

SISTEMA NERVIÓS

CONTRIBUCIÓ A L'ESTUDI DE LA MENINGITI VENTRICULAR

pel Dr. J. GIRONA i CUYÁS

No's tracta ni d'una malaltia nova ni solzament d'una modalitat diversa, és solzament una evolució localitzada de la meningiti cerebro-spinal, malaltia tant i tant descrita per tots els autors.

La literatura, però d'aquesta forma localitzada, estudia-da en el sentit nosològic, és mólt moderna. El primer en parlar-ne i encara en sentit anàtomo-patològic fou Merle en la seva tesi de París, Desembre 1911. Després d'ell s'en han ocu-pat, però sòls parcialment i més bé relacionant-ho amb l'hidro-cefalia amb la qual no té rés que veure, Nobecourt, Netter, Auchete i Cushing. La descripció detallada i completa no's troba sinò en un article del Dr. Chiray, publicat en la *Presse Medicale* del Desembre de l'any 1915, i en la tesi espléndida del Dr. Helley, presentada aquest any a la Facultat de París.

També s'en ocupà detalladament Marfan en quatre confe-rencies que donà el Janer de l'any 1916 a l'*Hospital des Enfants Malades*, ampliades amb nombrosos treballs de laboratori i ne-cropsia.

Fins ara tots quants han tractat aquest assumpte li han donat un nom divers. Aixís Auchete l'apel·là *Meningiti cerebro-spinal de forma prellongada caquética*; Quinke, *Meningiti serosa*; Chiray, *Piocefalia*; Marfan, *Ependimiti meningocócica que evoluciona en cavitat closa*, i Halley, *Formes tabicades de les me-ningitis*. Nosaltres l'hem retolat *Meningiti ventricular* en gracia a la breuetat.

Aquesta forma localitzada jo crec que's molt més freqüent de lo que a primera vista sembla, car moltes de les meningitis cèrebro-espinals de terminació funesta malgrat la serumteràpia ben dirigida podrien, potser, ésser incluídes en el cercle d'aquesta modalitat.

En tots els tractats de Medecina infantil s'hi troben mantes observacions de meningitis meningocócica (especialment en infants que encara popen) que acaben amb la cronicitat, preferentment amb formes cerebrals i pseudo-hidrocefàliques (i dic pseudo-hidrocefàliques perquè podria ésser que la distensió intra-craneal fós tan sols produïda per pus al·lojat en els ventriculs). Aixís mateix en les diverses tesis de París, Bordeaux, Lansanne i Genève que he tingut ocasió de consultar, es nota una gran copia de cassos amb acabament fatal degut a una prellongació de símptomes i mantes voltes a un augment sobtat dels ja existents.

En principi, la localització ventricular té per causa l'obstrucció mecànica dels punts de comunicació existents entre'ls espais subaragnoideus i les cavitats ventriculars. Recordém que la circulació central del líquid cèfalo-raquidi s'estableix dels ventriculs laterals al tercer ventrícul per mitjà del forat de Monró i del tercer ventrícul al quart per l'aqüeducte de Silví i d'aquí al conducte central de la mèdula, i que la circulació subaragnoidea que s'exten per els diversos llacs, rivuli, rivi i flumina de les circunvolacions cerebrals es comunica amb la ja dita circulació central per mitjà del forat de Magendie i pels de Louska ademés dels petits orificis que molts anatòmics han volgut veure a nivell de l'escletja de Bichat, els quals de tots modos en els infants no existeixen pas. Ara bé, aquesta unió de les dúes circulacions (que s'estableix per demés, per uns orificis ja de sí petits) és molt fàcilment interrompuda en el curs d'una meningiti cèrebro-espinal fins a voltes lleugera, per la pèrdua de la permeabilitat d'aquests forats de comunicació. Una volta obturats aquests orificis, ja per un magma leucocitari o microbià, ja per exudats diversos, ja per el mateix ingurgitament vascular i la inflamació de les meninges, queden establerts dos o més focus, l'un que comunica amb el conducte raquidià, altre o altres closos dins dels ventriculs.

Clínicament aquest epifenómen es revela no pas per un síndrome clar i definit, sinò per un pas a la cronicitat, i s'accentúen els símptomes aguts, l'estat general cau més en postració,

els trastorns tròfics augmenten i l'estat psíquic s'embruteix. Els trastorns esfinterians serien constants, segons M. Chiray, els reflexes estarien abolits segons demostrà M. Marfan. El pols és accelerat i deprimat, la respiració arrítmica. Helly ha trobat mantes voltes el ritme de Cheyne-Stockes. La temperatura pot revestir tres modalitats. El malalt pot quasi bé estar apirètic (una lleugera oscil·lació d'algunes dècimes, per sobre 37°). Es pot presentar una veritable forma intermitent palúdica amb elevacions fins a 40°, i es pot presentar una forma que simularia una febre tifòidea. Aquesta última forma és potser la més freqüent.

Per fer el diagnòstic s'ha de recurrir a la punció lumbar que dona signes negatius d'alta importància.

Aquests són: La presència d'un líquid clar i quasi amicrobià, malgrat la recaiguda clínica, i l'escassetat de líquid que's logra estreure al fer una punció a les poques hores d'haver-ne fet una altra i contrastant amb l'exagerada pressió intracraneana que's manifesta clarament per l'abombament de les fontanel·les. Aquests són els dos signes negatius principals. MM. Chiray i Anchete en citen d'altres de menys importància. Els dos descrits són patognomònics.

M. Chiray descriu lo que ell ne diu *signe reflexe* que's un signe diagnòstic positiu, independent de la punció lumbar. Consisteix en injectar un centímetre cúbic de serum antimeníngeocòic en injecció intravenosa. Si el subjecte no pateix meningiti ventricular, l'injecció no provoca cap símptoma, però en cas contrari l'injecció dona lloc als 20 ó 25 segons a una sèrie de fenòmens sempre identics. La cara es torna roja, els llavis i orelles amoratats. Les conjuntives estàn injectades. Hi ha pèrdua del coneixement. La respiració esdevé irregular, a voltes fins s'interromp durant quelques segons, el pols se torna imperceptible. Després de cinq o sis minuts tot desapareix; el malalt torna a quedar normal.

Explica M. Chiray aquest síndrome per una congestió que l'injecció de serum provocaria a nivell dels plexes coroïdeus dels ventriculs laterals; la que provocaria un excés de pressió dins les cavitats ventriculars (privades de les seves vàlvules de seguretat a causa de la obturació mecànica), i aquesta pressió fóra trasmesa per l'aqueducte de Silvius fins al quart ventrícul, i a l'actuar sobre'l sòl d'aquest provocaria els fenòmens instantanis descrits, sobre'l cor i la respiració.

Com a únic tractament tots els autors coincideixen en con-

siderar, que deu limitar-se el cambi de v a d'introducció del serum. Deu injectar-se, doncs, per v a ventricular. En el nen que encara té obertes les fontaneles, la puncci  es f cil, es practica en l'angle extern de la fontanela bregm tica amb una agulla de 7   8 centímetres. La direcció que deu don r-se-li  s d'uns 20 , com si's volgués perforar l'o it extern de l'altre costat.

Un cop l'agulla col locada es va tantejant sense m oure-la en sentit lateral per a no dislacerar els teixits, sin  retirant-la un poc per a tornar-la a enfonar en altra direcció fins que brolli l iquid. Allavors es f  l'evacuació i l'injecció de serum. Si no surt el l iquid expont niament pot emprar-se una xeringa per a fer l'aspiració. La quantitat de serum que s'injectarà estar  en relació amb la quantitat evacuada, de 5 a 20 centímetres cúbics. En l'adult o quan les fontaneles siguin clossos, deu practicar-se la trepanació previa a nivell del lòbul frontal o temporal.

Ara resumir  una llista de cassos, un observat al servei de M. Marfan, i el qual serv  com a demostratiu en les conferències que ell don , i els altres d'observació personal.

P. A. Ocupava el llit n.  17 de la sala *Creche* de l'*Hospital des Enfants Malades*. Entra el 25 de Novembre de 1915. Edat 17 mesos. Criat per sa mare, ben nutrit, sense antecedents. Començà amb el signes clàssics (cefalea, contractures). La fontanela bregm tica es presentava m lt abombada, dilatació pupilar, visió quasi nula, cor, respiració i pols lleugerament alterats.

Dia 30 de Novembre. Puncci  lumbar, extracció de l iquid esp s, ric en diplococs, injecció de 20 centímetres cúbics de serum.

Dia 1 de Desembre. Puncci , s'extreuen 15 c. c. i s'injecten 25.

Dia 2 de Desembre. S'extreuen sòls 5 c. c. i s'injecten 20.

Dia 3 de » Sòls s'extreuen algunes gotes i els símptomes augmenten. Examinat el l iquid es veg  que no tenia meningococs.

Dia 4 de Desembre. Es practica la puncci  ventricular que's repeteix els dies 5 i 6, morint el malalt el dia 10. L'autopsia revela lo següent:

En el crani.—En la convexitat del cervell sòls una lleugera congestió. A la base exudats verdosos i pus. La pia-mare infiltrada d'exudats fibrinosos lo mateix que'ls voltants del 4.  ventrícul. Aquests exudats obstru en completament els mitjans de

comunicació amb l'espai subaragnoideu. Dintre del 4.^{rt} ventrícul gran quantitat de líquid purulent. L'aqueducte de Silvi obтурat per un magma d'exudats.

En la médula.—En la regió dorsal exudats fibrinosos. La regió lumbar completament normal.

Hi havia, doncs, 4 focus tots aïllats. El 4.^{rt} ventrícul. La base del crani. Els ventrículs laterals i la médula dorsal.

Els cassos personals són set. No'ls enumeraré per no allargar massa aquestes notes.

Dúes coses, emprò, voldria fer notar:

1.^{er} Es practicà l'injecció del signe reflexe de Chiray en tots set: en dos va ésser positiu en els altres negatiu. En els dos cassos positius es practicà la punció lumbar. En tots dos el líquid ventricular fou purulent, en cambi la punció lumbar donava en un un líquid clar, en altre un líquid amb meningococs, però amb menys quantitat. El un morí, el altre entrà en una ràpida millora a partir de la 4.^a injecció ventricular.

Dels 5 cassos amb Chiray negatiu, 4 es tractaren per la serumteràpia raquidiana (el quint no, perquè va resultar ésser una pseudo-meningitis prodròmica d'una neumonia) i's curaren, i l'altre morí, es tractava d'una meningitis de forma fulminant.

CONCLUSIONS

1.^a En els nens, especialment en els de pocs mesos, és molt freqüent la localització de la meningiti cerebro-espinal en els ventrículs per l'especial disposició anatòmica dels punts de comunicació dels ventrículs amb l'espai subaragnoideu i per la profusió d'exudats que's formen.

2.^a En els infants que popen es fà generalment tard el diagnòstic, car sovint la meningiti es presenta enmascarada per trastorns d'altra índole, especialment gàstrics, lo que fà que molt sovint ens trobém amb una cronicitat establerta, la qual evoluciona fatalment malgrat el serum.

3.^a Els signes que permeten diagnosticar la localització en focu clos de la meningiti en la cavitat ventricular son: el pas a la cronicitat malgrat la serumteràpia, l'augment del quadre sintomàtic d'ordre cerebral, els signes negatius de la punció lumbar i el *signe reflexe* de Chiray.

4.^a Les puncions ventriculars són inofensives.

5.^a Sempre que una meningiti cèrebro-espinal evolucioni cap a la cronicitat, per poca sospita que hi hagi de que estan obturats els mitjans de comunicació entre les dues circulacions central i perifèrica del líquid cèfalo-raquídi, deu fer-se la punció ventricular, examen citològic i bacterià del líquid extret i injecció consegüent de serum si l'exàmen es positiu.