

Clinica neurologica din Tîrgu-Mureş (conducător Acad. Miskolczy Dezideriu)

ARACHNITELE

Acad. Miskolczy Dezideriu

Grupa arahnitelor reprezintă o entitate morbidă cunoscută de mult în patologie. Atenția noastră s-a îndreptat spre această problemă doar în ultimele două decenii, odata cu dezvoltarea tot mai avîntată a neurochirurgiei și a sporirii sarcinilor ei, fapt ce a făcut să crească exigența față de preciziunea diagnosticului clinic. Progresele înregistrate în domeniul diagnosticului radiologic și lichidian ne-au ajutat să acumulăm noi și noi cunoștințe în această problemă. Totuși unele succese și mai ales unele insuccese pe care le-am înregistrat în cursul ultimilor douăzeci de ani ai activității mele de neurolog, m-au învățat să dau o cuvenită importanța acestei probleme, în

aparența neînsemnată și pot spune că patologia arahnitelor este una din acele teme medicale cărcia împreună cu colaboratorii mei i-am trăit toate fazele și care prin inepuizabila sa variabilitate simptomatologică îmi da și azi multă bătaie de cap. De bună seamă, pe lângă problemele ridicate de tumorile cerebrale sau de neuroviroze, aceea a arahnitelor pare de o mai mică importanță. Numai acela va înțelege uriașa importanță practică a acestei probleme care a fost frământat la patul bolnavului de întrebarea că oare orbirea progresivă și creșterea tot mai amenințătoare a simptomelor de tensiune intracraniană se datoresc unei tumori gigante sau „numai” simfizei abia schițate a lamelor cisternei mari și care pe baza simptomelor generale și locale ale tumorii cerebrale nu constată după efectuarea trepanației executate în locul presupus de cît o tulburare lăptoasă a arahnoiditei care duce la vindecarea bolnavului prin simpla ei înțepare sau eventual disecare.

Actualitatea acestei probleme este confirmată și de faptul că la conferința din 11.XI.1948 a neurochirurgilor sovietici, închinată comemorării a doi ani de la moartea celebrului neurochirurg N. N. Burdenko, prima zi a fost consacrată problemei arahnitelor și numai în următoarele două zile s-a dezbătut tratamentul chirurgical al epilepsiei, temă nu mai puțin importantă. Aceasta conferință la care au luat parte reprezentanți atît de eminenți ai neurologiei și ai neurochirurgiei moderne ca Egorov, Smirnov, Baron, Rapaport, Triumfov, Kopilov și alții au arătat ca pe lângă bogata experiență și vastele cunoștințe dobîndite în acest domeniu, mai rămîn o serie de întrebări, care își așteaptă răspunsul.

La munca asiduă dusă de zece de ani de cercetători de pretulîndeni, în vederea strîngerii de cunoștințe și date pentru clarificarea acestei chestiuni, au contribuit și savanții romîni. În afara cunoscutei monografii a lui Paulian și Furnescu, au mai adus un aport prețios în cunoașterea tabloului patologic al arahnitelor și Marinescu, Urcchia, Balif, Dragănescu, Moruzzi, Vasilescu, Bruchner, Milcovanu, Fortunescu, Tudor, Hornet și mulți alții.

În cel de mai sus am făcut aluzie la faptul că arahnita se ascunde cu modestie în spatele marilor tablouri clinice ca tumorile cerebrale, pseudotumorile, compresiunile medulare și inflamațiile sistemului nervos. Aceasta constatare este valabilă nu numai în înțelesul ei figurat ci și în cel propriu. Cîte odată *intovarăște* susamîntele tablouri clinice sub forma arahnitei concomitente, camullîndu-le într-o măsură oarecare, alta dată apare în mod independent sub forma arahnitei imitante, reproducînd tabloul clinic al tumorilor cerebrale, al tumorilor intra și extradurale, al siringomieliiei, etc. Cui se datoresc toate acestea? Insușirilor anatomice și destinației fiziologice a leptomeningelor.

Să pornim de la faptul că leptomeningele, care acoperă suprafața creierului și măduvei spinării precum și nervii aparținători și care e format din două lame, la început dezvoltării sale e format doar de un singur strat de țesut conjunctiv lax în care sub presiunea lichidului venind dinspre ventriculii cerebrali se formează o primă cavitate la nivelul ventricolului al IV-lea. Această cavitate este cisterna cerebelo-medulară. De aci torentul lichidian și-a săpat mai departe albia, alcătuiindu-și tuneluri printre cele două lame ale leptomeningelui desprinsă una de alta prin presiunea lichidului, lasînd întinse printre lamele trabecule și ligamente de țesut conjunctiv. Aceste cavități s-au lîgît în funcție de variațiile mai pronunțate ale suprafeței cerebrale, astfel la nivelul unghiului pontocerebelar, al fosei interpedunculare, al regiunii chiasmei optice sau deasupra fisurii lui Sylvius și au rămas înguste la nivelul suprafețelor mai netede ori pe unde circonvoluțiunile sînt mai alipite între ele. Cavitatea leptomeningelui (cavum leptomeningicum) sau spațiile subarahnoidiene (cavum subarahnoidiale) sînt formate deci de două lame, care pe alocurea se îndepărtează una de alta, iar în alte locuri și în mod normal sînt alăturate, în afara situîndu-se arahnoida, iar înaintea pia mater. Vascele sanguine se află în pia mater, dar sa nu uităm faptul că: adventiția lor se împletește cu trabeculele subarahnoidiene. De aici rezulta că limba spațiilor perivasculare și lichidul din spațiile subarahnoidiene se amestecă pe tot cuprînsul suprafeței cerebrale. Din această cauză se schimbă compoziția lichidului produs în ventriculii de îndată ce ajunge în cavitatea subarahnoidiană. În ceea ce privește însă

proprietățile fiziologice ale acestui sistem de cavitați, trebuie să remarcăm că, scurgerea înceată a lichidului este asigurată de „vis a tergo” datorită reproducerii neconținute de lichid în ventricul precum și datorită schimbărilor de presiune intracraniană rezultând de pe urma pulsațiilor arteriale și ale respirației.

Se ivese problema cunoașterii modului de ieșire a lichidului din spațiile subarahnoidiene, cu alte cuvinte cunoașterea direcției de scurgere a lichidului. Aceasta este o chestiune mult discutată dar de o importanță capitală.

Înainte de a rezolva această problemă îmi permit să pun întrebarea: oare Dunărea transportă tot atîta apă în marea cisterna a Marii Negre cîtă apă primește prin afluenții săi? De bună seamă — nu, căci o cantitate importantă se *infiltrază* în solul din jurul ei, ridicînd nivelul apei subterane din vecinătate, iar o altă parte se *evaporează* sub influența razelor soarelui. Tot așa se *infiltrază* o parte a lichidului cerebrospinal prin pîniile care prelungesc spațiile subarahnoidiene în jurul nervilor care trec prin ele, și tot la fel se *evaporează* o cantitate importantă în spre dura mater quasi lipită de arachnoidea și în așa măsură încît în momentul în care ajunge la granulațiile lui Pacchioni spre a se revărsa în circulația venoasă, aproape că *nici nu mai rămîne lichid* care să se reverse în acestea. Afirm acest lucru, căci comparînd masa oarecum redusă a granulațiilor lui Pacchioni cu suprafața enormă a cavităților subarahnoidiene, nici nu se poate închipui ca tot lichidul să dispară pe această cale, mai ales dacă luăm în considerare că aceste formațiuni nu sînt încă complet dezvoltate în copilărie, iar circulația lichidiană există și la copii și încă o circulație destul de pronunțată pentru satisfacerea nevoilor fiziologice. Deci după concepția noastră de astăzi

și în aceasta privesc împărtașesc complet vederile cercetătorilor sovietici din ultima vreme, conform cărora sarcina principală a granulațiilor lui Pacchioni nu este aceea ca prin ele să dispară surplusul de lichid. Probabil, sarcina lor e similară cu aceea a supapei de siguranță de la mașinile cu aburi, ori — servindu-ne de o comparație mai frapantă — cu a șuierului de alarmă de la aparatul de fierț cafea, pentru a echilibra oscilațiunile survenite în mod brusc în presiunea lichidului cefalo-rachidian. Cu alte cuvinte rolul lor ar fi de a asigura o presiune aproape constantă a lichidului. Cui i-ar trece prin cap să golească aparatul de fierț cafea prin supapa de alarmă cînd prin „piima” inferioară curge mai abundent? Dificultățile apar însă îndată ce se astupă pe undeva aceste pîniile fiziologice.

Și prin aceasta am ajuns la una dintre cele mai importante probleme ale patologiei arahnitelor. Dacă vre-un proces patologic împiedică scurgerea și așa lentă — după Alov de 1—2 mm pe oră — a lichidului, se produc simptome de stază a lichidului cefalo-rachidian, a căror intensitate și gravitate variază în raport cu sediul obstacolului, în funcție de diferența dintre presiunea de dinainte și de după obstrucție.

Trebuie să mai atrag atenția asupra unei proprietăți a leptomeningelui. Arachnoidea n-are vase, fiind formată numai din țesut conjunctiv, totuși ea nu este un țesut pasiv din punct de vedere biologic, ci ia parte într-o oarecare măsură la îndeplinirea funcțiilor de sistem reticulo-endothelial. Ea reacționează față de stimuli patogeni în felul ei propriu și anume: se edematiază și se îngroașă. Însă lama opusă, — pia mater — are vase și pe calea lor agenții patogeni pot ajunge din curentul sanguin în leptomeninge, însăși advenția acestor vase poate să reacționeze față de agenți prin simptome de inflamație cu formarea unui exudat, cu precipitare de fibrină, cu diapedeză leucocitară și cu înmulțirea exagerată a histiocitelor. Aceste elemente patologice la rîndul lor pot fi reținute de trabeculele multiple împletite ale spațiilor subarahnoidiene, îngroșîndu-le. Lamellele de țesut conjunctiv s' sudează între ele și se umplu cu lichid cefalo-rachidian și desprinzîndu-se comprimă la rîndul lor și trabeculele teritoriilor învecinate, formîndu-se astfel un adevărat chist lichidian. Dacă acest chist subarahnoidian e format în așa fel încît lichidul își poate face totuși drum de ieșire dintr-insul, atunci nu se întîmplă aproape nimic, dacă însă ieșirea lichidului din chist e împiedecată, atunci acesta se comportă ca și un corp străin, lipsit de orice elasticitate, ajuns între lamelele leptomeningelui. El exercită o presiune asupra țesuturilor nervoase și a nervilor din jurul său, deci va reproduce toată gama de simptome ale unui proces, îngustînd spațiul intracranian.

Sudarea lamelor leptomeningelui și formarea de chisturi se poate produce și sub influența noxelor venite dinspre dura mater, care acoperă întreg sistemul nervos, și din partea tecii osoase, care la rândul ei o înconjoară, adică și din spre coloana vertebrală procesele inflamatorii se pot întinde prin contiguitate asupra arachnoidei, iar aceasta la rândul ei va reacționa și de această dată în felul ei propriu prin edematare, îngroșare și sudarea lamelor leptomeningeeale. Dacă mai adăugăm, că dinspre craniu și mai ales dinspre lama ciuruită a etmoidului, dinspre sinusul sfenoidal și urechea internă, cit și dinspre alte cavități sau părți moi infecțiile se pot extinde în mod rapid asupra durei mater, atunci am și enumerat în mare parte acele cauze care pot produce adeziunile arachnoidiene. În cazul coloanei vertebrale canalele intervertebrale pot forma drumul infecțiilor dinspre torace și cavitatea abdominală. Voi mai întregi cele spuse cu aceea că agenții mecanici acționând asupra sistemului osos de protecție chiar și atunci când dura mater nu suferă o rupere vizibilă a continuității sale, ci este numai ușor contuzionată ori se fisurează, pot produce o reacție din partea arachnoidei subiacente și dacă noxa mecanică a fost îndeajuns de puternică, reacția această a arachnoidei va fi și în aceste cazuri o îngroșare, adică o simfizare a lamelor leptomeningeeale.

Am făcut deci cunoștință din punct de vedere etiologic cu procesele propagate asupra arachnoidei în mod exogen precum și cu inflamațiile propagate pe cale sanguină, precum și cu noxele toxice ale alcoolului metilic, ori alte toxicoze. Trebuie să completăm cauzele enumerate până acum cu noxele patologice endogene, venite dinspre creier, ori maduvă, fie de natură inflamatorie (encefalite), fie de natură mecanică (tumori). Ele la fel pot produce alipirea arachnoidei în teritoriile învecinate, ba chiar și mai îndepărtate, dând astfel naștere la tabloul arachnitelor concomitente, deja amintite. În rezumat deci: la producerea arachnitelor pot interveni cauze epi-, intra- și subleptomeningeeale. Din cauza mării variații a noxelor cauzale, am vorbit până acum de arachnite — la plural — deși știm cu toții, că arachnoida la aceste noxe diferite va răspunde întotdeauna într-un singur mod: „sui generis“.

Se mai vorbește de arachnite hipertensive și normotensive, după cum apar sau nu simptomele de hipertensiune intracraniană în cursul arachnitelor. Aceasta este o problemă de localizare după nivelul la care s-a produs alipirea membranelor, care împiedică scurgerea torentului lichidian dinspre ventricoli, unde se produce, înspre suprafața creierului.

Pe vremuri, dar și nu de mult arachnitele se puneau în legătura cu așa numita meningită seroasă. Dar aceasta este numai o problemă de etiologie. Considerând că și meningita seroasă este un tablou clinic realizat de iritația leptomeningeeală produsă de agenți patogeni cunoscuți sau necunoscuți, vizibili sau invizibili, cit și de procese alergizante, vom părăsi această teorie, cel puțin până la descoperirea agenților patogeni ai acestui tablou patologic rămași încă necunoscuți.

Iar acum să trecem în revistă unele forme clinice ale arachnitelor.

Propun ca în această descriere să urmărim drumul lichidului cefalorahidian de la parăsirea ventricolului al IV-lea.

Aci în fosa craniană posterioară vom da de formele ei cele mai grave și cele mai frecvente în același timp. Prin închistarea cisternei mari în curind apare tabloul hidrocefaliei interne cu toate simptomele hipertensiunii intracraniene. Dacă apare stază, papilară, vărsăturile cerebrale, bradicardia și durerea de cap ca simptome generale de stază și fără nici un simptom de focar, trebuie să ne gândim la închistare arachnoideană. Bine înțeles, în mod frecvent pot să se asocieze la simptomele generale de stază, simptome cerebrale ale unghiului pontin, sau simptome bulbare. Altă dată apar și dispar diverse simptome ale lojei posterioare fără să fie însoțite multă vreme înca de simptomele generale de stază. În asemenea cazuri tocmai variabilitatea capricioasă a simptomelor, dispariția și reapariția lor ne atrag atenția asupra arachnitei chistice. Două locuri oferă împrejurări deosebit de favorabile pentru închistare, pe linia mediană la nivelul scranului lui Magendie și lateral de ambele părți la nivelul unghiului ponto-cerebelos în dreptul aperturii lui Luschka. Dacă chistul se produce în acest loc, asurzia, paralizia facială, anestezia labirintului sînt simptomele incipiente, care ne pot duce în eroare

gîndindu-ne la un neurinom acustic ceea ce nu e rău, dar trebuie să ne gîndim neapărat și la posibilitatea unei arahnite.

Dacă bolnavul se plînge de paralizii faciale repetate, cînd la stîngă, cînd la dreapta și pe lîngă aceasta auzul îi slăbește brusc, trebuie să ne îndreptăm atenția de îndată asupra examinării simptomelor de staza lichidiană.

Un bolnav de al nostru suferea de o hemiatrofie linguală instalată cu ani urmă. apoi a asurzit în mod progresiv. A fost examinat de mulți specialiști, unul a stabilit că prezintă o siringomieliel, altul scleroză în plăci, iar un al treilea susținea că are o tumoră a unghiului pontin. Bolnavul și-a recîștigat auzul după o singură puncție cister-nală. Lichidul cefalorahidian scos s-a coagulat în decurs de cîteva minute. Simptomele au fost produse de o arahnită a lojei craniene posterioare, întreținută de o maladie a lui Paget.

Ar fi inutil să mai înșirăm cazuri spre a ilustra aceste forme de boală căci au fost descrise pînă acum nouă forme de arahnite localizate în loja posterioară avînd o simptomatologie particulară în conformitate cu localizarea supra-, sub-, latero-cere-beloasă sau pre- și post angulopontină a chistului. Principalul în toate acestea este, că ori de cîte ori ne vom întîlni cu un sindrom variabil al lojei craniene posterioare, să ne gîndim întotdeauna și la posibilitatea unei „modeste” arahnite. Trebuie să accentuăm că chisturile se înmulțesc prin excelență și astfel după numărul, mărimea și localizarea lor diferită pot produce game întregi de simptome. De multe ori la schimbarea poziției capului, mai ales la aplecarea lui apare o cefalee ceea ce indică prezența unei arahnite. La patul bolnavului am învățat că simptomul descris în manuale sub numele de nevralgie occipitală este întotdeauna simptomul de alarmă al cîteunui proces patologic al lojei posterioare ori a segmentilor medulari cervicali superiori și nu arareori al unei arahnite.

Dacă lichidul cefalorahidian trece de această primă cataractă, torontul domol al lichidului se desface în două, o parte se va îndrepta înspre canalul medular, iar cealaltă parte înspre părțile orale ale bazei creierului.

Cisterna pontină (c. pontis) e o cavitate relativ mai largă a leptomeningelui, poate din acest motiv se observă mai rar arahnite la acest nivel, deși se produc și aici. Bruetsch cu ocazia examinărilor anatomo-patologice executate în scopul de a stabili frecvența arahnitelor a putut constata o frecvență mare a lor la nivelul bazei craniului. E bine, că acestea sînt de cele mai multe ori asimptomatice, probabil tocmai din cauza lărgimii mai mari a spațiului subarahnoidic. La congresul ținut în memoria lui Burdenko, Rapaport pe baza experienței lui de neurochirurg ne-a atras atenția că multe *nevralgii trigeminale* au avut drept cauză o arahnită bazală. Acest fapt mă întărește în vechea mea convingere, anume în aceea, că *nu există* nevralgie trigeminală fără substrat anatomic. De acum înainte în cazul unor paralizii subite ale oculomotorului extern ne vom gîndi la posibilitatea unei arahnite bazale pontine, căci la nivelul punctului de ieșire al nervilor, rădăcinile nervilor sînt învelite de o teacă — care se strîmtează repede — formată de dura mater și pioarahnoida. Se înțelege deci ca cea mai mică schimbare de presiune la acest nivel, fie produsă de inchistarea temporară a lichidului sau chiar de dilatația patologică a vaselor, poate produce strangularea apoi iritația nervului iar mai tirziu chiar întreruperea conductibi-lității lui.

Pe baza unei atari concepții Taarnhoei (1952) și Stender (1953) au vindecat cu succes nevralgii trigeminale considerate „genuine” prin decompresivitatea operatorie a porțiunii radiculare a nervului trigemen și a ganglionului lui Gasser.

Iată acum *fosa interpedunculară*. Este o cavitate largă, prin care trece nervul motor ocular comun. Sau iată *cisterna ambiens* în jurul pedunculului cerebral, printre lamelele acesteia trece în jos și înainte nervul patetic (n. trochlearis). De cîte ori nu ne-a frămîntat problema cauzei paraliziei izolate a nervilor III. sau IV după o stare gripală gravă. Cred că a fost o arahnită circumscrisă.

Despre inchistarea completă a cisternei ambiens manualele, chiar și cele mai vaste și moderne, nu pomenesc, cu toate că și aceasta poate surveni. Se pare că litera-tura medicala veche clasifică această arahnită în grupa celor cerebeloase. Luînd în

considerare faptul că compresiunea mezencefalului va produce pe de o parte prin obstrucția apeductului Sylvian o hidrocefalie internă gravă, iar pe de altă parte dă naștere la o decorticație neurologică, vom înțelege simptomatologia particulară a acestei variații de arahnită. Un bolnav prezentând un acces puternic de cefalee se ridică într-o poziție șezândă în pat, după aceea cade într-o poziție rigidă de opistotonus și moare. Un altul în poziție culcată execută cu picioarele mișcări de mers, iar cu trunchiul mișcări de torsione în jurul axului corporal. *obstrucția cisternei ambiens l-a decerebrat.* Mai recent se pot recunoaște aceste forme pe baza ventriculogrammei caracteristice, dar nu cunoaștem nici un caz de intervenție neurochirurgicală cu rezultat favorabil.

Ne reamintim, nu-i așa, din studiul anatomiei normale de faptul că diferențierea între cisterna tuber cinereului și a chiasmei o țineau drept rezultatul meticulozității unor anatomiciști, dispunând de prea mult timp.

Dacă vom studia cu atenție tablourile clinice de la acest nivel ne vom da seama că aceasta diferențiere e necesară și din punct de vedere clinic. Chistul tuber cinereului va produce sindrome endocrinene și în primul rând distrofie adipogenitală, diabet insipid, sau alt sindrom diencefalic asociat cu cefalei și ambliopie. E natural totuși că simptomele chiasmei din cauza apropiării ei vor anapă de asemeni în toate aceste cazuri, căci cisterna tuber cinereului confluează cu cisterna chiasmei.

Și acum am ajuns la *arahnita optochiasmatică*, care ocupă locul al doilea în privința frecvenței și a importanței.

Dacă studiem foile de observație vechi ale clinicilor ne va surprinde numărul mare al celor oameni tineri, care și-au pierdut vederea în urma așa numitelor *neurite retrobulbare*. Azi știm că o bună parte dintre acestea aparțin arahnitelor perichiasmatiche. În antecedentele acestor bolnavi găsim numai vreo răceală, gripă nu prea pronunțată, vreun catar faringean, granulom dentar, etc. Acele cazuri surprinzătoare, care se vindeca după extracția unui canin gangrenos nu se pot explica decât prin patomecanismul arahnitei. Inflamațiile cavităților nazale și sinusale se pot extinde ușor asupra regiunii orbitale a creierului și a regiunii hipotalamusului. Vendég a demonstrat în mod concludent rolul căilor limfice din această regiune ca transmisitoare posibile ale infecțiilor viralice prin următoarea experiență a injectat în cadavre umane 2 cm. de novocaină, amestecată cu albastru de metilen, sub mucoasa septului nazal în ambele părți în treimea anterioară a septului. La secționare a găsit toată baza craniului colorată în albastru, *mai pronunțat colorându-se lama ciuruită, șeaua turcească, clivusul, cit și partea anterioară a lobei cerebrale mijlocii.* Dacă a injectat numai o cantitate de 0,5 cm, atunci s-au colorat numai ultimele locuri citate. Această experiență explică otorinolaringologilor fenomenele de amețeli, transpirații, ba chiar pierderea conștiinței, observată cu ocazia anesieziei facute în vederea operației devierii de sept nazal, iar patologilor le demonstrează importanța infecțiilor bazocraniene ajunse prin poarta largă a cavităților nazale. Din fericire față de numărul mare al cazurilor nazale, întâlnim un număr relativ mic de arahnite grave.

Nu am intenția de a aborda mai pe larg chestiunea arahnitelor optochiasmatiche, dar atrag atenția asupra faptului, că dacă în cazul unei neurite optice constatăm leziuni variabile — chiar așa putea spune capricioase — din partea cimpului vizual, atunci trebuie să ne gândim la o arahnita optochiasmatică. Aș putea spune: de îndată ce leziunea cimpului vizual nu corespunde nici tabloului unei secțiuni totale, a chiasmei, nici aceluia al întreruperii tractului, atunci presupunerea unei arahnite este foarte întemeiată. Hemianopsia verticală monoculară, hemianopsia orizontală bilaterală, scotoma bilaterală centrală, hemianopsia totală, sau orice altă formă de strângere neregulată a cimpului vizual pledează pentru inflamația circumscripă a arahnoidelor. Sint și cazuri fericite ca acela pe care l-am prezentat la ședința filialei Societății Științelor Medicale din Tirgu-Mureș în 1950: în acest caz hemianopsia monoculară și ambliopia celuiilalt ochi, a dispărut după cîteva insuflații encefalografice. Aerul insuflat în spațiile subarahnoidiene a deslăcut aderențele, deschizînd drum liber circulației lichidiene. Cazuri ca acesta dovedesc totodată, că în fazele

incipiente survin numai *aderențe* arachnoidiene iar adeziunile grave cu atrofiile optice se constituie abia mai târziu.

Oculiștii sînt puși deseori în fața problemei de a decide dacă au de-a face cu o staza papilară poate să apară în cazul aderențelor arachnoidiene din loja craniană ca în cazul nevritei optice este vorba de un proces arachnoidian optochiasmatic, iar staza papilară, sau cu un edem nevritic. La prima vedere pare a fi logică concluzia, posterioară. De fapt așa și este, dar s-au constatat și arachnoidiene optochiasmatică cu staza papilară. În cazurile acestea va decide numai radio-diagnosticul.

Urmind mai departe drumul lichidului cefalorachidian ajungem la problema *arachnidelor convexității*. În legătură cu acestea nu mă voi opri asupra descrierii simptomatologiei ci prefer să fac o prezentare a citorva aspecte caracteristice. Arachnida fisurii lui Sylvius are o formă clinică tipică, care se manifestă prin accese bravais-jacksoniene unilaterale, din partea mușchilor feței, faringelui și laringelui, sau — dacă este vorba de emisfera dominantă — prin accese apoplectiforme, de afazii motrice.

Am observat un bolnav cu acest tablou în clinica noastră căruia înainte de intervenția neurochirurgicală proiectată i-am făcut o insuflație cu aer în scop diagnostic, după care accesesele frecvente n-au mai reapărut. Reumatismul, cauză a arachnidei s-a trădat numai după aceea — în timpul observării bolnavului — prin apariția unor noduli reumatici. Am amintit doar în treacat rolul maladiilor alergice în arachnide, așa dori să adaug acum, că aceste boli joacă un rol important în etiopatogenia arachnidelor și din punct de vedere numeric. Fosa lui Sylvius e cea mai mare cisternă a convexității, și pentru că arachnoidea de aici trece pe polul temporal, nu ne va suprinde faptul că în ordinea frecvenței urmează chisturile temporale. Din păcate înfilnim acestea de cele mai multe ori doar la autopsii, datorită așezării lor în zonele mute ale creierului.

Arachnidele encefalului, la prima vedere, par a nu ne produce mari dificultăți diagnostice, fiind scema de faptul că așa numitele arii motrice extrapiramidale ale scoarței cerebrale răspund la iritarea lor prin accese convulsive caracteristice fiecărei zone în parte, pe cînd alte leziuni de focar se trădează printr-un minus, ori prin defecte funcționale. Toate acestea sînt adevărate pînă la un punct, dar de multe ori ne-au indus în eroare.

În privința cazurilor complicate cu simptome psihotice nu posedăm decît cîteva date cazuistice răzlețe fara a dispune de o prelucrare sintetică explicită. Elaborarea acesteia este o sarcină a viitorului. Fața de Kroll (din Minsk) care arată ca în cazul presupus al unei arachnide cu o simptomatologie a lojei posterioare, s-a putut stabili ulterior că este vorba de un proces arachnoidian al lobului frontal, eu pot să prezint un caz de-al nostru în care am intervenit în aparență cu succes pentru o arachnida din regiunea frontală și la care doar la autopsie am putut stabili cauza morții neașteptate, consecutivă unui proces arachnoidian al lojei posterioare. Cu alte cuvinte și în cazul emisferei cerebrale apare variabilitatea și capriciozitatea caracteristică arachnidei, căci uneori un chist relativ mic prezintă simptomatologie bogată, altelei chisturi mari și multiple nu produc simptome și în fine apariția unui chist permite presupunerea reproducerii lui în alte părți. Nu trebuie să uităm că arachnoidea produce nu numai chisturi ci și simlize întovărășite de distrugerea parenchimului nervos subiacent. Tocmai multiplicitatea și adeziunile sînt acele caracteristici ale arachnidelor, care îl pun pe medic în fața unor probleme dintre cele, mai grele.

Înainte de a trece la expunerea tratamentului, trebuie să mai amintesc arachnidele spinale, care fiind destul de cunoscute ma voi rezuma la constatarea, că arachnidele spinale pot reproduce de la simpla iritație a rădăcinilor pînă la tabloul complet al compresiunii medulare, toată simptomatologia maduvei spinării.

Un coleg medic, care nu putea sa umble de ani de zile, ne-a cerut sa-i ușurăm starea produsă de siringomielia cu sindrom *Brown-Séquard* de care suferea, aplicînd intervenția lui Puissep prin secționarea longitudinală a maduvei.

La intervenție am găsit o arachnidă chistică care a fost alit de bine rezolvată. Fiecit bolnavul a putut parăsi clinica pe picioare, recîștigîndu-și puterea de muncă. Acestea sînt cazuri excepționale. Cazurile favorabile sînt în general acelea,

în care chistul e unic, ori sînt chisturi puține și mai cu seama acelea în care găsăm un traumatism în antecedente. În schimb avem parte și de multe decepții, nu numai fiindcă diagnosticul nostru de localizare e așa de nesigur, ci mai ales pentru că intervenind la nivelul leziunii principale, mai rămîn deasupra și dedesubt, de-a lungul întregii măduve chisturi nenumărate. Este adevărat că s-au obținut rezultate bune și prin laminectomia a 10 vertebre fără o tulburare statică mai pronunțată, totuși nu putem să procedăm la mutilarea întregii coloane

Adeziunile lamelare constituie o alta forma supărătoare. Pe de o parte desiacerea lor nu reușește întotdeauna, pe de altă parte precum am mai amintit, nici măduva subiacentă nu este de obicei intactă. S-au găsit chisturi care au ocupat toată secțiunea transversală, a măduvei, dînd naștere la o leziune transversala total ireparabilă. În privința prognosticului constatăm că, arahnitele cauzate de inflamațiile repetate, cronice, ca cele alergice și leptomenigeale luetice sînt cele mai grave.

Înainte de a trece la discutarea unor probleme de diagnostic voi aminti că nu toate durerile lancinante sînt de natură tabetică, chiar în prezența reacțiilor specifice pozitive, ele pot fi consecința unei arahnite izolate periradiculare. Tot astfel nu toate leziunile optice sînt de natură tabetică, ci și ele pot fi cauzate de arahnite optochiasmatiche. În fine să nu ne grăbim a eticheta durerile iradiante de costale, drept nevralgii, sistînd astfel cercetările etiologice. De multe ori sînt expresia unei iritații radiculare cauzate frecvent de arahnite localizate.

Din cele expuse pînă acum reiese și faptul că examinarea clinica nu e suficientă pentru stabilirea precisă a diagnosticului și în alara de examinarea lichidului cefalorahidian trebuie să executăm și pe cel radiologic. Radiografia simplă a craniului ne va ajuta în cazul arahnitelor regiunii șei turcești, căci pe lingă aspectul ei normal tulburările diencefalo-hipofizare sau simptomele chiasmatiche pledează pentru o arahnita tuberală ori optochiasmatică.

De altfel pentru diagnosticul proceselor intracraniene, în primul rînd, ne servim azi de radiografii precedate de insulfații, pe cînd în cazul arahnitelor spinale radiografiile sînt precedate de instilări cu uleiuri iodate

În cazul sindromelor lojei craniene posterioare vom face bine înțeles uz de ventriculografice și dacă constatăm dilatația enormă a întregului sistem ventricular inclusiv al ventricolului al IV-lea diagnosticul de obstrucție mediană e ca și sigur.

În cazul chisturilor cisternei ambiens putem să ne așteptăm la tabloul obstrucției ventriculografice și dacă constatăm dilatația enormă a întregului sistem ventricular în același timp în cele citeva cazuri observate pîna acum se poate constata un desen caracteristic în formă de potcoavă a recesului suprapineal. Pentru a obține o imagine mai clară în cazul arahnitelor chiasmatiche ne vom servi de insulfație cu aer pe cale intrarahidiană lombară, căci în cazul insulfațiilor suboccipitale aerul ajunge de obicei numai în ventriculi. În cazul insulfațiilor reușite însă interpeduncularea și regiunea chiasmei se conturează bine, adică în cazul aderențelor de la acest nivel aerul nu va ajunge aici. Știm din experiență că chiar dacă aerul ajunge în regiunea chiasmei pe lingă simptome concludente, arahnita nu este exclusă, căci tocmai scoaterea unei cantități mari de lichid, cit și acțiunea dilatatoare a aerului insuflat pot desface aderențele, facînd drum liber circulației lichidiene, adică cisterna se deschide tocmai în urma insulfației. Aceasta acțiune terapeutică favorabilă a insulfației, o aplicăm desori și în mod conștient

Din cele expuse reiese că la suprafața convexității alit plusul cit și minusul de umplere cu aer ne pot da indicații diagnostice dintre cele mai utile, ajutîndu-ne în descoperirea existenței chistelor și aderențelor de la nivelul suprafețelor cerebrale

În diagnosticul proceselor spinale introducerea uleiului iodat ne va da lămuriri utile, observînd în un nivel dat umbra unui stop linear transversal, în forma de cub, în formă de picătură, de formă filamentoasă, în formă de stalactite, sau în forma imaginii corespunzătoare scurgerii unei luminari topite.

Drept încheiere trebuie să mai amintesc în mod rezumativ și principiile tratamentului. În cele expuse pînă acum am amintit citeva procedee. Astfel a fost vorba

de rezultatele bune obținute prin intervenție neurochirurgicală, despre scoaterea de cantități mari de lichid, dar având în vedere tendința mare la recidivă a arahnitelor vom îi pe cât posibil conservatori, ne vom strădui să atingem rezultate terapeutice bune, administrând preparate de iod, mercur, radioterapie, etc. În două forme ale arahnitei nu vom întârzia cu intervenția neurochirurgicală, și anume în cazul arahnitelor chiasmatic și în a celor cu o obstrucție a căilor lichidiene din loja posterioară. În primul caz întârzierea intervenției periclitează vederea, iar în cel de al doilea, nu numai vederea ci și viața bolnavului. Cu cât vom interveni mai repede asupra chistului perichiasmatic pe cale transfrontală, cu atât rezultatul va fi mai favorabil. Recent neurochirurgii pentru o cât mai bună decompresie a nervului optic *indepartează și lama osoasă superioară a canalului optic*. Decomprimarea operatorie a celui de al VIII-lea nerv cranian poate să dea rezultate în cazul surdităților de origine arahnoidiană (Miskolczy și Máthé, 1955). În caz de obstrucție a fosei posterioare sensul circulației lichidului c. r. se poate schimba prin perforarea laminei terminale. Există însă o regulă importantă — asupra respectării căreia Egorov ne atrage atenția cu insistență — și anume să cruțăm cât mai mult leptomeningele de manipulare superilue și să asigurăm o perfectă hemostază, căci orice iritație, sau resturi de sînge, pot fi cauza unor noi aderențe.

Rezultatele intervenției sînt bune în cazurile post-traumatice. În stabilirea etiologiei la interogatoriu trebuie să ținem seamă de faptul că după traumatismul coloanei vertebrale, la nivelul traumatismului, arahnita poate să apară și după un interval de 10—20, ba chiar 30 de ani. Ne îndispune însă faptul că pericolul recidivelor este destul de mare.

Bine înțeles ne vom strădui cînd e posibil să aplicăm o terapie cauzală. În cazul tulburărilor vizuale de origine luetica însă tratamentul specific ajută foarte puțin. Să nu evităm prin urmare, însuflățiile nici în aceste cazuri.

În introducerea acestei lucrări, cu ocazia enumerării factorilor cauzali n-am amintit de *arahnitele iatrogene*, adică de acele forme care sînt cauzate de medici prin administrarea intrarahidiană a unor medicamente în mod inutil și dăunător. Această chestiune am lasat-o la urmă chiar din cauza importanței ei. Să nu uităm ca spațiile subarahnoidiene sînt cavități extrem de sensibile față de iritațiunile de ori ce fel. E de ajuns dacă racim lichidul odată scos și îl reintroducem pentru a obține creșterea albuminelor în lichid și pleocitoză. Mai de mult injecțiile intrarahidiene cu salvarsan, lecitină — fără rost și periculoase — mai recent cu preparate de sulfamide și cu cantități mari de streptomycină, produc aderențe, care uneori nici nu mai pot fi rezolvate prin nici un fel de intervenție. Penicilina spre norocul nostru e bine tolerată în cantități nu mai mari de 10.000 de unități. Această modalitate de administrare a penicilinei o și întrebuițăm în mod frecvent. Eu și colaboratorii mei luptăm în scris și prin viu grai neîncetat împotriva administrării medicamentoase intralombare, deocamdată însă cu puține rezultate. În ultimul timp am constatat arahnite grave și după administrarea intrarahidiană a uleiurilor iodate, în scop diagnostic. Am parăsit pentru moment această metodă de altfel prețioasă și o vom relua doar cînd vom dispune de preparate mai bune. În locul ei încercăm a perfecționa metoda mielografiei cu aer insuflat, o metodă de precizie diagnostică mai scăzută, dar în schimb absolut inofensivă.

Am văzut, că în probleme arahnitelor pe lângă rezultate favorabile avem și multe decepții. Sînt însă multe fapte, care ne fac să fim optimiști. Un asemenea fapt este observația că multe arahnite sînt mute din punct de vedere clinic în timpul vieții, putîndu-se vindeca fără nici o sechelă. În majoritatea cazurilor putem interveni cu un tratament medical activ sau conservativ. Odată cu desăvîrșirea metodelor noastre diagnostice și tratament vom putea să luptăm împotriva acestei maladii cu un succes din ce în ce mai mare.