

MODIFICĂRI SIMPTOMATOLOGICE CAUZATE DE ANTIBIOTICE IN OTO-RINO-LARINGOLOGIE

Vendég V., Müljaj L.

(Partea II-a continuare din nr. 2/1956).

Chiar și astăzi cînd avem la dispoziție substanțe anti-infecțioase puternice (chimioterapicele și antibioticele) soarta bolnavilor de meningită otogenă depinde de precocitatea luării lor în tratament corespunzător. Pe baza experiențelor noastre de mai mulți ani — în cazul meningitei otogene — nu putem aștepta vindecarea decît în acel caz cînd de la apariția primelor semne meningitice pînă la instituirea tratamentului corespunzător nu au trecut mai mult de 24 de ore. În fazele mai înaintate, la 2—3 zile după ivirea simptomelor meningitei, sau mai tîrziu nu putem salva viața bolnavului de meningită otogenă, nici cu ajutorul operației și nici cu ajutorul tratamentului medicamentos corespunzător. În aceste cazuri prin tratament potrivit putem obține sterilizarea procesului și anume ca germeenii piogeni să nu poată fi cultivați din l.c.r. și nici din puroiul meningelor — recoltat cu ocazia autopsiei — totuși nu putem salva viața bolnavului. Se pare că în aceste cazuri moartea este cauzată de modificările inflamatorii progrediate și de edemul cerebral concomitent.

Este cunoscută, dar în practică nu este întotdeauna interpretată în mod just otalgia, prezentă adesea între simptomele precoce ale meningitelor. Între simptomele inițiale ale meningitelor de diferite etiologii pot fi prezente otalgii spontane și dureri la palparea și apăsarea urechii, de cele mai multe ori unilateral. În urma acestor neplăceri bolnavii trec printr-un examen de O.R.L. În cazul meningitelor seroase (apărute în legătură cu pojarul, parotidita epidemică, gripa, etc.) pot fi prezente în același timp otite medii catarale, care în anumite cazuri sînt interpretate ca fazele inițiale ale otitelor medii supurate. Dacă în aceste cazuri introducerea tratamentului antibiotic și operația urechilor are loc cu 2—3 zile, sau chiar mai tîrziu după apariția meningitei, ele se vindecă de regulă. Aceste cazuri însă se vindecă de obicei și fără operația urechilor și fără un tratament antibiotic. Ca exemplu prezentăm două cazuri dintre cele observate de noi.

4. Bolnava F. K. agricultoare de 22 ani, la 26 VI. 1952 a fost internată de medicul curant la clinica de interne din Tîrgu-Mureş cu diagnosticul de meningită, avînd dureri de cap și otalgie în urechea dreaptă, de trei zile, temperatura ridicată, la care s-a asociat redoarea cefei. Bolnava a fost transpusă la clinica noastră încă în ziua internării, cu diagnosticul de meningită otogenă (?). Cu ocazia examenului O.R.L. a putut fi constată prezența unei otite medii catarale bilaterale. Din cauza stării de inconștiență a bolnavei acuitatea auzului nu a putut fi examinată. S-a ivit în mod tranzitoriu indicația antrolomiei, dar pe baza faptului, că în cazul unei meningite de 4 zile procesul otic era numai într-o fază catarală, nu am executat

operația. Bolnava reinternată la clinica medicală în urma puncțiilor lombare repetate s-a vindecat fără nici un tratament deosebit. Boala s-a dovedit a fi o meningită seroasă de vară.

5. Bolnavul L. V. de 17 ani, elev la școala de felceri din localitate s-a îmbolnăvit în seara zilei de 18.II.1956, prin apariția bruscă a unei otalгии stg. violente și stare febrilă cu temperatură ridicată. În urma apariției semnelor meningeale și a unei pierderi temporare a conștiinței (20 minute) medicul școlii l-a internat la Clinica medicală Nr. II. Cu ocazia examenului medical în afara de simptomele meningitei, nu s-a putut pune în evidență nimic remarcabil. Din cauza otalгии în dimineața zilei de 19 a fost transpus la clinica noastră. La internare bolnavul a povestit că înainte cu 2 ani a suferit de o otită medie purulentă stângă. Otoreea de atunci a încetat după 2 luni de la începutul bolii. Referitor la boala prezentă aflăm că de trei zile îl doare și îi curge urechea stângă. Nu poate sta în picioare numai rezemându-se și numai atunci poate să meargă, dacă se sprijină de cineva. Cade în direcția dreaptă. Cu ocazia otoscopiei se constată o otită medie catarală bilaterală. Pe suprafața inferioară a conductului stîng, în apropierea membranei timpane au fost prezente două flicte ne hemoragice în formă de dungă, așezate longitudinal și paralel. Aceste flicte ne nu se aseamănă nici la înfățișare și nici ca așezare cu flicte nele obișnuite în cazul otitei gripale. Pe membrana timpană nu se observa perforații. Auzul a fost aproape normal la ambele urechi (a auzit vorba soptită la 5 m). Radiografiile oaselor temporale au fost negative. Nistagmul spontan nu era prezent. S-a constatat o redoare exprimată a cefii. Semnul Kernig a fost pozitiv. În anamneză figura deci o otoree mai veche și una recentă pornită odată cu debutul meningitei, era prezentă și o amețelă cu tendința de cădere într-o direcție bine determinată, ceea ce putea fi consecința unei otite, dar din cauza că examenul otic a fost negativ, nu am trecut la executarea operației. Am transpus bolnavul la clinica de boli contagioase, unde la 3 zile după internare afecțiunea s-a dovedit a fi o meningită de natură gripală.

Este deci posibil ca între meningitele otogene să fie strecurate și cazuri de meningite neotogene. Din acest motiv ultimul caz este în special exemplificativ avînd în vedere că bolnavul s-a plîns nu numai de otalgie, dar și de o otoree pornită odată cu debutul bolii. Într-adevăr otoreea nici nu era prezentă. Bolnavul deci chiar și în acest caz, cînd dispune de anumite cunoștințe de patologie, fără să vrea poate să inducă pe medic în eroare. Otalgia accentuată, prezentă în faza inițială a meningitelor nu este cauzată de o otita medie. Otalgia este iradierea durerii terminațiilor nervoase trigeminale din conductul auditiv extern, cauzată de nervul comprimat de dura aflată sub presiune în faza incipientă a inflamației meningelor.

Antibioticele și sulfamidele sînt foarte folositoare în tratamentul meningitelor otogene. însă îngreunează mult stabilirea diagnosticului.

În cazul supurațiilor acute, în general, instalarea meningitei otogene are loc de obicei după săptămîna a treia. În aceste cazuri din cauză că simptomele otice predomină, semnele cele mai precoce ale meningitei, care se asociază otitei (durere spontană la palpare și presiune în conduct, cauzată de hiperestezia fibrelor trigeminale, fotofobie, hiperexcitabi-

litate față de excitanții acustici, dermografism, începutul durerilor de cap) sînt ușor asociate cu procesul otic și de medicul curant.

Din grupul otitelor medii supurate acute numai otita gripală este aceea, în cazul căreia recunoașterea meningitei este îngreunată de faptul că otita gripală poate produce o meningită otogenă aproape simultan cu apariția simptomelor otice. Aceste meningite pot fi observate cel mai frecvent la bolnavii mai în vîrstă și în special la femei în jurul climaxului. Poate fi recunoscută de vreme, prin faptul că neplacerile otice sînt extraordinar de accentuate, febra nu scade după paracenteză și aproape împreună cu simptomele otice apar accentuate dureri de cap la nivelul frunții și cefii, care sînt urmate repede de redoarea cefei. Această meningită, în cazul cînd nu este tratată, are un decurs sudaoriant. Din acest motiv soarta bolnavului depinde de recunoașterea precoce a afecțiunii. Ca exemplu prezentăm următorul caz :

Bolnava H. K. de 44 ani, la 10 mai 1955 s-a îmbolnavit de gripă. După un tratament de 3 zile cu piramidon, a devenit afebrilă. La 15 mai a început s-o doară urechea stîngă. Seara a început să auză dureri de cap, iar temperatura i s-a urcat pînă la 39°. Soțul bolnavei -- medic -- încă în seara aceea i-a administrat 300.000 unitați penicilină uleioasă. În ziua următoare a început să-i curgă urechea stîngă și s-au prezentat dureri vii și în urechea opusă. Examenul O.R.L. executat în această zi a descoperit flictenе hemoragice pe membrana timpană și pe regiunile învecinate ale conductului, la ambele urechi. Din urechea stîngă curgea o secreție sero-sanguinolentă. Ambele case timpane păreau pline. Am executat paracenteză bilaterală. Din cauza că bolnava a primit penicilină din prima zi a bolii am recomandat continuarea acestei terapii (300.000 unitați penicilină cristalină zilnic). Avînd în vedere că neplăcerile au fost foarte accentuate, cu toate că penicilino terapia a fost introdusă de la începutul bolii, s-a ivit hănuiala, că avem de a face cu o meningită otogenă, care în cazul otitei gripale apare cîteodata neobișnuit de precoce. Din acest motiv am ținut legătura permanentă cu familia bolnavei ca să putem afla fără întîrziere apariția meningitei. Din cauza că a doua zi, cu toate că a fost efectuată o paracenteză, temperatura nu a scăzut, durerea de cap s-a intensificat localizîndu-se în frunte și ceafă, a apărut o ușoară redoare a cefei, am internat bolnava în clinica. La internare (cu mai puțin de 48 ore de la începutul bolii) medicul consilier neurolog, conf. Dr. Csiky Kálmán a executat o puncție lombară. Prin ac s-a scurs sub presiune mărită un lichid cefalo-rahidian foarte turbure, Pandý ++, numărul celulelor 2560/3, fiind constituit în marea majoritate de leucocite. Am executat îndată o antrotomie bilaterală. În celulele mastoidiene și în antru am găsit mult puroi sero-sanguinolent. Ca în toate cazurile de otite buloase hemoragice am putut pune în evidență și în acest caz pneumococi, cultivați atît din puroiul procesului mastoidian, cît și din l.c.r. Această meningită otogenă extrem de gravă s-a vindecat în urma administrării de antibiotice în doze masive (atît i. m. cît și intrarahidian) timp de două săptămîni după operație.

În cazul de mai sus introducerea penicilino terapii de la începutul bolii și continuarea ei în mod consecvent, a întîrziat stabilirea diagnosticului, dar acest tratament a fost totuși favorabil din punctul de vedere

al vindecării bolnavei, avînd în vedere că aceste cazuri de meningită netratate în prealabil cu penicilină și luate în tratament abia în ziua a doua a bolii, sau chiar mai tîrziu după apariția semnelor meningitei, le-am pierdut de regulă chiar și atunci cînd era vorba de bolnavi tineri.

În ceea ce privește tratamentul cu antibiotice a bolnavilor de meningită otogenă din perioada postoperatorie este important, ca penicilinoterapia să fie continuată în doze masive (20.000 U. imtrarahidian zilnic) cel puțin 500.000 U. i. m. zilnic) încă 12—14 zile după dispariția semnelor meningitice, chiar și atunci cînd bolnavul nu mai are plîngeri și a părăsit patul. Penicilinoterapia poate fi completată în anumite cazuri cu administrare de streptomycină ($1/2$ —1 gr zilnic) și de sulfamide (3—4 gr pe zi).

Recunoașterea precoce a meningitei otogene apărută în legătură cu otitele medii supurate cronice pe lîngă tratamentul antiinfecțios executat cu chimioterapie și antibiotice mai este îngreunată și de alte circumstanțe. Bolnavii se obișnuiesc atît de mult cu neplăcerile otitei medii supurate cronice persistente ani și decenii încît la apariția meningitei, cauzată de această otită cronică, nu asociază primele semne ale meningitei, — ca ridicarea bruscă a temperaturii și durerea intensă de cap — cu otita cronică și nici nu pomenesc medicului curant de afecțiunea otică. Medicul practician în cazurile acestora pune diagnosticul de meningită epidemică, sau bazilară cu semnul întrebării și îi internează la secțiile respective (Boli contagioase, Tbc.). Medicul care face internarea aproape întotdeauna administrează și penicilină, ceea ce îngreunează mai tîrziu extraordinar de mult clarificarea diagnosticului. Excluderea meningitei bazilare are loc de obicei mai repede pe baza examenului lichidului cefalo-rahidian, prin excluderea altor focare tuberculoase, etc. Diagnosticul diferențial cu meningita epidemică este mult mai greu, din cauza că din lichidul c.r. al bolnavului de meningită otogenă tratată cu penicilină, cultivarea microbilor nu este posibilă, iar frotiuri în care s-ar putea evidenția eventual diplococii meningitei nu se fac întotdeauna. Din cauza că rezultatele examenelor lichidului cefalo-rahidian, precum și simptomele celor două meningite sînt asemănătoare, acești bolnavi sînt transmiși de obicei cu întîrziere de la secția de boli contagioase. În cele ce urmează prezentăm pe scurt un astfel de caz observat de noi.

7. Bolnava E. P. de 32 de ani din cauza stării febrile și durerii de cap a fost tratată timp de două zile cu penicilină (400.000 U. zilnic). După acest tratament a fost internată la clinica de boli contagioase din Tg.-Mureș cu diagnosticul de meningită epidemică. Cu ocazia puncției lombare, s-a eliminat sub tensiune mărită un lichid c.r. tulbure. Numărul celulelor 1900/3, în general leucocite, din punct de vedere bacteriologic negativ. În urma tratamentului antibiotic corespunzător și puncției lombare repetate, bolnava inconștientă la internare în ziua a 6-a a tratamentului și-a recăpătat cunoștința și a povestit medicului că i-a curs urechea. Medicul consilier O.R.L. la examinare a constatat o otită medie supurată cronică stîngă. Erupțiile intense herpetice prezente la început, precum și ameliorarea stării generale (în urma tratamentului aplicat) au părut a confirma diagnosticul de meningită epidemică. După o ameliorare tranzitorie starea bolnavei s-a înrăutățit brusc și nu mai era influențabilă cu

litate față de excitanții acustici, dermografism, începutul durerilor de cap) sînt ușor asociate cu procesul otic și de medicul curant.

Din grupul otitelor medii supurate acute numai otita gripală este aceea, în cazul căreia recunoașterea meningitei este îngreunată de faptul că otita gripală poate produce o meningită otogenă aproape simultan cu apariția simptomelor otice. Aceste meningite pot fi observate cel mai frecvent la bolnavii mai în vîrstă și în special la femei în jurul climaxului. Poate fi recunoscută de vreme, prin faptul că neplăcerile otice sînt extraordinar de accentuate, febra nu scade după paracenteză și aproape împreună cu simptomele otice apar accentuate dureri de cap la nivelul frunții și cefii, care sînt urmate repede de redoarea cefei. Aceasta meningită, în cazul cînd nu este tratată, are un decurs fudroaiant. Din acest motiv soarta bolnavului depinde de recunoașterea precoce a afecțiunii. Ca exemplu prezentăm următorul caz :

Bolnava H. K. de 44 ani, la 10 mai 1955 s-a îmbolnavit de gripă. După un tratament de 3 zile cu piramidon, a devenit afebrilă. La 15 mai a început s-o doară urechea stîngă. Seara a început să acuze dureri de cap, iar temperatura i s-a urcat pînă la 39°. Soțul bolnavei - medic - încă în seara aceea i-a administrat 300.000 unitați penicilină uleioasă. În ziua următoare a început să-i curgă urechea stîngă și s-au prezentat dureri vii și în urechea opusă. Examenul O.R.L. executat în această zi a descoperit slictene hemoragice pe membrana timpană și pe regiunile invectinate ale conductului, la ambele urechi. Din urechea stîngă curgea o secreție sero-sanguinolentă. Ambele case timpane păreau pline. Am executat paracenteză bilaterală. Din cauza că bolnava a primit penicilină din prima zi a bolii am recomandat continuarea acestei terapii (300.000 unitați penicilina cristalină zilnic). Avînd în vedere că neplăcerile au fost foarte accentuate, cu toate că penicilinoterapia a fost introdusă de la începutul bolii, s-a ivit bănuiala, că avem de a face cu o meningită otogenă, care în cazul otitei gripale apare cîteodată neobișnuit de precoce. Din acest motiv am ținut legătura permanentă cu familia bolnavei ca să putem afla fără întîrziere apariția meningitei. Din cauza că a doua zi, cu toate că a fost efectuată o paracenteză, temperatura nu a scăzut, durerea de cap s-a intensificat localizîndu-se în frunte și ceafă, a apărut o ușoară redoare a cefei, am internat bolnava în clinica. La internare (cu mai puțin de 48 ore de la începutul bolii) medicul consiliar neurolog, conf. Dr. Csiky Kálmán a executat o puncție lombară. Prin ac s-a scurs sub presiune mărită un lichid cefalo-rahidian foarte turbure, Pandy ++, numărul celulelor 2560/3, fiind constituit în marea majoritate de leucocite. Am executat îndată o antrotomie bilaterală. În celulele mastoidiene și în antru am găsit mult puroi sero-sanguinolent. Ca în toate cazurile de otite buloase hemoragice am putut pune în evidență și în acest caz pneumococi, cultivați atît din puroiul procesului mastoidian, cît și din l.c.r. Această meningita otogenă extrem de gravă s-a vindecat în urma administrării de antibiotice în doze masive (atît i. m. cît și intrarahidian) timp de doua săptămîni după operație.

În cazul de mai sus introducerea penicilinoterapiei de la începutul bolii și continuarea ei în mod consecvent, a întîrziat stabilirea diagnosticului, dar acest tratament a fost totuși favorabil din punctul de vedere

al vindecării bolnavei, avînd în vedere că aceste cazuri de meningită netratate în prealabil cu penicilină și luate în tratament abia în ziua a doua a bolii, sau chiar mai tîrziu după apariția semnelor meningitei, le-am pierdut de regulă chiar și atunci cînd era vorba de bolnavi tineri.

În ceea ce privește tratamentul cu antibiotice a bolnavilor de meningită otogenă din perioada postoperatorie este important, ca penicilinoterapia să fie continuată în doze masive (20.000 U. imtrahidial zilnic și cel puțin 500.000 U. i. m. zilnic) încă 12—14 zile după dispariția semnelor meningitice, chiar și atunci cînd bolnavul nu mai are plîngeri și a părăsit patul. Penicilinoterapia poate fi completată în anumite cazuri cu administrare de streptomycină ($1/2$ —1 gr zilnic) și de sulfamide (3—4 gr pe zi).

Recunoașterea precoce a meningitei otogene apărută în legătură cu otitele medii supurate cronice pe lingă tratamentul antiinfecțios executat cu chimioterapie și antibiotice mai este îngreunată și de alte circumstanțe. Bolnavii se obișnuiesc alit de mult cu neplăcerile otitei medii supurate cronice persistente ani și decenii încît la apariția meningitei, cauzată de această otită cronică, nu asociază primele semne ale meningitei, — ca ridicarea bruscă a temperaturii și durerea intensă de cap — cu otita cronică și nici nu pomenesc medicului curant de afecțiunea otică. Medicul practician în cazurile acestea pune diagnosticul de meningită epidemică, sau bazilară cu semnul întrebării și îi internează la secțiile respective (Boli contagioase, Tbc.). Medicul care face internarea aproape întotdeauna administrează și penicilină, ceea ce îngreunează mai tîrziu extraordinar de mult clarificarea diagnosticului. Excluderea meningitei bazilare are loc de obicei mai repede pe baza examenului lichidului cefalo-rahidian, prin excluderea altor focare tuberculoase, etc. Diagnosticul diferențial cu meningita epidemică este mult mai greu, din cauza că din lichidul c.r. al bolnavului de meningită otogenă tratată cu penicilină, cultivarea microbilor nu este posibilă, iar frotiuri în care s-ar putea evidenția eventual diplococii meningitei nu se fac întotdeauna. Din cauza că rezultatele examenelor lichidului cefalo-rahidian, precum și simptomele celor două meningite sînt asemănătoare, acești bolnavi sînt transmiși de obicei cu întîrziere de la secția de boli contagioase. În cele ce urmează prezentăm pe scurt un astfel de caz observat de noi.

7. Bolnava E. P. de 32 de ani din cauza stării febrile și durerii de cap a fost tratată timp de două zile cu penicilină (400.000 U. zilnic). După acest tratament a fost internată la clinica de boli contagioase din Tg-Mureș cu diagnosticul de meningită epidemică. Cu ocazia puncției lombare, s-a eliminat sub tensiune mărită un lichid c.r. tulbure. Numărul celulelor 1900/3, în general leucocite, din punct de vedere bacteriologic negativ. În urma tratamentului antibiotic corespunzător și puncției lombare repetate, bolnava inconștientă la internare în ziua a 6-a a tratamentului și-a recăpătat cunoștința și a povestit medicului că i-a curs urechea. Medicul consilier O.R.L. la examinare a constatat o otită medie supurată cronică stîngă. Erupțiile intense herpetice prezente la început, precum și ameliorarea stării generale (în urma tratamentului aplicat) au părut a confirma diagnosticul de meningită epidemică. După o ameliorare tranzitorie starea bolnavei s-a înrăutățit brusc și nu mai era influențabilă cu

tratamentul antibiotic. Astfel clarificarea diagnosticului nu a fost posibilă decât în a 7-a zi după internare. Bolnava îndrumată la clinica O.R.L. pentru intervenție chirurgicală a murit în cursul transportării. La autopsie s-a constatat leptomeningită purulentă, edem cerebral accentuat, otită medie cronică, supurată, colesteatomatoasă.

Situația medicului specialist este cea mai grea în cazul abceselor cerebrale tratate cu chimioterapice și antibiotice. Abcesele lobului temporal adesea chiar și fără tratament antiinfecțios sînt oligosimptomatice nu numai la început, dar chiar și mai târziu (de exemplu abcesul lobului temporal drept la dreptaci). În cazul abcesului cerebral, dacă nu este tratat cu antibiotice, de obicei sînt prezente în formă atenuată și semnele meningitei (ușoara cefalee în regiunea frunții și cefei, redoarea moderată a cefei, Kernig ușor pozitiv). Cu ocazia puncției lombare se elimină lichid cefalo-rahidian transparent, sub tensiune mărită în care conținutul de proteine și numărul elementelor celulare este mărit, iar din punct de vedere bacteriologic este negativ. În cazul abceselor lojei cerebeloase ne îndrumăm adesea și examenul fundului de ochi. În cazul cînd bolnavul cu abces cerebelos a fost tratat cu antibiotice aceste semne nu pot fi luate în considerare din punct de vedere al diagnosticului de abces cerebelos din cauza că toate aceste simptome sînt prezente și în cazul meningitei otogene, dacă aceasta a fost tratată cu substanțe antiinfecțioase. Singurul punct de reper care în asemenea cazuri ne îndrumă, este faptul că starea bolnavului tratat după operație cu antibiotice în cantitate suficientă după o ameliorare tranzitorie se agravează din nou. Ca exemplu prezentăm unul dintre cazurile noastre.

8. Bolnavul G. D. băiat de 6 ani a avut o otoree stînga aproape de la naștere. Cu o săptămîină înainte de internare a început să-l doară urechea stg., temperatura s-a ridicat în ultimele 2 zile pînă la 41°. Din cauza temperaturii ridicate și a tumefacției retroauriculare stîngi, apărute recent, medicul curant a administrat 400.000 U. penicilină în 2 zile. Deoarece după acest tratament procesul nu s-a rezolvat, medicul curant îl internează la o secție chirurgicală din regiune. Aici starea copilului se ameliorează puțin, dar după patru zile au apărut semnele meningitei, fapt pentru care în ziua de 2 decembrie 1952 a fost internat la clinica O.R.L. din Tirgu-Mureș. Starea la internare: conductul stîng este plin cu puroi, tumefierea regiunii retroauriculare stîngi, prezentînd și fluctuație, cea mai mare parte a timpanului stîng lipsește. Este prezentă rigiditatea cefei. Temperatura este de 41°C. Prezintă bradicardie (puls. 78 pe minut). Cu ocazia puncției lombare executate înainte de operație se elimină sub presiune mărită l.c.r. tulbure (Pandy ++, Nonne-Apelt +, numărul celulelor 2.100/3, cu predominanță leucocitară, din punct de vedere bacteriologic steril). Cu ocazia operației radicale stîngi, executată în ziua internării, se constată un abces subperiostal extrem de larg, fistulă osoasă la nivelul antrului, celulele mastoidiene pline de puroi și țesut granular, necroză osoasă întinsă, colesteatom de mărimea unui bob de mazăre situat în epitimpan. Dura lojei medii este decolată și acoperită cu țesut granular, sinusul lateral și sigmoidian este trombotizat în toată lungimea sa, pereții lor sînt necrozați pe o întindere mare. Executăm tamponarea sinusului și ligatura venei jugulare interne. După operație administrăm penicilină

(400.000 U. i. m. și 20.000 U. i. rahidian zilnic), sulfatiazol (6 comprimate zilnic), vitamine, transfuzii de sânge etc. Starea bolnavului se ameliorează treptat. De la 6 decembrie este subfebril, iar de la 10 decembrie afebril. În ziua de 15.XII. într-o stare generală bună și cu o plagă operatorie în vindecare fără nici o reacție locală a apărut paralizia facială de partea urechii operate. La 17.XII. examenul repetat al fundului ocular dă rezultat negativ. La 19.XII. cu ocazia puncției lombare se elimină un l.c.r. clar cu tensiune normală. La 23.XII. durerile de cap se accentuează. La 26.XII. pe fundul ocular stîng apare o papilă edematiată. Dozele masive de antibiotice rămîn ineficace, starea generală a copilului se agravează, devine febril. La 27.XII. durerile de cap se agravează mult, apare redoarea cefei cu bradicardie. Medicul consilier neuro-chirurg (Dr. Máthé Akos med. primar) transpune bolnavul la clinica neurochirurgicală pentru intervenție chirurgicală cu diagnosticul de abces cerebelos. La 29 decembrie este evacuat un abces cerebelos de mărimea unui ou de porumbel din emisfera cerebrală stînga. După operație bolnavul s-a refăcut și a stat acasă patru luni, ne avînd nici o plingere.

La 27 aprilie 1953 din cauza semnelor meningeale a fost internat la clinica neuro-psihiatrică. De această dată, la 30 aprilie i s-a extirpat un al doilea abces cerebral situat în apropierea unghiului ponto-cerebelos. În ziua a treia după operație bolnavul moare. La autopsie s-a constatat un edem cerebral, leptomeningită purulentă, bronhopneumonie etc.

Abcesul otogen cerebelos format asimptomatic în urma tratamentului antibiotic a produs o meningită și simptome oculare abia la 4 săptămîni după operație. Abcesul închistat, din regiunea unghiului ponto-cerebelos, care se poate presupune că a început odată cu primul, în urma tratamentului antibiotic a devenit complet asimptomatic și numai după patru luni a devenit diagnosticabil, prin meningita produsă de el.

Cînd abcesul cerebral se deschide în spațiul subarahnoidian sau în ventriculii cerebrali, stabilirea diagnosticului corect și anume că este vorba de o meningită otogenă cauzată de un abces cerebral deschis, întîmpină mari greutăți. Dacă bolnavul nu a fost tratat, punctul de reper cel mai prețios este examenul lichidului c. r., care se deosebește de l.c.r. al bolnavului de meningită otogenă prin faptul că, examenul bacteriologic evidențiază în acest caz o floră microbiană mixtă. Abcesele cerebrale otogene în marea majoritate a cazurilor se asociază supurațiilor otice cronice. Flora microbiană mixtă, cultivată din lichidul cefalo-rahidian este un simptom sigur, care ne arată, că nu este vorba de o simplă meningită otogenă, ci de un abces cerebral deschis. Se întîmplă des că din cauza florei microbiene mixte, medicul bacteriolog confirmă că aceste lichide c. r. au fost infectate în mod secundar. În caz dacă recoltarea lichidului a fost executată în mod corect, interpretarea justă a unui astfel de rezultat este sarcina medicului otolog.

În cazul cînd bolnavul de abces cerebelos deschis a fost tratat cu chimioterapice și antibiotice (acesta este cazul cel mai frecvent) evidențierea abcesului întîmpină mari greutăți. Tabloul clinic este dominat de simptomele meningitei. Rezultatul analizei bacteriologice a lichidului c. r. este negativ. În aceste cazuri sîntem ajutați în recunoașterea abcesului

tot numai de faptul că după retrocedarea simptomelor meningitei, starea generală a bolnavului rămîne și mai departe gravă, sau după o perioadă de ameliorare tranzitorie, starea bolnavului se înrăutățește din nou și această stare gravă nu mai poate fi influențată cu terapia antibiotică, așa cum reiese din foaia de observație a bolnavului precedent (cazul nr. 8).

Labirintitele apărute în faza inițială și în fazele mai înaintate ale otitelor medii supurate acute, precum și labirintitele asociate otitelor medii supurate cronice, nu numai că sînt bine influențate de chimioterapice și antibiotice, ba chiar în cazul cînd acestea sînt administrate în mod corespunzător ne putem aștepta la vindecare fără executarea labirintectomiei.

Concluzii

În urma tratamentului antiinfecțios cu chimioterapice și antibiotice procesele supurative acute devin oligosimptomatice, mascate. Aceasta problemă are o importanță deosebită în oto-rino-laringologie din cauza că aici procesele inflamatorii se dezvoltă în vecinătatea unor organe de o importanță vitală. Procesele prezente în formă latentă din cauza întîrzierii intervenției chirurgicale pot da naștere unor complicații fatale (meningită otogenă, abces cerebral etc.). Pentru evitarea acestora tratamentul antiinfecțios trebuie început în timp util și trebuie aplicat într-o perioadă corespunzătoare și în doze necesare.

Penicilina poate fi folosită cu rezultate bune pentru prevenirea otitelor medii, în cazul cînd procesul otic nu este mai vechi de 24 ore.

În cazul proceselor otice mai vechi de 24 ore prin tratamentul antibiotic numai rar, în cazuri excepționale putem evita apariția complicațiilor. În cazul otitelor medii supurate luate în tratament antimicrobian abia după ziua a 2—3 a bolii, nu putem spera nici în vindecarea procesului otic, nici evitarea complicațiilor. Procesul persistă în formă latentă și produce des complicații grave.

Prin tratamentul chimioterapic și antibiotic putem prescurta mult durata tratamentului postoperator dar în cazurile cînd în cursul operației se ivește cea mai mică bănuială asupra prezentei vreunei complicații (tromboflebită, abces cerebral) procedăm cel mai just, dacă administrăm aceste substanțe numai local și nu general.

Bibliografie

1. S. Gîrbea: Valoarea terapeutică a metodei Burdenco în complicațiile grave endocraniene... Buletin de O.R.L. Nr. 1. 1953; 2. Gy. Hajts și A. Nako: Fülészeti kór-képek változása elégtelen penicillin kezelés hatására. Orvosi Hetilap. Nr. 7. din 1952; 3. L. Mosonyi: Modern antibiotikus therapia. Hetilap. Nr. 5, 1953; 4. Mérei L.: Otogen meningitisekről. Orv. Hetilap. Nr. 16. 1953; 5. Nasta M., Marin A. etc.: Antibioticele. Editura de Stat Buc. 1955; 6. Teju I., Arseni V., Algeorge S.: Cîteva considerațiuni asupra influenței penicilinei în otomastoidita acută. Buletinul de O.R.L. 1953 Nr. 1; 7. Teju I., Racoveanu V., Gîrbea S., Popovici G., Antal N., Neuman H., etc.: Manual de O.R.L. Ediția I. Editura de Stat. București. 1951.

Primită la redacție în ziua de 29 februarie 1956.