substanța corticală de culoare șocolatie. La bază un strat lamelar de puroiu verzui cremos. Ventriculii distincți de puroiu cu aceleași caractere. *Plămânii* umple complet cavitatea toracică. Sunt hiperemiat și au numeroși noduli de broncho-pneumonie și focare hemoragice. *Cordul* flasc, conține cheaguri cruero-fibrinoase, ce se prelungesc și în vasele mari. *Stomacul* e distins de gaze, gol. Deasemenea *intestinul subțire*. *Ficatul* normal ca volum și consistență, cu parenchim roșiu. *Splina* normală, cu pulpă roșie și foliculi aparenti. *Rinichii* normali ca volum. Capsula se deslipește ușor. *Bășica* conține 500 de grame de urină galbenă, limpede. Concluzie: Meningo-encef. traum. supur. acută, generalizată.

OBSERV. 12. *Dos 13/1921.* — Gheorghe Ioniță, 27 ani, plugar e lovit în 22/XII 1921 în cap cu un drug de fier, cade în nesimțire. E adus în *Spitalul Colentina* prezentând o plagă contondentă în regiunea fronto-parietală stângă. Starea generală fiind satisfăcătoare, nu se intervine. În ziua de 25/XII apar semne de meningită. În ziua de 28/XII se trepanează, bolnavul se simte 2 zile în urmă mai bine. În 1 Ianuarie apare o tachicardie, agitație și hemipareză

dreaptă. Starea bolnavului merge agravându-se. Moare în 3 Ianuarie. *La autopsie*: Din focarul plăgii pleacă 2 plesnituri dealungul etmoidului. Meningo-encef. traumatică.

OBSERV. 13. *Dos 337/908.* — Gheorghe Răsculeț, 36 ani, căruțaș, în 12/XII a fost prins de un tren și rănit în regiunea occipitală. *Dus la Spitalul Colentina* i s'a spus că „n'are nimic”. A stat acasă până în 17/XII când nesimțindu-se bine a intrat în spitalul Xenocrat unde a murit în 19/XII. *La autopsie*: Meningo-encef. traumatică.

OBSERV. 14. *Dos. 350/908.* — Dumitru Baciu, 43 ani, muncitor, pe când lucra în fundul unui puț, i-a căzut o găleată în cap în ziua de 19/XII. *Adus în Spitalul Brâncovenesc* pentru o plagă în regiunea parietală dreaptă cu înfundarea osului, precum și pentru meningita declarată. Se intervine în ziua de 21/XII. Moare după 2 zile.

OBSERV. 15. *Dos. 363/909.* — Lixandra Nicolae, 41 an', muncitoare, călcată de un cupeu în 30/XI. *Internată la Colțea*, moare în 3/XII. Fractura maxilarului suerior stâng, sfărâmătura orbitei stângi. Meningo-encef. consecutivă.

OBSERV. 16. *Dos. 400/909.* — Dumitru Costea, 50 ani, coșar, a fost lovit în 26/XII cu un lemn care i-a fracturat craniul deasupra orbitei stângi. *Internat în Spitalul Colentina* a fost trepanat și moare în 29/XII. *La autopsie*: Meningo-encef.

OBSERV. 17. *Dos. 68/909.* — Constantin Dragomir, 25 ani, muncitor, lucrând la construcția unui pod a căzut dela înălțime. *Internat la Spitalul Brâncovenesc* pentru fractura bazei, moare după 3 zile dela internare, 17/II.

OBSERV. 18. *Dos. 93/910.* — Istrate Nicolae, 10 ani, împușcat de un criminal în ziua de 26/XI 1909. Internat imediat în Spitalul de copii pentru perforația osului frontal însoțită de înfundare, a fost trepanat în 27/XI. În ziua de 23/XII se deschide în plagă un abces cerebral. În 5/I 1910 apare o hernie cerebrală, ce se complică în ziua de 15/I de meningită, ce durează până la 15/II, când bolnavul sucombă. *La autopsie*: Meningo-encef. traum.

OBSERV. 19. *Dos. 81/910.* — Gheorghe Niculcea, 27 ani, croitor, a fost lovit în ziua de 6/I cu o sapă. A intrat a 3-a zi în spital cu o plagă tăiată în regiunea parietală stângă cu fractura și înfundarea osului. A fost trepanat. În ziua de 8/I. Plaga supurând sucombă în ziua de 5/III de Meningo-encef. traum.

OBSERV. 20. *Dos. 68/910.* — Nicolae Gligore, 47 ani, lucrător. Lovit cu o piatră în 21/II deasupra tâmplei stângi. Acuză timp de 4 zile cefalee. Totuși umblă. În 25/II internat la *Filantropia*, moare de meningită. *La autopsie*: nu se găsește o fractură a oaselor craniului, nici înfundarea lor.

OBSERV. 21. *Dos. 350/910.* — Velicu Ilie, 40 ani, muncitor. Lovit cu lopată de lemn în 26 Sept. e adus în *Spitalul Filantropia* pentru fractura cu înfundare a frontalului. Se trepanează, 3 zile în urmă apare meningita și bolnavul sucombă în 9 Octombrie.

OBSERV. 22. *Dos. 337/913.* — Nicolae Ioniță, 24 ani, rotar. Cade dela o înălțime. Fractura bazei în ziua de 25 Oct. Sucombă în 28 Oct. de Meningită.

OBSERV. 23. *Dos. 307/913.* — Petra V. Constantinescu, 7 ani. În ziua de 28.IX internată în Spitalul de copii pentru o plagă în regiunea parietală stângă cu fractura și înfundarea osului, moare în 10.X de meningo-encefalită traumatică.

OBSERV. 24. *Dos. 273/913.* — Sterie Marinescu, 41 ani, cismar, lovit în 25.VIII cu o bardă, a suferit o fractură a osului parietal stâng și moare în ziua de 28.VIII de men. encef.

OBSERV. 25. *Dos. 26/913.* — Costică Niculescu. 45 ani, cismar, a căzut în 8.I dintr'o căruță. Cu toate că avea epistaxis și otoragie, stă acasă până 14.I, când în'ră în Spitalul Brâncovenesc, unde sucombă a 2-a zi de meningită. *La autopsie*: Fractura subcutană a parietalului și a temporalului stâng cu iradiere spre baza craniului.

OBSERV. 26. *Dos 469/922.* — Ilie Osiac, 20 ani, muncitor, a fost bătut la poliție în ziua de 2 Octombrie 1922. E dus acasă, acuză cefalee timp de 4 zile. În 6.X e internat în spitalul Colțea. Moare de meningită în ziua de 11.X. *La autopsie*: Nu se constată nici o leziune a părților moi; oasele craniului de grosime obișnuită nu sunt fracturate nici înfundate. Meningele moi sunt infiltrate cu puroi mai ales la bază. Ventriculii sunt distinși de puroi.

OBSERV. 27. *Dos. 448/922.* — Jean Reihler, 39 ani, tipograf, lovit cu un box în 21 August a suferit o plagă în regiunea parietală stângă. Și-a îngrijit-o până la 21 Septembrie acasă. În 16 Septembrie a fost apucat de febră și o hemiplegie cu afazie survenite brusc, pentru care *intră în spitalul Colentina* în ziua de 21.IX. În 23 e apucat de crize convulsive generalizate. Temperatura atinge 39°, lichidul cef.-rach. scos e opalescent cu nifocite. În 26 apare agitație, Kernig etc. și în 29 bolnavul sucombă. *La autopsie*: În regiunea fronto-occipitală stângă se găsește o rană la nivelul căreia se constată o pierdere da substanță osoasă. Întră rană și os se găsește un strat de puroiu. Dura e intactă. Meningele moi hiperemiate, infiltrate cu puroiu verzui, etc.

OBSERV. 28. *Dos. 679/923.* — Alexandru Petre, 20 ani, mecanic, bătut în 21.XI cu un ciocan în frunte, a suferit o rană în regiunea frontală dreaptă. S'a îngrijit acasă până în 27.XI unde după 4 zile au apărut vărsături, constipație, agitație, pentru care *intră în spitalul Brâncovenesc*, unde sucombă în aceeași zi. Prin puncte lombară s'au constatat pneumococi.

OBSERV. 29. *Dos. 599/923.* — Tudor Castache, 60 ani, plugar, lovit cu o bucată de fier în regiunea parieto-occipitală dreaptă, fără să sufere o fractură a osului la acest nivel. Moare de meningită. La autopsie se constată baza fracturată.

OBSERV. 30. *Dos. 254/923.* — Ion D. Nanciu, 15 ani, bălat de prăvălie, suferă o fractură a bazei în urma unui accident de automobil. *Intră în Spitalul de copii* în ziua de 4.V pentru fenomene de meningită. În lichid se găsesc pneumococi. Moare în 10 Mai.

OBSERV. 31. *Dos. 445/925.* — Rotaru Năstase, 38 ani, hamal, a suferit în 1.IX un accident de C. F. R. fracturându-și baza craniului. Moare în 8.IX de meningită.

OBSERV. 32. *Dos 174/923.* — Dumitru Matei, 25 ani, măcelar, lovit în 18.III cu un fer, ce i-a provocat fractura bazei. A stat acasă până la 20.III când declarându-se meningita a *intrat în spitalul Brâncovenesc* unde moare în ziua de 26.III.

OBSERV. 33. *Dos. 243/924.* — Tudor Ionescu, măcelar, a fost rănit în 6.V. Prezintă fractura frontalului stâng cu fractura bazei. În 11.V moare acasă.

OBSERV. 34. *Dos. 224/924.* — Ecaterina Penciu, 1 an, în ziua de 22.IV călcată de o căruță, *adusă* imediat în *spitalul de copii* cu simptome de fractură a bazei și cu fractura regiunii occipito-temporale drepte. Moare în 28.IV. de meningită.

OBSERV. 35. *Dos. 163/24.* — Dumitru Cimpoeu, 28 ani, muncitor. Lovit în 22.III de un cal, când se ducea cu o căruță a depoului Ilfov. Fractura osului nasal cu infundarea lui. Cavitatea orbitală dreaptă infiltrată cu puroi. Moare în 26.III de meningita bazei.

OBSERV. 36. *Dos 123/924.* — Petre Dumitru, 36 ani, lucrător. În 6.III lucrând la fortul Domnești a explodat o granată distrugându-i ochiul drept și planșeul orbital. Moare în 9.III de meningită.

OBSERV. 37. *Dos. 5/924.* — Gheorghe Stoica, 13 ani, ucenic de cismărie, bătut în ziua de 3.II fără să i se fractureze craniul, a murit subit în 4.II. La autopsie se găsește meningită purulentă.

OBSERV. 38. *Dos. 299/925.* — Mihail Roșca, 14 ani, ucenic, suferă un accident de tramvai fracturându-și temporalul drept. *Intră în spitalul Filantropia* în 18 Iunie, moare în 23.VI.

OBSERV. 39. *Dos 519/925.* — Nicolae Stoica, 33 ani, muncitor, lovit în 25 Octombrie cu o armă tăetoare în partea stângă a gâtului, *intră în spitalul Colțea* pentru o rană profundă în această regiune, ce merge până la corpul celei de a V-a vertebră cervicală. Rana supurează și bolnavul moare în 3 Noembrie de meningită, oasele craniului fiind intacte.

OBSERV. 40. *Dos 555/925.* — Grigore Ciocoiu, 55 ani, muncitor. Lovit în 22.XI cu un ciomag suferă o fractură a regiunii fronto-parietale drepte și fractură bazei. În 25 se ivește meningită. În 27 se trepanează, extrăgându-se eschilele și drenând. Moare în ziua de 29.XI.

OBSERV. 41. *Dos. 345/926.* — Dumitru Stoica, 60 ani, muncitor. Fractură (prin cădere dela înălțime) a calotei și a bazei fără rană deschisă. Moare 12 ore după accident.

OBSERV. 42. Dos: 489/926. — Constantin Banu, 14 ani, ucenic. Suferă în 28 August un accident de automobil, fracturându-și baza. În ziua de 30.VIII intră în spitalul Colentina pentru simptomele de meningită, murind în 13.IX.

Statistică a cadavrelor cu meningită aduse în Institutul Medico-Legal „Mina Minovici“

Dela 1907—1926 (Noembrie)

Anul	Men. T. b. c.	Men. acute netraum.	Men. traum.
1907 . . .	—	—	1
1908 . . .	—	1	2
1909 . . .	1	1	3
1910 . . .	1	1	4
1911 . . .	—	—	—
1912 . . .	—	1	—
1913 . . .	—	—	4
1914 . . .	—	1	1
1915 . . .	—	1	—
1916 . . .	—	1	—
1917 . . .	8	13	—
1918 . . .	5	12	2
1919 . . .	1	1	5
1920 . . .	—	—	1
1921 . . .	1	2	3
1922 . . .	—	3	2
1923 . . .	—	2	4
1924 . . .	—	3	6
1925 . . .	—	3	3
1926 . . .	—	5	2
până Noemv.	—	—	—
Total . . .	17	51	43

Deci între 111 de cazuri de meningită aduse dela 1907—1926 (Noembrie) 43 au fost traumatice deci o proporție de 38,3% din totalitatea meningitelor. Proporția ar fi desigur și mai mare, dacă n'ar figura anii 1917—18 cu un număr disproporțional de mare de meningite tuberculoase și de meningite acute de diferite naturi. Acest fapt se explică prin prezența—în timpul invaziei nemțești în Capitală—a trupelor turcești, din a căror rânduri se recrutează toate aceste cazuri.

Dat fiind că în acești ani au intrat în susnumitul institut cam 760 de cazuri de fracturi craniene mortale, din cari numai 37 s'au complicat de meningită, deducem că meningita traumatică a atins în acești ani proporția de 4,3%.

Intre cazurile citate, 9 se datorau accidentelor de muncă, 13 accidentelor de locomoțiune, 20 loviturilor violente pe craniu iar unul e produs în circumstanțe necunoscute. Printre accidentele de muncă 5 au fost datorite căderilor dela înălțime, 3 lovirii cu instrumentul travaliului iar unul e datorit unei explozii. Printre

accidentele de locomoțiune avem 5 accidente de trăsură, 3 de automobil, 2 de tramvai și 3 de căi ferate. Bărbații, prin felul meseriei lor fiind mai expuși, dau o proporție cu mult mai mare de cât femeile (40 de bărbați și numai 3 femei).

Din cele 43 de cazuri 4 erau consecutive fracturilor de bază 4 consecutive fracturilor feței și a bazei, 12 în urma fracturilor bolții și a bazei, 17 în urma fracturilor bolții iar 6 nu erau însoțite de fractura scheletului craniian.

Ca ocupație a lucrătorilor, ce au suferit accidentul de muncă, cităm: 6 zidari, 1 electrician, 1 mecanic, 1 miner. Ca incubatie: meningita s'a declarat în 13 cazuri în ziua chiar a accidentului, în 7 cazuri a 3-a zi, în 5 cazuri a 2-a zi, în 4 cazuri a 4-a zi, în 4 cazuri între a 5-a—10-a zi, în 3 cazuri între a 15-a—50-a zi după accident. Din cele 43 observațiuni; 10 au fost trepanate. În 5 cazuri s'a găsit în lichidul cef. rach. pneumococcul.

Serviciul accidentelor de muncă Conf. Dr. Poenaru-Căplescu. Casa centrală a asigurărilor sociale.

OBSERV. I. *Pensia 69/923.* — Stănilă Constantin, 25 ani, sondar, lovit de cablu de oțel în ziua de 29.III 1923 a suferit o plagă contuză în regiunea frontală cu fractura rebordului orbital stâng. A fost pansat și operat de urgență, găsindu-se 2 fragmente aderente, ușor infundate (Spitalul Schuller-Ploesti). După 3 zile se declară regiditatea cefei. Kernig, fotofobie, agitație și bolnavul sucombă. Soția primește o pensie de 40 lei lunar.

OBSERV. II. *Pensia 57/915.* — Pahon Bud, 35 ani, lucrător la „Columbia Petroliferă” lovit în 18.III 1914 în regiunea mastoidiană dreaptă, pe când răsuca o sarmă. Medicul corporației i-a pus un punct de sutură și după 5 zile reintră la lucru, vindecat, acuzând însă de atunci foarte des cefalee. În 9.V nu mai poate lucra, intră în Spitalul din Câmpina și moare din cauza unei meningite traumatice tardive. Pensia respinsă, actele soției nefiind în regulă.

OBSERV. III, *Pensia 36/917.* — Voicu Manta, 44 ani, muncitor la „Steaua Română”, în 24.VI 1917, pe când cântărea niște cazane cu țigii i-a scăpat manivela basculei, fracturându-i csul frontal. S'a pansat rană, totuși după 21 de zile se declară o meningită traumatică. Soția și copiii minori primesc $\frac{2}{3}$ din salariul anual.

OBSERV. IV. *Pensia 78/916.* — Nicolae Rădulescu, 18 ani, lucrător la uzinele metalurgice, lucrând în 13.VII 1914 în sala de mașini, o roată de transmisiune a căzut dela înălțime de 1—2 metri peste lucrător. După câteva zile a început să se vaete de cefalee. În 15 Noembrie a murit cu diagnosticul de meningită traumatică. Pensia se respinge părinților, nefiind susținuți de victimă.

OBSERV. V. *Pensia 12/915.* — Petre Dumitrescu, maestru tinichigiu, a căzut în 1.VIII 1912 de pe o casă de 6 m. fracturându-și baza craniului și murind de meningită consecutivă. Pensia se respinge pe motiv că accidentatul era patron, necăzând astfel sub prevederile legii căci conf. art. 141 sunt asigurați numai lucrătorii.

OBSERV. VI. *Pensia 17/921.* — Traian Vasilescu, 18 ani, destilator, Ploesti, a alunecat în 29.IX în timpul muncii suferind o luxație coxofemorală. După o lungă boală moare în 16. XI de meningită (Referatul 819/919) Tatăl primește ca pensie $\frac{1}{5}$ din salariul anual. = 40 lei lunar.

OBSERV. VII. *Pensia 74/915.* Mihai Popovici 32 ani, lucrător la ferme Galați. În 29. XI 1912, pe când nituia, i-a sărit o schijă în ochi. A rămas cu un leucom. A reintrat la lucru în 28. IX 1913, După un an și $\frac{1}{2}$ moare de meningită Tbc. Se respinge pensia pe motiv că nu se cunoaște o incubatie așa de lungă în Meningita tuberculoasă.

Din dosarele pensiilor din anii 1912-1924 am constatat numai 7 cazuri de moarte prin meningita, numărul morților prin fracturi ale craniului, necomplicate de meningita fiind pe acești ani 80. deci o proporția de 8,5%. Această cifră corespunde celei găsite de Vasilescu în teza lui, în care găsim la 194 be fracturi ale bolții 41 de cazuri mortale, din care 5 datorite meningitei. Din cazurile noastre 4 sunt din industria petroliferă, 1 din cea metalurgică iar 1 e tinichigiu. Ca mecanism de accident notăm în 4 cazuri lovire cu corp contondent, în 2 cazuri cădere dela înălțime și un caz prin transmisiuni.

La pensiile notate mai trebuie să adăugăm și sporul de scumpete.

Câteva observațiuni din Spitalele Eforiei

OBSERV. 1. — *Spitalul Filantropia*. Serv. chirurgical. Anghel Stănescu, 45 ani, intră în spital în 20.IX 1926 pentru fractura medio-frontală cu infundarea osului în mărime de 2 lei, cauzată de o lovire accidentală cu sapă. Din starea prezentă notăm: Bolnavul e lucid. Temperatura e normală, pulsul încetinit (65). În 22.IX se intervine pentru ridicarea părții infundate, scoțându-se și fragmentele tablei interne. În 23, 24.IX starea bolnavului e satisfăcătoare. În 25.IX temperatura se ridică la 39°. Apar ridoarea cefei, Kernig, torpoare. Prin puncție lombară se scot meningococi și streptococi și polinucleare foarte numeroase. Se face o injecție subcutană cu ser antistreptococic (30 cm.³) în urma căreia e apucat de o criză de convulsii generalizate. Se face și o injecție intrarachidiană de ser antimeningococcic. Totuși bolnavul sucombă în 26 IX.

OBSERV. 2. — *Spitalul Filantropia*. Serv. chirurgical. Arpad Mateiaș, 22 ani, lăcătuș, a fost lovit în timpul tranvalului de o bară în regiunea retro-auriculară dreaptă, care i-a provocat o plagă contuză în această regiune. E adus în spital în 22 X 1926. A II-a zi se declară o meningită, formă agitantă. Puncția lombară, la început sanghinolentă arată un lichid turbure, în care se constată prezența de pneumococi și de foarte multe polinucleare. E transportat la Spitalul Colentina.

OBSERV. 8. — *Spitalul Colțea*. Serv. chirurgical. Costică Radu, copil, intră în 12 X, în serviciu pentru cefalee și otoragie în urma unei căderi de pe o schelă înaltă. Starea generală e mediocră. Temperatura și pulsul cunt normale. Din urechea stângă se scurge, special în eforturi, un lichid limpede, ușor sanguinolent. Puncția lombară arată un lichid sanguinolent. În 13/X temperatura se ridică oscilând până în 15/X, între 37°5—38°5, în momentul acesta apar fenomene de meningită, iar temperatura ajunge la 39°9. Lichidul cefalorachidian prezintă o polinucleoză intensă, fără microbi. În urma puncțiilor repetate, temperatura scade în 16/X până la 37°8, pentru a urca în ziua următoare și a ajunge în dimineața dia 18 X. la 39°2 când copilul sucombă.

OBSERV. 4. *Spitalul de copii*. — Serv. Chirurgical. Ion Badea, 5 ani, intră în serviciu în 5.X.1925 pentru o rană zdrobită la nivelul rădăcinii nasului cu fractura acestui os. Are epistaxis și echimoze conjunctivale. Prin puncție se scoate un lichid sanghinolent și hipertensiv, care își pierde din culoarea lui în urma puncțiilor repetate ajungând să fie aproape clar în 7.X, starea generală ridicându-se în mod senzibil. În ziua de 8.X seara prezintă un croșeu de temperatură [39°5] cu ridoarea cefei, Kernig, contractura membrelor superioare. Plaga ia un aspect murdar. Lichidul scos e turbure, conține multe polinucleare și pneumococi. Se tratează prin irigațiuni intrarachidiene cu ser fiziologic. A 2-a zi lichidul e și mai turbure și s arăa bolnavului agravându-se, el intră în 11.X în agonie și e luat de părinți acasă.

CONCLUZIUNI

Meningitele traumatice consecutive accidentelor de muncă se întâlnesc relativ rar.

Meseriașii, cari lucrează la înălțime, cum sunt: zidarii, tînichigii, vopsitorii de binale, sondarii, minerii, etc., fiind mai expuși la căderi, pot mai des avea leziuni craniene, cari să fie urmate de meningită.

Meningita traumatică e în marea majoritate a cazurilor mortală iar cazurile rare, vindecate, pot lăsa urmări tardive, ce dau o incapacitate de muncă parțială sau totală, temporară sau permanentă ca: Epilepsie jacksoniană, cefalee, turburări ale vederii, motilități etc.

Meningitele datorite traumatismelor craniene sunt de două feluri: a) cari apar în urma fracturii oaselor craniene; b) cari survin în urma unui traumatism cranian fără soluție de continuitate a scheletului.

Traumatismele craniene, producătoare de meningite pot fi datorite unei loviri violente pe boltă sau față, consecutive unui accident de locomoțiune sau unui accident de muncă. Din punct de vedere medico-legal sediul și intensitatea traumatismului joacă uneori un rol foarte important, căci și un traumatism foarte ușor poate cauza moartea prin meningită.

Rolul traumatismului e manifest, când prin fractura craniului se deschide o cale de pătrundere pentru microbii exogeni sau cei din cavitățile învecinate cu baza craniului.

În caz de absența fracturii, traumatismul favorizează numai localizarea pe meninge a microbilor preexistenți în orgauism.

Traumatismul mai poate să releveze sau să agraveze o meningită latentă preexistentă, mai ales pe cea de natură tuberculoasă.

Meningita traumatică este de o interpretare delicată, dacă ea apare deabia câteva săptămâni după accident. Pentru a o diagnostica, trebuie să ținem seama de prezența fenomenelor morbide în perioada cuprinsă dela data traumatismului până la apariția meningitei.

Examenul lichidului cefalo-rachidian va indica prezența pneumococcului (mai ales în fracturile bazei) sau a streptococcului, stafilococcului etc. (mai ales în fracturile boltii),

Meningita declarată având un pronostic foarte grav, trebuie să căutăm întotdeauna a preveni infecția în plăgile și fracturile craniene, tratându-le energic conform chirurgiei moderne. De aceea în accidentele muncii transportul de urgență al accidentatului într'un centru chirurgical este absolut necesar.

Având în vedere posibilitatea unei meningite tardive, accidentatul trebuie supravegheat câtva timp.

În caz de incapacitate de muncă rezultată, asiguratul primește o rentă proporțională conform legii asigurărilor iar în caz de moarte, soția și minorii primesc pensie.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezei

Prof. Dr. (ss) M. Minovici

Decanul Facultății

Prof. Dr. (ss) I. Bălăcescu



CONCLUSIONS

Les méningites traumatiques consecutives aux accidents du travail se rencontrent relativement rares.

Les artisans, qui travaillent aux hauteurs, comme les : maçons, ferblantiers, peintres en batiments, sondeurs, mineurs etc., étant plus exposés aux chutes, peuvent avoir plus frequemment des lésions craniennes suivies de méningite.

Dans la grande majorité des cas la méningite traumatique est suivie de mort et les cas rares guéris peuvent avoir des suites tardives, qui donnent une incapacité de travail partielle ou totale, temporaire ou permanente, comme : l'Epilepsie jacksonienne, céfalée, troubles de la vue, de la motilité etc.

Les méningites dues aux traumatismes craniens sont de deux sortes : *a*) qui apparaissent à la suite de la fracture des os craniens, *b*) qui surviennent à la suite d'un traumatism cranien sans solution de continuitée du squelette.

Les traumatismes craniens, qui produisent de méningites peuvent être dues à un choc violent sur la voute ou face consecutif à un accident de locomotion ou à un accident de travail. Au point de vue medico-légal le siège et l'intensité du traumatisme, jouent parfois un rol très important, car même un traumatism très léger peut causer la mort par méningite.

Le rôle du traumatisme est manifeste, quand par la fracture du crâne on ouvre une voie de pénétration aux microbes exogènes ou à ceux des cavités voisines de la base du crâne.

En cas d'absence de fracture, le traumatism favorise seulement la localisation sur les méninges des microbes préexistants dans l'organisme.

Le traumatisme peut encore réléver ou aggraver une meningite latente préexistante, surtout celle de nature tuberculeuse.

La meningite traumatique est d'une delicate interpretation, si elle survient quelques semaines après l'accident. Pour la diagnostiquer, il faut prendre en consideration la presence des phénomènes morbides pendant la periode, qui s'écoule de la date du traumatisme à l'apparition de la méningite.

L'examen du liquide céfalo-rachidien indiquera la presence du pneumocoque (surtout dans les fractures de la base) ou du

stréptocoque, staphilo-coque etc. (surtout dans les fracture de la voute).

La meningite declarée etant d'un pronostic très grave, il faut toujours chercher a prévenir l'infection des plaies et fractures craniennes en les traitant d'une façon énergique conformément à la chirurgie moderne; c'est pour cela que dans les accidents du travail le transport d'urgence de l'accidenté dans un centre chirurgical est absolument nécessaire.

Considérant la possibilité d'une méningite tardive, l'accidenté doit être observé quelque temps.

S'il survient de l'incapacité de travail, l'assuré reçoit une rente proportionnelle conformément à la loi d'assurance, et en cas de mort, la femme et les enfants mineurs reçoivent une pension.

Vue et bonne pour être imprimée

Le président de la thèse

Prof. Dr. (ss) **M. Minovici**

Le doyen de la Faculté
Prof. Dr. (ss) **I. Bălăcescu**



5953

7

BIBLIOGRAFIE

- Charcot, Bouchard, Brissaud* : Traité de Médecine.
H. Claude : Maladies du système nerveux. 1920.
Le Dentu-Delbet : Traité de chirurgie, 1907.
I. v. Mering : Lehrbuch der inneren Medizin. 1922.
Garré-Borchard : Lehrbuch der Chirurgie, 1922.
Paul Meslier : Contribution à l'étude des Meningites consecutives aux fractures de la base du crâne. Thèse 1907.
A. Dechambre : Dictionnaire encyclopedique de Sciences medicales VI.
I. Ibrahim : Krankheiten des Nervensystems.
De Quervain : Spezielle chirurgische Diagnostik.
L. Imbert, C. Oddo, etc. : Accidents de Travail.
Brouardel : La mort et la mort subite.
A. Strümpell : Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie.
Reclus-Kirmisson : Manuel de Pathologie externe 1907.
A. Lacassagne et E. Martin : Precis de médecine legale 1917.
Forque et Janbrau : Guide pratique du médecin dans les accidents de travail.
Vasilescu : Fracturile boltii craniene. Teză București 1926.
Ch. Vibert : Precis de médecine legale 1917.
Forgue E. : Precis de pathologie externe.
Dieulafoy : Manuel de pathologie interne.
St. Chauvet : Meningites aiguës. Traité de pathologie medicale etc. Emile Sergent.
-