

CV 1247

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

No. 277

8656

CONTRIBUȚIUNI STATISTICE LA STUDIUL RINITEI HIPERTROFICE



TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI GHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN 15 APRILIE 1927

DE

VARGA VASILE

CLUJ, 1927

INST. DE ARTE GRAFICE „VIAȚA”, STR. REGINA MARIA 36.

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

No. 287

CONTRIBUȚIUNI STATISTICE LA STUDIUL RINITEI HIPERTROFICE

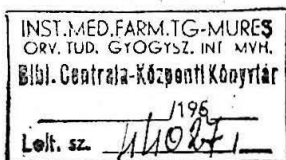


TEZĂ

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI GHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN 15 APRILIE 1927

DE

VARGA VASILE



24 MAY 2005

CLUJ, 1927
INST. DE ARTE GRAFICE „VIAȚA”, STR. REGINA MARIA 36.

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

Decan : D-l Profesor Dr. TITU VASILIU
Prodecan : D-l Profesor Dr. I. I. NIȚESCU

Profesori titulari:

Patologia generală și experimentală	D-l Dr.	Botez M.
Istologie și embriologie umană	„ „	Drăgoiu I.
Clinica infantilă	„ „	Gane T.
Clinica gynecologică și obstetricală	„ „	Grigoriu Gr.
Istoria medicinei	„ „	Guiart I.
Clinica medicală	„ „	Hatieganu I.
Clinica chirurgicală	„ „	Iacobovici I.
Medicina operatorie	„ „	Iacobovici I.
Farmacologie și farmacognozie	„ „	Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	„ „	Mihail D.
Clinica neurologică	„ „	Minea I.
Medicina legală	„ „	Minovici N.
Igiena și igiena socială	„ „	Moldovan I.
Radiologie medicală	„ „	Negru D.
Fiziologie umană	„ „	Nițescu I.
Chimia medicală	„ „	Ostrogovici A.
Farmacia chimică și galenică	„ „	Pamfil Gh.
Anatomie descriptivă și topografică	„ „	Papilian V.
Clinica dermato-venerică	„ „	Tătaru C.
Chimia biologică	„ „	Thomas P.
Clinica psihiatrică	„ „	Urechia G.
Anatomie patologică	„ „	Vasilii T.
Clinica oto-rhino-laringologică	„ „	{ I. Predescu-Rion
Clinica stomatologică	„ „	} prof. agregat

JURIUL DE PROMOȚIUNE

PREȘEDINTE : D-l Prof. Dr. I. PREDESCU-RION

Membrii: { D-l Prof. Dr. I. Iacobovici
 { „ „ „ I. Hatiegan
 { „ „ „ I. Moldovan
 { „ „ „ I. Drăgoiu

Suplinitor: Conferențiar Dr. E. Țeposu

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

Părinților mei



*dragoste și recunoștință
pentru jertfele aduse.*

D-lui Prof. Dr. Predescu-Rion

*multumiri și devotament
pentru sfaturi și bunăvoință.*



Prefață

Capitolul de patologie pe care-l are specialitatea de nas, gât și urechi, desprinsă nu de mult din complexul specialităților medicinei genrale, are o legătură strânsă cu celelalte specialități, în deosebi cu acelea cari au de-a se ocupa cu patologia organelor și aparatelor ce stau mai mult sau mai puțin în intimă legătură cu gâtul; nasul și urechea, fie din cauza vecinătății sau a continuității, fie prin alt mecanism. — E destul pentru asta a cita lucrarea recentă a lui Poppi apărută în Italia, în care autorul evidențiază legătura patogenetică ce există într-o afecțiune rinologică foarte frecventă: vegetația adenoidă și o serie întregă de alte afecțiuni ca: basiodorism, rinitigo, deformații ale scheletului etc., cari se ameliorază sau dispar complect după o simplă ablație a acestei tumorefe. Legătura ce-ar exista între aceste afecțiuni și vegetația adenoidă, autorul o explică pe baza unui secret intern, amigdala faringiană jucând rolul unei glaude endocrine.

Ita! deci, afară de legătura de vecinătate și continuitate, — atât de ușor explicabilă — legături de alt ordin, ce le poate avea o afecțiune oto-rino-laringologică cu patologia altor specialități. S'ar mai putea cita alle exemple, cari ar arăta importanța patogenetică a unei afecțiuni la aparență banale, cărora deabia în ultimul timp li s'au recunoscut competența.

Una din afecțiunile cele mai dese și considerate chiar și azi de unii, ca fiind o banalitate, este și rimila hipertrofică, care se întâlnește atât de frecvent asociată de alte afecțiuni, complicațiunile primei. Chiar acest fapt: frecvența mare și complicațiunile, unele foarte serioase, m'a determinat să studiez aceasta chestiune din punct de vedere statistic, luând-o subiect tezei mele de doctorat. Nu creau, căci nu voi putea, să fiu complect, terenul e vast: nu voi putea fi nici chiar exact cifrele statistice sunt relative: căeace aș vrea însă și sper că-mi va reuși este să arăt prin statistica mea necesitatea examenului rinologic pentruca diagnosticul pus, să se poată preveni prin un tratament radical, complicațiunile atât de dese ale acestei afecțiuni.

Înainte de-a intra însă în tratarea subiectului tezei nu pot să nu aduc mulțumirile mele d-lui prof. Predescu-Rion, directo-

rul clinicei O. R. L. unde mi s'a dat ocaziunea să studiez această chestiune, tuturor domni profesori pentru cunoștințele date, de-a-semeni și juriului de promoție.

Am să păstrez vie în memorie viața de student, care afară de studiile zilnice mi-a oferit atâtea alte lucruri, unele mai mult, altele mai puțin plăcute. — Nu voi uita niciodată colegii de laborator dela Institutul de Istologie împreună cu conducătorii ce au perindat în acest timp la Institut, cărora le păstrez recunoștința ce li se cuvine.

Cel mai mult însă mulțumesc prietenilor mei, cari au știut să împartă cu mine colegial și frățesc tot ce ne-a oferit viața de student rău sau bun, urât sau frumos, și nu pot decât să-i rog, că acum când ne vom despărți poate nu peste mult, să păstreze pentru mine și pe mai departe aceeaș afecțiune ce ne-a legat timp de șase ani.



Noțiuni de anatomie și fiziologie a nasului

Fosele nasale, două cavități mediane, așezate în massivul osos al feței sunt în conexiune de oparte cu organele vecine: cavitătea bucală, orbitele, sinusurile maxilare, frontale, etmoidale, sfenoidal, de altă parte cu rino-faringe, buco-faringe și laringe, cu cari se continuă.

Constituția și topografia. — Aceste cavități sunt formate de un schelet în cea mai mare parte osos, cartilaginos în partea anterioară a septului și aripile nasale, despărțite de-un sept vertical, acoperite de-o mucoasă foarte bogat vascularizată (un adevărat țesut erectil) din punct de vedere topografic se împarte în trei regiuni:

orificiile anterioare: narinele

orificiile posterioare: coanele

și cavitățile propriu zise, cari prin neregularitățile peretelui extern numite cornete se divid în trei meate: superior, mijlociu și inferior. Cavitățile nasale astfel formate sunt mai strâmte în partea lor anterioară și posterioară decât mijlocie, mult mai largi în partea lor inferioară, decât superioară. Din punct de vedere fiziologic vorbim numai de două etaje. Cel inferior, cuprinde meatul inferior și mijlociu împreună cu cornetele servind trecerii aerului, și cel superior compus din cornetul și meatul superior formând teritotrul olfactiv al cavității nasale.

Irigația. — Am amintit deja, că mucoasa nasală (membrana *Schneider* sau pituitara) este foarte bogat vascularizată, formând un adevărat țesut erectil, plin de capilare mari. Acestea primesc sângele din artera oftalmică prin: ramurile anterioare și posterioare, din artera maxilară internă prin: ramurile nasală posterioară, suborbitară, pterigoidiană și sfenopalatină; apoi se strâng în trei grupe de vene: grupul anterior colectat de faciala, cel posterior de plexul maxilarei interne și grupul superior de vena oftalmică. — Limfaticele se strâng unele în ganglionii retro-faringieni, alții în ganglionii superiori ai lanțului carotidian. Din aceste conexiuni vasculare ușor se vede relațiunea ce poate avea o afecțiune a regiunilor profunde ale feței și gâtului, a cutiei craniene, cu o afecțiune a cavităților nasale.

Inervația. — Senzibilitatea generală este percepută de ramu-

rile nasale ale oftalmicului și ramura pterigo-palatină a ganglionului *Meckel*, firișoare nervoase provenite la rândul lor din trigemen și simpaticul cranian, explicând cefaleele, durerile și complicațiunile mai depărtate de natură reflexă ce se pot ivi în urma unei iritații a acestor firișoare nervoase. Senzibilitatea specială este dată de nervul olfactiv.

Anexe. — Cavitățile massivului osos al feței sunt anexe ale nasului datorite orificiilor pri neări acestea se deschid aici. Astfel: *celulele etmoidale* se deschid în meatul mijlociu și câteva în cel superior,

sinusul sfenoidal în meatul superior,

sinusul frontal în meatul mijlociu,

sinusul maxilar tot în meatul mijlociu și

canalul lacrimal în meatul inferior, acesta din urmă stabilind legătură cu orbitele.

Funcțiunile nasului. — Cavitățile nasale „la *sentinelle*-respiratoire“ cum le-a numit *François Franc* au o funcțiune triplă. cari în caz de afecțiune pot fi deficitare simultan sau singular. Au rol în: respirațiune etajul inferior, odorațiune etajul superior, fonațiune întreaga cavitate servind de cutie de rezonanță prin vibrarea peretilor ei subțiri.

Cu acestea câteva noțiuni generale de anatomie și fiziologie a cavităților nasale vom putea interpreta ușor simptomele rezultate din modificarea anatomică și deci deficitul funcțional al nasului în urma hipertrofiei cornetelor, de altă parte cum aceste turburări pot da naștere altor afecțiuni secundare, constituind complicațiunile celei dintâi.

Rinita hipertrofică

Definiție. — Rinita hipertrofică este o afecțiune cronică rezultatul celor mai multe rinite simple, caracterizată prin o hipertrofie parțială sau totală a mucoasei pituitare.

Etiologia. — În producerea ei colaborează cauzele predispozante cu cele provocatoare. Cele predispozante sunt: constituția limfatică sau artritică și defectele locale anatomice ale nasului, asupra cărora voi reveni în statisticele mele. Cauzele provocatoare iarăși sunt multiple și coincid cu acelea cari produc o rinită simplă. Astfel vom putea depista între ele: iritarea continuă a mucoasei nasale fie prin un aer încărcat cu praf, vapori iritanți, fie momente higroscopice și termice, momente infecțioase, cu condiția ca acțiunea lor să fie de lungă durată sau în repetite rânduri.

Patogenia. — Fie și cum aceste cauze pot provoca o hipertrofie parțială sau totală a mucoasei nasale, se explică prin jocul vasoconstrictorilor. Mucoasa pituitară fiind eminentemente vasculară, în urma iritației se produce o vasodilatație urmată și de o secreție mai abundentă a glandelor mucoase de la acest nivel. Prolungindu-se sau repetându-se aceste iritațiuni se produce o vasodilatație atonică-permanentă a vaselor, ducând încet la transformarea și proliferarea țesuturilor care din trecătoare cum e la începutul rinitei cronice simple, devine premanentă constituind baza anatomo-patologică a afecțiunii.

Anatomia patologică. — În acest stadiu macroscopic se observă o hiperemie a mucoasei, o roseată uniformă cu mărire în volum în deosebi a cornetelor. De cele mai multe ori se hipertrofiază cornetul inferior, mai rar cornetul mijlociu sau chiar mucoasa planșeului sau a septului, mai ales spre coane. Mai rar se vede hipertrofia în massă a tuturilor cornetelor și mucoasei de peste tot, fiind în aceste cazuri însoțită de o degenescență a mucoasei; mai des se hipertrofiază ori numai capul, ori numai coada cornetelor inferioare, deci examenul rinoscopic posterior se impune în fiecare caz.

Microscopic la început pe lângă hiperemie se vede și proliferarea țesutului conjunctiv submucos. Mai târziu proliferază chiar mucoasa, îndeosebi glandele, de unde se explică, uneori

abondența secrețiunii, apoi se produce o modificare a mucoasei însăși în sensul unei degenerări mixo-angiomatoase.

Rinita hipertrofică astfel constituită suferă exacerbațiuni în legătură cu epocile menstruale, momente higroscopice sau prin o supraadaugare de infecții acute, făcând adevărate puseuri acute.

Simptomatologia. — Simptomele cari sunt consecințele hipertrofiei cornetelor se pot împărți în subiective și obiective sau după funcțiunea perturbată, în simptome produse prin turburare în respirațiune, odorațiune sau fonațiune.

Bolnavii de rinită hipertrofică ori nu pot respira prin nas ori numai cu greu. E de ajuns o cât de mică congestie în plus ca să obstruiască complet când una, când cealaltă fossă nasală producând obstrucția în balanță, simptom observat chiar de bolnav. Secrețiunea nu este obligatorie. Dacă se hipertrofiază cornetul mijlociu, aerul neintrând în etajul superior, odorațiunea suferă diminuează: când însă se alăsează o degenerare a mucoasei olfactive și a celulelor receptoare se institue anosmia, care de cele mai multe ori rămâne permanentă. Chiar vocea suferă, se schimbă, devine nasonantă, din cauza diminuării rezonanței pereților foselor nasale. — Se mai observă uneori *tuse*, cefalee, dispnee, strănut reflex și o diminuare a atențiunii.

Complicațiuni. — Celelalte simptome ca: uscăciunea gâtului etc., cari se descriu ca aparținând rinitei hipertrofice, de fapt sunt consecințele complicațiunilor, dintre cari unele se instalează aproape simultan cu obstrucția nasului. — Acestea sunt și cele mai frecvente. Afară de ele mai sunt complicațiile prin propagarea infecțiunii și de natură nervoasă, reflexă, la distanță.

a) *Complicațiunile în urma obstrucției nasale* se explică foarte ușor. Bolnavii neputând respira ca în mod normal prin nas vor respira prin gură. În consecință aerul intrând nepregătit în aparatul respirator și necurățit de microbi va afecta foarte ușor laringele, bronhiile. Afară de asta amigdalele și faringele sunt deasemenea expuse unei traume neobișnuite producându-se inflamația lor. Deci vom vedea în urma obstrucției nasale instalându-se amigdalite simple sau hipertrofice, faringite, laringite și bronsite. Hipertrofia amigdalelor se poate explica și pe baza unei simpatii în ce privește hipertrofia lor și cea a cozii cometelor în deosebi. Căci la acest nivel mucoasa pituitară are destul de numeroși foliculi limfatici, cari fac parte din inelul limfatic al lui *Waldeyer* și azi e lucru cunoscut deja că, în cazul când e interesat un ochiu din acest lanț, suferă și celelalte.

b) *Propagarea infecțiunii*, care a provocat rinita dă însă cele mai dese și serioase complicațiuni. Coadă cornetelor inferioare venind în imediata vecinătate a trompelor, de altă parte mucozitățile, neputând fi expulzate înainte, curg înapoi, sunt cei

doi factori cari produc o inflamație a rinofaringelui, a mucoasei tubare, producând toate varietățile otitelor. Ba chiar s'a observat câteva cazuri de surditate prin astuparea complectă a trompelor lui Eustache. Vom vedea instalându-se un simplu catar tubar, care devine cronic, foarte incomod bolnavului prin simptomele ce le dă, cât și medicului, mai ales în cazul când bolnavul nu se învoește la ridicarea cornetelor hipertrofiate. De cele mai multe ori complicațiunea otică nu se oprește aici. Se produce o adevărată otită medie catarală, care în cazul când au putut pătrunde și microbi în casa timpanului nu întârzie să se transforme în otită medie purulentă cu toate pericolele ei. Propagarea infecțiunii mai joacă un rol incontestabil și în producerea amigdalitelor de care am mai amintit. Tot aici putem menționa și complicațiunea din fericire mai rară: anosmia definitivă, care se instalează în urma propagării alterațiunii anatomo-patologice a mucoasei până la acest nivel. Afară de acestea se mai întâlnesc sinusite, care în peste 90 la sută a cazurilor coexistă cu hipertrofia cornetelor, de regulă a celor mijlocii.

c) În patogenia complicațiunilor joacă un rol și *sistemul nervos* producând complicații pe cale reflexă. Astfel se observă mai ales în hipertrofia cornetelor mijlocii astenopia acomodativă, iar în hipertrofia celor inferioare, astmi, accese de epilepsie sau histerie, cari se ameliorează sau dispar complect în urma cornectomiei.

Dacă cornețele se hipertrofiază încă în copilărie pe lângă complicațiunile deja amintite se mai produce în urma respirației defcetuase deformații ale scheletului (predispunând la tbc) și foarte des o *retardare în dezvoltarea fizică și intelectuală* a copilului.

Diagnosticul. — Relativ e foarte ușor de recunoscut o rinită hipertrofică. Obstrucția nasală intermitentă, vocea nasonantă, disosmia, eventual strănut, cefalee, rinoree ne fac chiar fără examenul rinologic să ne gândim la acest diagnostic, dar numai în cazul, când toate aceste simptome durează deja de mult.

Diagnosticul diferential. — La examenul rinologic, care trebuie făcut în toate cazurile și anterior și posterior, vom căuta dacă simptomele amintite nu sunt produse eventual de un *corp străin* (în acest caz se depistează ușor), de-o *rinită congestivă* (durează de mai puțină vreme și mucoasa la un tampon cu adrenalină-cocaină se retractă), de *polipi* (cari se deosebesc prin culoarea, consistența cât și forma lor), sau chiar de-o *gomă* (al cărei aspect clinic se poate foarte rar confunda cu o hipertrofie localizată a mucoasei) și în fine de *stadiul hipertrofic al ozenei*, unde cornectomia nu-și are indicația.

Prognostic. — Rinita hipertrofică are o evoluție cronică cu puseuri acute, dând anștere la diverse complicațiuni unele mai

puțin, altele însă mult mai serioase. În consecință prognosticul evoluției este nefavorabil, dacă nu se intervine pentru preîntâmpinarea complicațiilor.

Tratamentul va fi preventiv, medicamentos și chirurgical. Cel preventiv privește tratarea serioasă a rinitelor simple fie acute, fie cronice; odată însă hipertrofia instalată trebuie să facem un tratament radical, care nu poate fi altul, decât cel chirurgical. *Orice încercare de tratament medicamentos este iluzorie neducând la rezultatul dorit, nepunând influența și regresa allergera și hiperplazia țesuturilor.*

Înainte de-a trece la înșirarea și interpretarea statisticilor mele, ce formează nucleul tezei, cred că nu va fi inutil să fac câteva considerațiuni referitoare la statistica în general.



Despre statistică

Definiție și scopul. — Dela primii autori (*Schmielzel* care a folosit întâi cuvântul de statistică, *Quetelet* care i-a pus bazele ca știință) și până azi, o serie întreagă de autori au căutat să dea statisticii o definiție corespunzătoare, să-i stabilească anumite legi pentru a putea convinge pe cei puțin creduli de folosul ce-l poate aduce această metodă oricărei științe, unde găsește aplicare. Cea mai scurtă definiție i-a dat *Cihovsky* spunând că „statistica este studiul cantitativ al fenomenelor atipice observate în masă în repetite rânduri.” Scopul statisticii urmează din definiție și l-a exprimat foarte clar *King* spunând că: „scopul principal al statisticii este să permită de-a face o privire coprehenzivă asupra unei colecții vaste de fapte, de-a le simplifica și a le da o formă ușor perceptibilă pentru a obține o imagine precisă a unui grup de obiecte fără a fi obligat de-a face un lung și laborios examen de observație a fiecărui obiect în parte, care compun acest grup.

Valoarea și exactitatea. — Din cele de mai sus se vede că statistica e bună, când se referă la fapte omogene a unei colecții vaste, și când le simplifică în vederea unei înțelegeri ușoare, scutindu-ne totodată de-a face singuri observația fiecărui fapt în parte. Cifrele ce rezultă din statistici sunt probabile, în consecință exactitatea lor relativă. Totuș ne poate da un prețios indiciu în formarea părării noastre asupra diferitelor fapte, lucru stabilit de altfel de interesantele experiențe ale lui *Westegard* și *Gauss*, ale căror rezultate azi ne servesc ca legi în interpretarea și admiterea exactității relative a statisticii. Aceste legi sunt trei:

Cu cât cifrele cu cari se lucrează sunt mai mari, cu atât greșelile sunt mai mici:

Cu cât greșelile ar fi mai mari, cu atât se produc mai rar:

Greșelile în plus și în minus se anihilează.

M'am năzuit în statisticele mele și interpretarea lor să țin în vedere în limitele posibilității cele mai de mai sus.



Studiul statistic al rinitei hipertrofice

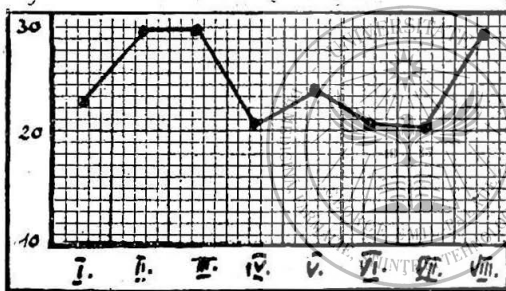
Statisticele, ce vor urma, se referă la cazurile văzute la consultațiile zilnice ale clinicii O. R. L. din Cluj timp de 8 luni: dela 1 Ianuarie până la 31 August 1926. Numărul total al bolnavilor prezentați în acest timp la consultațiile clinicii este 2096 dintre cari 518 cu rinită hipertrofică. Voi studia la acest număr de cazuri legătura frecvenței rinitei hipertrofice cu lunile, contribuția patogenetică a defectelor nasale în producerea hipertrofiei, frecvența și raportul diferitelor complicațiuni cu rinita hipertrofică cât și între ele, și anume: otice, faringice, laringiene și sinusale, precum și frecvența r. h. în diferitele vârste.

Luna Iulie 1926 clinica fiind sub reparație nu s'au ținut consultații; statistica acestei luni am înlocuit-o cu cea a lunii Iulie din 1925.

FRECVENȚA RINITEI HIPERTROFICE

Rinita hipertrofică, considerată boală, când are semne subiective și obiective destul de manifeste, se găsește între 20—30 la sută a cazurilor prezentate la consultații, abstrăgând de afecțiunea, pentru care de fapt bolnavul vine la specialist. Răsfoind condica ambulanței în oricare an, în oricare anotimp, totdeauna găsim un număr considerabil de rinită hipertrofică. Fiecare a patrulea din bolnavii ambulanței prezintă o hipertrofie accentuată a cornetelor. Un fapt curios e, că bolnavii rar vin la medic cu acuze nasale, cei mai mulți se plâng de gât, de urechi, nedând nici-o importanță faptului că nasul li-e obstruat. Deși rinita hipertrofică se găsește foarte des în orice timp, ea prezintă totuși oscilațiuni în unele luni.

Frecvența rinitei hipertrofice în legătură cu lunile:



Procentul reportat la numărul total al bolnavilor prezentați la ambulanța clinice. (Media: 24.5% —)

Grafica No. I.

Oscilațiunile lunare, cari se observă, se datoresc incontestabil exacerbațiunii rinitei hipertrofice, afecțiunea în sine existând și înainte. Aceste exacerbațiuni sunt produse nu atât prin răceala aerului, cât prin variabilitatea temperaturii, la care se mai adaugă și momente higroscopice. Astfel observăm (vezi grafica 1) în luna Ianuarie când temperatura deși scăzută a iernii este mai stabilă un procent mai mic, decât în Februarie, și Martie când procentul se urcă datorit tocmai oscilațiunilor de temperatură, ce e obicei în aceste luni. Cel mai mic procent observăm în Aprilie, Mai, Iunie și Iulie când de fapt temperatura de regulă este mai constantă. Dar chiar și în lunile de vară dacă vin timpuri ploioase, alternându-se temperaturi mai scăzute cu temperatura caldă a verii, numărul rinitei hipertrofice se urcă iar. Astfel luna August (excepțional în anul 1926) arată un punct tot așa de ridicat ca și luna Februarie. Tocmai aceasta urcare ex-

cepțională dovedește rolul variațiunii temperaturilor și al ploilor în producerea exacerbățiunilor rinitei hipertrofice.

În interpretarea valorii acestei oscilațiuni numerice a cazurilor de rinită hipertrofică trebuie se ținem seamă de complicațiunile mai mari la număr tocmai în aceste luni, și pentru cari vin majoritatea bolnavilor de-a se consulta. Aceste oscilațiuni naturale nu vor fi acelelea în toți anii și toate regiunile, fiind supuse împrejurărilor locale barometrice, higroscopice, factori importanți în producerea congestiunilor, ce stau la baza rinitei hipertrofice.

Pentru a da o valoare mai reală procentului de frecvență ce reese din statistica anului 1926, totodată și pentru a servi de control, am mai întocmit statistica anilor 1924—1925, care arată cu mici diferențe acelaș procent de frecvență.

În 1924 s'au prezentat 2301 bolnavi, dintre care 481. (21% cu r. h.)

În 1925 s'au prezentat 2507 bolnavi, dintre care 705 (28% cu r. h.)

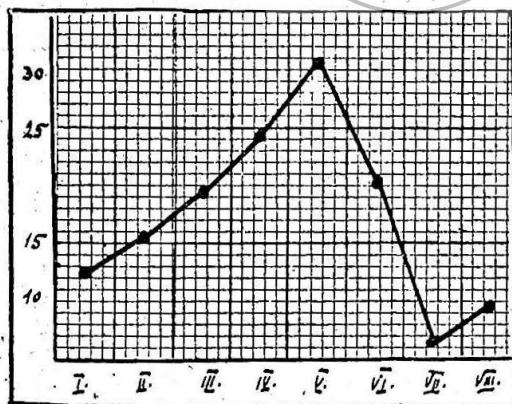
de unde făcând media plus media anului 1926 rămâne procentul 24.5% ca medie generală, care de astădată referindu-se la un număr de 6900 de bolnavi, cred că este destul de convingătoare.

II.

DEFECTELE NASALE ȘI RINITA HIPERTROFICĂ

Defectele anatomice, cum ar fi o deviație a septului, un pintone sau o creastă, predispun nasul pentru producerea rinitei

Numărul cazurilor când pe lângă rinita hipertrofică se găsesc și defecte anatomice



Grafica No. 2.

raportat la numărul total al cazurilor de rinită hipertrofică.

(Media: 16.5% —)

hipertrofice. De fapt nasul fiind deficitar deja prin această conformațiune vicioasă, va răspunde mult mai ușor celei mai mici

iritațiune în plus, prin o congestie. Ba chiar ele singure producând un deficit despirator și o iritație endonasală continuă contribuie la exagerarea fenomenelor produse de rinita hipertrofică. Dovada cea mai bună este că raportul defectelor anatomice ale nasului față de numărul total de rinită hipertrofică se ridică tocmai în lunile de vară April, Maiu, Iunie când numărul cazurilor de rinită hipertrofică (deși scăzut în urma stabilității temperaturii) este menținut în o treime a cazurilor de aceste defecte. Urmează de aici că la tratamentul atât preventiv, cât și curativ al rinitei hipertrofice trebuie să avem în vedere defectele nasale cari în 16% a cazurilor contribuie la producerea hipertrofiei. Mai semnez cu aceasta ocazie, că în caz de deviație sau obstrucție unilaterală a foselor nasale prin un pintene sau creastă, tocmai mucoasa părții mai largi se hipertrofiază.

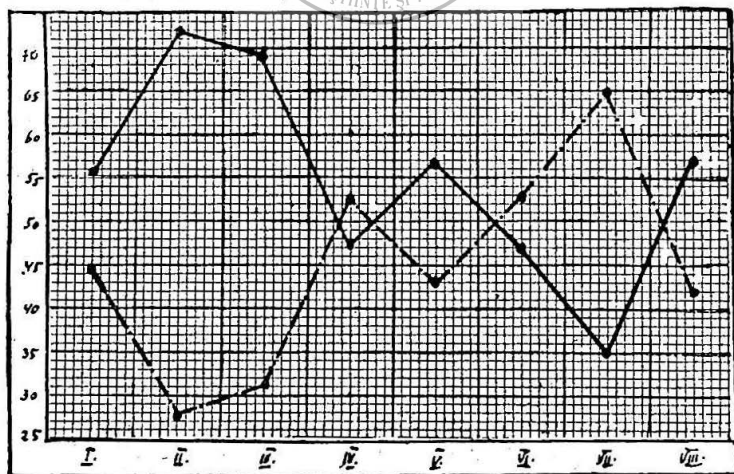
III.

FRECVENȚA ȘI RAPORTUL COMPLICAȚIUNILOR FAȚĂ DE R. H. ȘI ÎNTRE ELE.

Am amintit deja la descrierea rinitei hipertrofice frecvența mare a diverselor complicațiuni. Precum reese din statisticele

Grafica comparativă a rinitelor hipertrofice complicate pe luni: raportate ambele la numărul total al cazurilor de rinită hipertrofică.

(Media celor compl.: 55.1%) ——— : complicate
 (Media celor necompl.: 44.7%) ——— : necomplicate

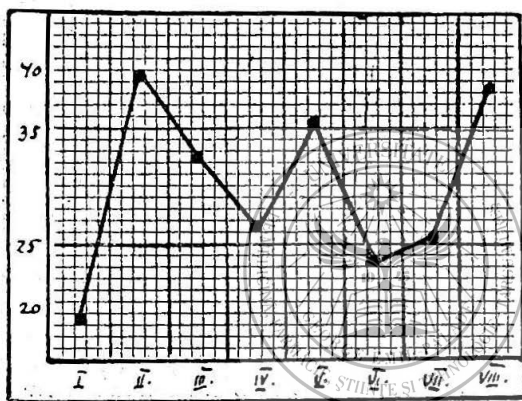


Grafica No. 3.

mele, mai mult, de jumătate a cazurilor de rinită hipertrofică coexistă cu alte afecțiuni în etiologia cărora se recunoaște incontestabil vicierea funcțiunii normale a nasului deoparte, propagarea infecțiunii și a alterării mucusului pe de altă parte. Dacă mai ținem socoteală că mai multe din aceste complicațiuni se atașează simultan unei rinite hipertrofice, se va recunoaște ușor importanța stabilirii acestui fapt. Un mare număr al complicațiilor fiind dat de afecțiuni catarale otice și faringiene, se explică ușor ridicarea curbei în legătură cu temperatura scăzută și umedă cele mai mari cifre fiind date de lunile Februarie, Martie, August.

În ce privește raportul difenitelor complicațiuni între ele primul loc îl dețin cele otice. Acestea sunt și cele mai frecvente și

Grafica complicațiilor otice:



Grafica No. 4.

raportate la numărul total al cazurilor de rinită hipertrofică.

(Media 32.7%)

cele mai serioase. Precum se vede din grafica No. 4 complicațiunile otice dau câte-odată un procent de aproape 40% în medie 33%, adică o treime a cazurilor de rinită hipertrofică, e acompaniată de vre-o complicație otică.

Cele mai mari la număr sunt (aproape jumătatea complicațiilor otice) cele catarale (vezi grafica 5), restul constând din otite purulente, și o foarte mică parte din otite tubare și scleroase. Dar rinita hipertrofică joacă un rol și în etiologia surdității prin astuparea completă a trompelor, ceea ce însă din fericire se întâlnește numai la 0.5% al cazurilor. În privința vre-unei oscilațiuni lunare la cele mai multe complicațiuni otice nu se poate observa nimic precis. Totuș otita tubară și cea purulentă par'că arată o ridicare în număr în lunile de iarnă și luna August (care a fost foarte variabilă și ploioasă). Cea mai mare parte a otitelor purulente care le-am găsit, au fost croince; fapt datorit de-oparte concepțiunii greșite, ce-o are populația noastră de a

nu-și trata urechile în caz de scurgeri („ii iese răul“), de altă parte unui tratament incomplet sau incorrect. Otită tubară în lunile de vară de-abia există Coexistența otitei scleroase ar dovedi până la un punct predispoziția organismului la proliferare de țesut conjunctiv. Otitele catarale arată o curbă atât de nespecifică.

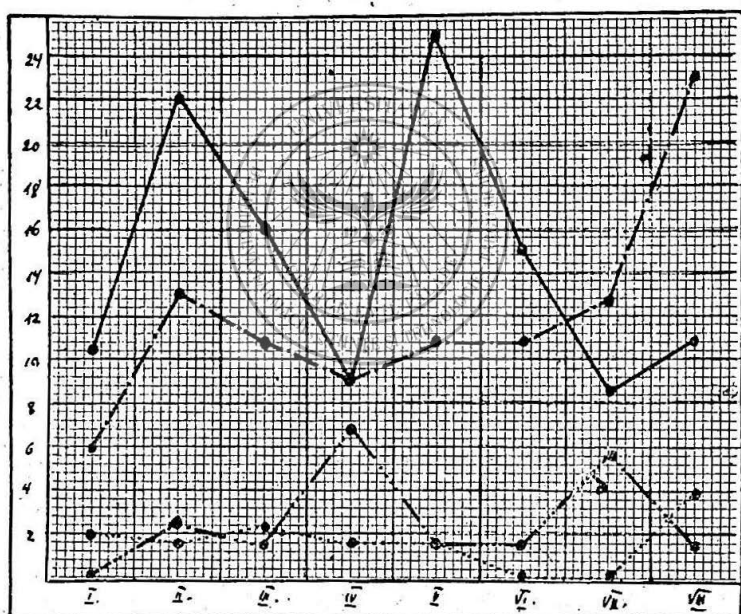
Grafica comparativă a diverselor complicațiuni otice:

raportate la numărul total al cazurilor de rinită hipertrofică.

Legenda:

Media:

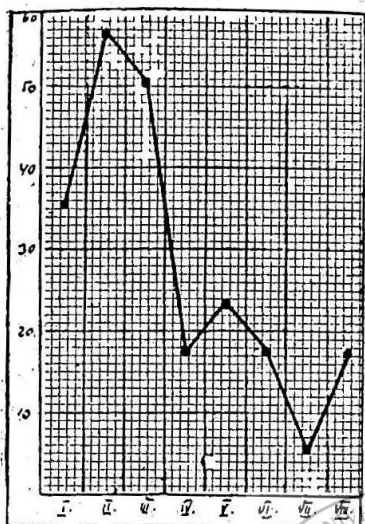
—————: otite catarale	1 otite cat. 14%
- - - - -: otite purulente	2 " pur 11.6%
- · - · - · -: otite scleroase	3 " tubare 2.6%
- · - · - · -: otite tubare	4 " { scleroase 1.5%
	{ surditate 0.5%



Grafica No. 5.

incât nu s'ar putea trage nici-o concluzie, în cecece privește oscilațiunile lunare. Ceeace e important și asupra căruia cred că nu-i inutil să insist, este marele număr al otitelor purulente 12%. Urcare bruscă a numărului otitelor purulente în luna August își poate avea explicația în recidivele otitelor purulente cronice prin variabilitatea lunii August. De fapt în aceasta lună aproape toate cazurile de otite purulente sunt cronice recidivante.

Grafica complicațiilor faringiene:



raportate la numărul total al cazurilor de rinită hipertrofică.

(Media: 28.8%)

Grafica No. 6

Inflamația faringelui precum și a amigdalelor în cazuri de rinită hipertrofică se explică prin propagarea infecției endonasale la mucoasa rinofaringelui, bucofaringelui, de-o parte, de alta

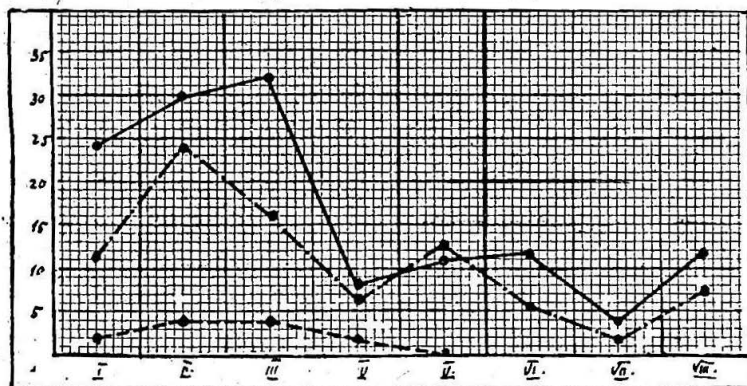
Grafica comparativă a diverselor afecțiuni grafice pe luni:
raportate la numărul total al cazurilor de rinită hipertrofică.

Legenda:

- : faringite
- - - : amigd. hipert.
- · - · : amigdalite

Media:

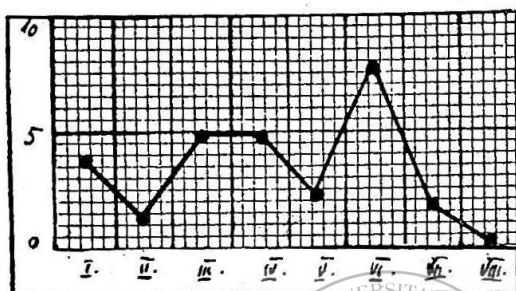
- faringite: 16.6%
- amigdalite: 1.3%
- hipertrofii de amigd: 10.1%



Grafica No. 7

din cauza respirației pe gură; aerul rece provoacă o slăbire a rezistenței mucoasei, făcând terenul propice dezvoltării microbilor. Ba chiar aerul trece mai încărcat de microbi în curățirea căroro nasul joacă un rol foarte important. În consecință vom înțelege ușor de ce curba complicațiilor faringiene este atât de ridicată în lunile de iarnă, arătând aproape 60% pe când scăzând treptat, vara ajunge la un minimum de 6% a $\frac{1}{10}$ parte din ceea ce a fost

Grafica complicațiilor laringiene:



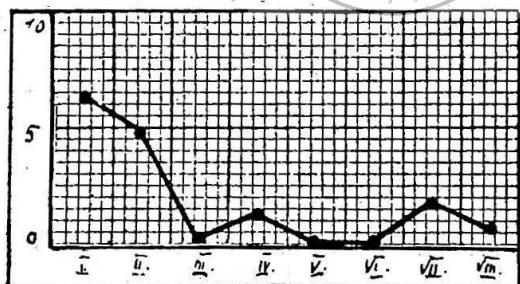
raportate la numărul total al cazurilor de rinită hipertrofică.

(Media: 3.4%)

Grafica No. 8

iarna, pentru a se ridica din nou dacă intervine o schimbare de vreme (vezi August). Acelaș mers îl observăm și la faringite ca și la amigdalite. Acestea din urmă dispar aproape complet vara (cel puțin cele susținute de rinită hipertrofică). În producerea amigdalitelor hipertrofice afară de momentele sus menționate joacă un rol și faptul deja amintit în descrierea rinitei hipertro-

Grafica complicațiilor sinusale și anosmie:



raportate la numărul total al cazurilor de rinită hipertrofică

Grafica No. 9

fică, și anume: simpatia patologică ce-o au elementele componente ale inelului limfatic. Imbolnăvindu-se unul (foliculii limfatici ai coziilor cornetelor), se va resimți și asupra celorlalte (amigdalele de ex.) De aici urmează importanța ridicării cozilor cornetelor, ceea ce pentru evitarea hemoragiilor mult mai abundente aici, o neglijează unii specialiști. — În frecvența hipertrofiei amigdaline vedem aceleaș oscilațiuni lunare ca și la celelalte afecțiuni faringiene.

Aproape aceleleaș momente patogenetice le găsim și în producerea laringitelor, aici fără îndoială propagarea infecțiunii jucând un rol mult mai secundar. Și totuș curba, care am obținut-o din statistica mea, nu arată rezultatul ce ar fi natural. Cauzele ar putea fi multiple. De fapt o laringită cronică mai ușoară nedând în numene atât de alarmante, plus că majoritatea bărbaților, fiind fumători au o asemenea laringită din cauza fumatului, nici bolnavii nu se plâng de această afecțiune și nici în condica ambulanței nu s'au introdus, decât cazurile mai accentuate. Dealtfel curba, ce-ar ezulta din cazurile anului precedent, deși nu se suprapune celei rezultate din statistica anului 1926, este tot atât de puțin caracteristică, ca aceasta din urmă.

Afară de complicațiunile înșirate până acum rinita hipertrofică mai dă sinusite și etmoidite prin propagarea infecțiunii la mucoasa acestor cavități anexe nasului. Nu există, aș putea zice, decât în cazuri excepționale sinusită fără hipertrofie de cornete. Prin hipertrofia cornetelor și a mucoasei se închide orificiul de deschidere și se produce sinusita. Acelaș lucru cu celulele etmoidului. Acestea ca și sinusitele în afectarea lor nu au nici o legătură cu lunile.

În fine statistica mea mai amintește de anosmie, care se produce în urma alterării mucoasei olfactive. Disosmia este un simptom aproape constant al rinitei hipertrofice, anosmia este o complicație de cele mai multe ori permanentă, datorită netratării rinitei hipertrofice.

IV. RINITA HIPERTROFICĂ ÎN LEGĂTURĂ CU VÂRSTA ȘI SEXUL

Rinita hipertrofică, ca oricare altă afecțiune, prezintă o variație în frecvența ei și în legătură cu vârsta, ba chiar și cu sexul. Astfel statistica lunilor I—VIII. din anul 1926 arată următoarea situație:

Intre anii	Bărbați	Femei	Total
7	—	—	—
7—10	5	1	6
10—20	128	69	197
20—50	195	98	293
50—	15	7	22

Din tabloul de sus se vede, că în prima copilărie și până la 10 ani rinita hipertrofică este o raritate, ceea ce e și natural, luând

în considerare patogenia, faptul că totuș poate exista, îl arată aceste câteva cazuri din statistica de mai sus. Sub 7 ani însă nu se găsește de loc în cazurile clinicei O. R. L. deși în privința asta am controlat și anii precedenți.

Raritatea tot atât de pronunțată a rinitei hipertrofice la bătrâni se explică deoparte prin lipsa complicațiilor la bătrâni, ce le dă r. h., și în consecință bătrânii, fiind mai conservațivi, nu se deranjează pentru o mică jenă în respirație, mai ales că și activitatea lor fiind mai redusă, nu prea necesită o hematoză mai exagerată.

Rămâne deci ca urmare, că rinita hipertrofică este o afecțiune a vârstei adulte mai ales, mult mai frecventă la bărbați decât la femei, având în privința asta drept cauză incontestabilă și profesiunea, tabagismul și alcoolismul.

V.

RINITA HIPERTROFICĂ ȘI CELELALTE AFECȚIUNI NASALE

Pentru a evidenția prevalența numerică a rinitei hipertrofice asupra celorlalte afecțiuni nasale, citez încă statistica împrumutată de la ambulatorul polclinic al CFR.-ului, unde în anul 1926 la secția oto-rino-laringologică din 229 bolnavi prezentați la consultații, 69 sufereau de rinită hipertrofică, cece este un procent de 30%; iar celelalte afecțiuni nasale în total au fost de-abia 36. Adică rinita hipertrofică constituie două treimi din totalul afecțiunilor nasale.

Totalul bolnavilor	cu rinita hipert.	cu alte af. nasale
229	69 (30%)	36 (15.5%)

Procentul ceva mai ridicat în această statistică, față de cea a ambulanței clinicei O. R. L. este urmarea faptului, că bolnavii în majoritatea lor prin profesiunea ce-o exercită sunt expuși unei iritații continue prin un aer viciat.

Ar mai fi de studiat complicațiunile date pe cale reflexă, despre ce însă în lipsă de cazuri n'am putut întocmi o statistică cât de sumară.

Tablou resumativ despre media complicațiilor rinitei Hipertrofice

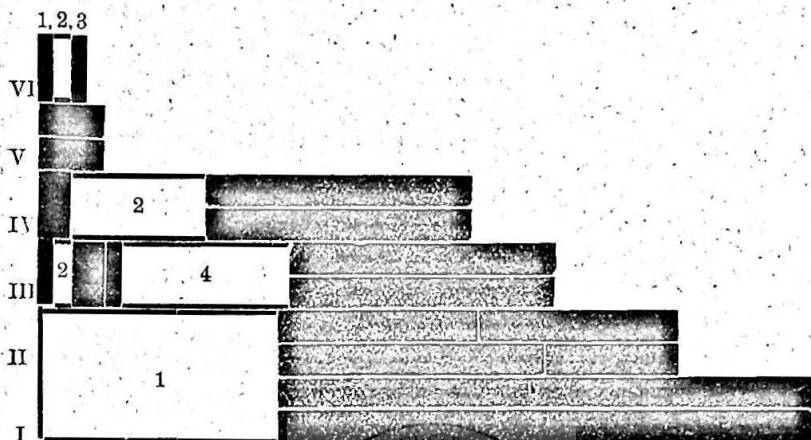


Tabela No. 10. A

Legenda:

I. Complicații:	— — — — —	55%
II. Rinite hipertrofice necomplicate:	— — — — —	45%
1. cu defecte nasale	— — — — —	16.5%
III. Complicațiuni otice:	— — — — —	33%
1. surditate	— — — — —	0.5%
2. otită scleroasă	— — — — —	1.5%
3. „ tubară	— — — — —	3%
4. „ purulentă	— — — — —	12%
5. „ catarală	— — — — —	15%
IV. Complicațiuni faringiene:	— — — — —	29%
1. amigdalite	— — — — —	1.5%
2. hipertrofii de amigdale	— — — — —	10.5%
3. faringite	— — — — —	17%
V. Complicațiuni laringiene:	— — — — —	3.5%
VI. Alte complicațiuni:	— — — — —	2%
1. anosmie.	— — — — —	0.2%
2. etmoidite	— — — — —	0.3%
3. sinusite	— — — — —	1.5%



Concluziuni :

Intrucât mi-a reușit să ating scopul urmărit, nu-i compeliința mea să-o judec: ca orice statistică și a mea este relativă și susceptibilă de discuțiuni. Din interpretarea ei reese însă destul de evident:

1. Că rinita hipertrofică este o afecțiune nasală foarte frecventă, atingând în termen mediu 25% a bolnavilor cari caută ajutorul rinologului;

3. Că este o afecțiune în deosebi a vârstei adulte, fiind mult mai frecventă la bărbați, decât la femei (2:1):

3. Că are la baza sa între altele, ca factor etiologic incontestabil și defectele nasale în 16.5% a cazurilor;

4. Că în producerea și exacerbarrea ei joacă un rol mult mai important variabilitatea și umiditatea timpului, decât anotimpurile în sine:

5. Că este o afecțiune, deși ușoară, serioasă prin complicațiunile ei atât de frecvente (55 la sută a cazurilor). Aceste complicațiuni sunt unele foarte serioase, ca: otita purulentă, sinusita, aonsnia și chiar surditatea, succedând acestea în ordinea frecvenței lor:

c. otice 33% (din cari o treime purulente)

c. faringiene 29% (din cari o treime hipertrofii de amigd.)

c. laringiene 3.5%.

c. sinusale 2%.

Din cele de sus rezultă ca un percept practic: că orice rinită simplă trebuie tratată serios, pentru a nu deveni hipertrofică;

că orice rinită hipertrofică necesită un tratament radical, pentru a preveni complicațiunile ei atât de dese și neplăcute.

Văzută și bună de imprimat:

Prof. Dr. I. Predescu-Rion
președinte

Prof. Dr. T. Vasiliu
decan.

Tablou
referitor la rinita hiper-
trofică (1 Ianuarie

Luna	Numărul bolnavilor dela ambulanță	Numărul cazurilor de rinită hipertrofică	Cu defecte anatomice	Necompliate	Compliate	COMPLI-			
						otice	otice catarale	otice purulente	otice tubare
Ianuarie	220	22 ⁰	12 ⁵	43 ⁷	56 ³	18 ⁷	10 ⁴	6 ²	—
Februarie	284	29	15 ¹	27 ⁸	72 ²	37 ⁹	21 ⁰	12 ⁶	2 ⁵
Martie	270	29	17	31 ⁷	68 ³	32 ²	15 ⁷	11	1 ²
Aprilie	297	20 ³	23 ⁷	52 ⁵	47 ⁵	27 ¹	8 ³	8 ³	6 ⁷
Maiu	285	22 ¹	31 ⁴	42 ⁸	57 ²	35 ⁷	22 ⁸	10	1 ⁴
Iunie	301	21 ³	18 ¹	53	47	24 ²	14 ⁵	10	1 ⁵
Iulie(1925)	244	20	6 ¹	65 ³	37 ⁷	26 ⁵	8 ²	12 ²	6 ¹
August	195	29	8 ⁷	42 ¹	57 ⁹	38 ⁵	10 ⁵	22 ⁷	1 ⁷
Media:	2096	24 ⁵	16 ⁵	44 ⁷	55 ¹	32 ⁷	14 ⁶	11 ⁶	2 ⁶

* Cifrele din coloana II. arată procentul rinitelor hipertrofice față de totalul bolnavilor ambulanței.

** Cifrele din coloane III.—XX arată procentul diverselor afecțiuni raportate la numărul total de rinite hipertrofice.

statistic
trofică și complicațiunile ei.
31. August 1926)

CAȚIUNI (SAU AFECȚIUNI COEXISTENTE)										
otico selenoase	surditate	Faringiene	faringite	amigdale hipertrofice	amigdalitel	Laringiene	nasale	sinuzite	etmoidite	anemie
X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX
2	—	37 ⁵	22 ⁹	10 ⁴	2	4	6 ²	6 ²	—	—
1 ²	—	57	30 ³	22 ⁸	3 ⁷	1 ²	5	2 ⁵	2 ⁵	—
2 ⁴	2 ¹	51 ¹	31 ⁵	15 ⁷	3 ⁶	5	1 ⁶	1 ⁶	—	—
1 ⁶	1 ⁶	17 ⁹	8 ⁴	6 ⁷	1 ⁶	5	—	—	—	—
1 ⁴	—	24 ³	11 ⁴	12 ⁸	—	2 ³	—	—	—	—
—	—	18	12 ¹	4 ⁵	—	7 ⁵	—	—	—	—
—	—	6 ¹	4 ¹	2 ⁶	—	2	2	2	—	—
3 ⁵	—	19 ²	12 ²	7	—	—	1 ⁷	—	—	1 ⁷
1 ⁵	0 ⁵	28 ⁸	16 ⁶	10 ¹	1 ³	3 ⁴	2	1 ⁵	0 ³	0 ²



Bibliografia:

- Annales des maladies* de l'oreille, du nez et du laryux.
- Alfredo Niceforo*: La methode statistique 1925.
- Bourgeois*: Précis de Pathologie chirurgicale 1924.
- Gley*: Traité e. de Physiologie 1924.
- Guizez*: Maladies des fosses nasales et des sinus 1923.
- Iannois*: Précis des maladies de l'oreille, du nex, ddu larynx
et de l'harynx 1918.
- Manuilă*: Cours de statistică medicală (note) 1925.
- Pásztorj*: Statisztika 1884.
- Testat-Iacob*: Traité d'anatomie topographique 1921.

Tabla de materie

	Pagina
Prefață	5
Noțiuni de anatomie și fiziologie a nasului	7
Rinita hipertrofică	9
Despre statistică	13
Studiul statistic al rinitei hipertrofice	15
Frecvența rinitei hipertrofice	16
Defectele nasale și rinita hipertrofică	17
Frecvența și raportul complicațiilor față de r. h. și între ele	18
Rinita hipertrofică în legătură cu vârsta și sexul	23
Rinita hipertrofică și celelalte afecțiuni nasale	24
Tablou resumativ despre media complicațiilor rini- tei hipertrofice	25
Concluziuni	27
Bibliografia	31
Tabla de materie	32