

No. 977.

**OPERAȚIA  
SUBPERICONDRO-MUCOASĂ  
PENTRU  
REZEȚIA SEPTULUI NASAL**



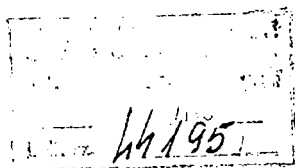
**TEZĂ**

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 2 APRILIE 1936

DE

**ALEXANDRU R. DUMITRESCU**



23 MAY 2005

**UNIVERSITATEA »REGELE FERDINAND I«  
DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ.**

---

*DECAN: D-l Profesor Dr. D. MICHAIL.*

*Profesori:*

Clinica stomatologică (agr.) . . . . .	Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Bacteriologie . . . . .	» » <i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei (agr.) . . . . .	» » <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	» » <i>Botez M. A.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	» » <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	» » <i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologia umană (supl.) . . . . .	» » <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală . . . . .	» » <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	» » <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală . . . . .	» » <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală . . . . .	» » <i>Kernbach M.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	» » <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	» » <i>Minea I.</i>
Igienă și Igiena socială . . . . .	» » <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	» » <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	» » <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală } . . . . .	» » <i>Pop A.</i>
Medicina operatoare } . . . . .	
Clinica infantilă . . . . .	» » <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	» » <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacia chimică și galenică (agr.) . . . . .	» » <i>Secăreanu</i>
Balneologie . . . . .	» » <i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	» » <i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică . . . . .	» » <i>Teposu E.</i>
Chimia biologică . . . . .	» » <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	» » <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	» » <i>Vasiliiu Titu.</i>

**JURIUL DE PROMOTIUNE:**

Președinte: Dl. Profesor Dr. Gh. Buzoianu

Membrii: { " " " *T. Vasiliiu*  
" " " *E. Teposu*  
" " " *A. Pop*  
" " " *I. Aleman*

Supleant: Dl. Docent Dr. C. Velluda.

## INTRODUCERE.

Operațiunile pe septul nasal au fost și în trecut executate de mulți chirurghi din cauza numărului mare al deviațiilor septului, care constituie indicațiunea operatorie cea mai însemnată.

După Zucker Kandl 60% din indivizi ar avea septul nasal deviat. Théile dă o proporție enormă de 80% și după el indivizii al căror sept nasal este normal sunt excepții pe când cei cu septul deviat formează regula.

Puțini însă dintre aceștia vin la medic din această cauză, pentru că nu au nici un deranj fiziologic, iar această anomalie anatomică se descopere numai incidental la rinoscopie.

Sunt alți însă care prezintă turburări grave și cu consecințe serioase; aceștia interesează pe rinolog.

Deformațiunile septului nasal pe cât sunt de frecvente tot pe atât sunt și de variate ca formă, fiind imposibil de realizat o descripție sau o bună clasificare a lor.

Se disting deviațiuni cari interesează numai septul cartilagos, numai septul osos, sau interesează cartilagiul și osul, unul fiind mai mult sau mai puțin interesat în timp ce altul este deviat.

Deviațiile pot fi orizontale sau verticale. Cele verticale sunt mai rare și iau o formă de C sau o formă de S. Cele orizontale sunt mai frecvente și au o formă unghiulară simplă sau simplă cu curbura; toate se pot complica cu îngroșeri sau crește.

Deviațiile fiind deci foarte variate s'a încercat remedierea acestui defect prin numeroase metode chirurgicale care diferă dela autor la autor. Astfel: secțiuni simple cu bisturiul,

septotomul, trepanul electric, etc.; rezecțiunile septului prin diferite procedee.

Rezecțiunea septului pe cale submucoasă a fost prima dată imaginată de Heylen care în 1847 a vorbit despre ea. Rând pe rând Chassaignac, Leinhard execută acest procedeu însă numai în partea anterioară din cauză că nu întrebuințau eclerajul prin lumina reflectată. Abia Hartmann în 1882 și Petersen în 1883 operează profund. Petersen operează pe cale subpericondrală, Bönninghaus pe cale subperiostală, apoi Hajek, Asch, Moure mobilizează septul cartilagos iar Harisson mobilizează septul osos.

Rezecția subpericondro-mucoasă a septului nasal este o generalizare a tuturor intervențiilor anterioare executate pe septul nasal. Killian a fost acela care a perfecționat această metodă. Este o operațiune pe cât de delicată pe atât de minuțioasă și implică răbdare din partea bolnavului în aceeași măsură ca și din partea operatorului. Rezultatele ei sunt foarte bune. Obiecțiunile cari i s'au adus nu au nici o valoare, deoarece prin ea se tinde la maximum de rezultat și micile inconveniente produse bolnavului ca: durere momentană și răbdare în timpul actului operator, trebuiesc trecute cu vederea, luându-se în considerație faptul că operația nu se face pentru chirurg, ci pentru bolnav. În ceea ce privește răbdarea nu avem decât să enunțăm un vechiu precept filozofic, care spune că: „Geniul este o lungă răbdare“.

În Clinica oto-rino-laringologică din Cluj acest tip de operație este în mod curent executat din cauza extensiunii indicațiilor operatorii totdeauna bine precizate și printre care putem enumera: deviațiile accentuate ale septului, creste mari septale care coexistă cu cataruri tubare, otite catarale de partea deviației, sindrom de impermeabilitate a foselor nasale, tulburări reflexe rinogene, unele nevralgii faciale care însoțesc aceste deviații.

## I.

# Considerațiuni anatomice asupra septului nasal.

Septul nasal sau peretele despărțitor al foselor nasale, se prezintă ca o despărțitoare subțire, care separă cele două fose nasale. Are o formă dreptunghiulară și este așezat perpendicular pe planșeul nasului. Este format din două porțiuni : una cartilaginoasă anterioară, iar cealaltă osoasă posterioară. Porțiunea osoasă este formată în sus de lama perpendiculară a etmoidului, iar în jos și înapoi de osul vomer. Aceste două oase formează între ele un unghiu deschis înainte, care este complectat prin porțiunea cartilaginoasă a septului nasal.

Vomerul este un os de formă patrulateră destul de neregulat. Prin cele două fețe ale sale ia parte la formarea peretelui intern al foselor nasale; pe aceste fețe se găsesc câteva șanțuri dintre care unul oblic mai accentuat pentru nervul sfeno-palatin. Prin marginea sa anterioară, vomerul se articulează în sus cu lama perpendiculară a etmoidului, iar în jos cu cartilagiul despărțitoarei nasale; prin marginea sa superioară, care prezintă un șanț antero-posterior (buzele șanțului se mai numesc și aripile vomerului), ia parte la formarea șanțului sfeno-vomerian median; marginea inferioară a vomerului pătrunde în fisura care se formează din alipirea celor două apofize palatine ale maxilarului superior și care între ele formează planșeul foselor nasale; marginea posterioară a vomerului este subțire, tăioasă și nearticulară; ea separă cele două fose nasale în partea lor posterioară.

Lama perpendiculară a etmoidului este o lamelă subțire, care coboară în jos depe corpul etmoidului; are o formă patru-

lateră și prezintă două fețe laterale, care iau parte la formarea foselor nasale, o margine superioară care se continuă la nivelul liniei orizontale cu baza apofizei crista-galli, o margine antero-superioară, care se articulează cu spina nasală a frontalului, o margine antero-inferioară, care se articulează cu cartilajul septual nasal și în fine o margine posterioară, care se articulează în sus cu crestea anterioară a sfenoidului și în jos cu vomerul.

Unghiul anterior, format prin articulația vomerului cu lama perpendiculară a etmoidului, este ocupat de o lamă cartilagineasă subțire, care are o formă patruleală și care prezintă o margine postero-superioară, ce se unește cu lama perpendiculară etmoidală, o margine postero-inferioară, ce se unește cu vomerul, o margine antero-superioară, care corespunde dosului nasului și o margine inferioară, ce corespunde sub-cloisonului.

Întreg septul nasal este tapetat de mucoasa care tapetează fosele nasale: mucoasa pituitară. Aceasta este foarte bogată în vase sanguine și din această cauză rezultă abundența și durata hemoragiilor nasale. Sistemul venos în special stă în directă legătură cu circulația intracraniană și astfel se explică propagarea meningo-encefalică a infecțiilor nasale. Mucoasa pituitară este deasemenea foarte bogată și în filete nervoase și prin aceasta se explică numărul mare al reflexelor cu punctul de plecare din fosele nasale.

Sistemul arterial este format din artera sfeno-palatină, care este ramura terminală a maxilarei interne.

Sistemul venos ia patru drumuri diferite: în vena facială, în vena oftalmică, în venele vălului palatin și în maxilara internă prin intermediul plexului pterigoidian.

Sistemul nervos este format din nervii sensibilității speciale reprezentați prin filetele nervului olfactiv și din nervii sensibilității generale, reprezentați prin ramurile trigemenului.

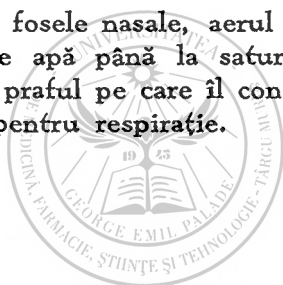
Nervul olfactiv. Filetele acestui nerv iau naștere în fosele nasale, la nivelul cornetului superior și părții corespun-

zătoare a septului; traversează lama ciuruită etmoidală și se termină în bulb.

Nervii sensibilității generale sunt formați din: a) ramurile nasale superioare ale nervului sfeno-palatin, ramură a maxilarului superior, care pătrunde în fosele nasale și se divide într'o ramură internă pentru septul nasal și o ramură externă pentru cornetul superior și mijlociu; b) ramura nasală posterioară a nervului palatin anterior; c) nervul nasal, o ramură a oftalmicului, care în orbită se divide în două ramuri, una internă ce trece în fosele nasale și se numește nervul nasal intern și alta externă. Nervul nasal intern se imparte și el în două ramuri, una internă pentru sept, iar alta externă pentru cartilagiul lateral al nasului și se numește nervul naso-lobar.

Fosele nasale au rolul de a prezenta plămânului aerul în condițiuni de căldură, umiditate și curățenie necesară unei bune funcționări.

Trecând prin fosele nasale, aerul se încălzește, se încarcă cu vapori de apă până la saturație completă și se debarasează de tot praful pe care îl conține în suspensie și devine astfel bun pentru respirație.







## II.

# Asepsia și dezinfecția în operațiunile executate în fosele nasale.

Chirurgia specială reclamă aceiași asepsie și aceleași precauțiuni ca și chirurgia generală.

În orice operațiune nasală sau endo-nasală asepsia va interesa câmpul operator, chirurgul, ajutorul și instrumentele.

Desinfecția câmpului operator se face pentru a se curăți fosele nasale de puroiu, mucozități și cruste. Această dezinfecție se face prin expirație forțată pe nas astupându-se alternativ fiecare narină; prin introducerea de corpi oleoși antiseptici în fosele nasale (vaselină pură, oleu gomenolat, etc.); prin extracția cu pensa a crustelor înmuiate în prealabil de substanța grasă și care sunt prinse încă de unul din pereții foselor.

Dacă se constată că nu poate fi dezinfectat câmpul operator în totalitatea lui în fosa infectată, se amână operația.

Chirurgul și ajutorul — după ce și-au reglementat câmpul luminos prin oglinda Clar, pentru ca ulterior să nu o mai atingă cu mâna, — se spală pe mâini ca pentru orice operație mare și apoi îmbracă bluze și mănuși sterile.

Toate obiectele ce vor fi utilizate în timpul intervenției ca: bluze, câmpuri, comprese, ață, ser fiziologic, cuvețe, sunt sterilizate la autoclav cu vapori sub presiune. Instrumentele metalice vor fi sterilizate la căldură uscată în etuva electrică.

În operațiile pe nas sunt câteva preparative preliminatorii de care trebuie să se ție seama; astfel luminajul câmpului operator care trebuie să fie făcut cât mai perfect pen-

tru ca întreg câmpul să fie sub ochii operatorului și mai ales în operațiile endonasale profunde. Luminajul se face cu oglinda Clar care se fixează înainte de operație atât chirurgului cât și ajutorului.

Deasemenea de o importanță capitală este și poziția bolnavului prin care să se înlesnească atât o bună vedere de ansamblu pentru operator, cât și o mai ușoară mânăuire a instrumentajului. De regulă în operațiunile endo-nasale cu anestezie locală, bolnavul este așezat în poziția rinoscopică ordinară pe fotliul lui Jansen. În operațiunile cu anestezie generală, bolnavul este așezat în poziția „Rose”, de preferință pe un plan ușor inclinat cu capul în jos, pentru a se evita pătrunderea sângelui în căile respiratorii, deși această poziție declivă favorizează foarte mult producerea hemoragiilor.

Anestezia în operațiunile pe nas poate fi generală, regională și locală.

Indicațiunile în acest sens sunt: după vârstă; la copii este preferabilă narcoza pentru ca să-i imobilizăm complet; după natura operațiunei; chiar când operațiunea implică mai mult timp, este preferabilă anestezia loco-regională. Narcoza se face cu cloroform sau eter; în cazul de operațiuni rapide și care nu durează timp îndelungat, se face cu clorur de etyl.

Anestezia locală cu cocaină sau novocaină este procedeul cel mai uzitat în operațiile mici. Prin acest fel de anestezie se permite ca bolnavul să fie operat în poziție naturală. Soluția de cocaină trebuie pregătită imediat înainte de operație pentru a se evita intoxicațiunile. Soluția  $\frac{1}{100}$  se întrebuițează pentru explorarea foselor nasale, iar soluția  $\frac{10}{100}$  pentru operațiuni.

Tehnica este simplă. Se pulverizează de două trei ori în fosele nasale din soluția  $\frac{1}{100}$  și prin aceasta se permite cateterismul foselor. Apoi din soluția  $\frac{10}{100}$  se badijonează câmpul operator de două trei ori. După cinci minute se poate începe operația.

În operațiunile pe mucoasa nasală se obișnuște să se facă și o hemostază preventivă. Se obține o bună ischemie

a câmpului operator dacă în soluția de cocaină  $10/100$  se pune și 5—6 picături de adrenalină în soluție  $1/1000$ . Aplicația adrenalinei prin badijonare produce o vaso-constricție foarte rapidă și energică a mucoasei, care se traduce printr'o paloare și o retracție foarte mare. Mucoasa se lipește în mod absolut de osul sau cartilagiul subjacent. Grație acestei metode se poate opera fără nici o picătură de sânge. Pe de altă parte adrenalina mai are în plus și avantajul că prelungește anestezia.

Dezavantagiile adrenalinei ar fi după unii chirurghi că în primul rând se produc hemoragii secundare destul de însemnate, iar în al doilea rând producând retracțiune prea mare a mucoasei, maschează prin aceasta limitele reale ale leziunii.

Avantagiile pe care le prezintă acest procedeu întrec cu mult dezavantagiile și din această cauză metoda a intrat astăzi în uzul comun.

Se uzitează astăzi metoda infiltrației cu novocaină  $1/200$  căreia i s'a adăugat o picătură de adrenalină  $1/1000$  pentru fiecare cmc. Adrenalina face novocaina mai activă și prelungește durata acțiunii.

Acest procedeu este aplicat în special în rezecția septului pe cale submucoasă pentru că odată cu infiltrația lichidului se face și decolarea mucoasei de pe os sau cartilagiul.



### III.

## Operațiunile pe septul nasal anterioare operației subpericondro-mucoase (Killian).

Înainte de Killian s'au imaginat de mulți alți rinologi diferite metode operatorii pe septul nasal. Aceste metode sunt și astăzi în uzul unor chirurghi, care le execută atât în unele afecțiuni proprii septului cât și în afecțiuni localizate în fosele masale.

Imi permit a le trece sumar în revistă pentru a se putea face deosebirea între ele și operația subpericondro-mucoasă.

Procedeele operatorii pe septul nasal sunt împărțite de G. Laurens în trei grupe:

1. Secțiunea septului.
2. Rezecțiunea septului.
3. Mobilizația septului.

1. Secțiunea septului se aplică în deviațiunile scolio-tice ale septului nasal. Când este deviat numai septul cartilagi-nos, secțiunea se face cu bisturiul de jos în sus. Se are însă în vedere ca să se secționeze numai mucoasa depe partea convexă împreună cu cartilagiul, fără să se lezeze mucoasa depe partea concavă, pentru a nu se produce o perforație a septului.

După ce s'a făcut secțiunea, bolnavul imprimă o expira-țiune forțată pe narina respectivă, pentru ca să se elimine porțiunea excizată. În cazul când această porțiune nu se eli-mină și atârână de sept ținută fiind de un pedicul, se taie acest pedicul cu un polipotom sau cu un turbinotom.

Când se presupune o deviație și a septului osos și cu

o creastă suprapusă, secțiunea mucoasei și a septului cartilajinos se face cu bisturiul, iar a septului osos cu fierăstrăul. Instrumentul este o modificare a instrumentului lui Bosworth și se compune dintr'un mâner solid la capătul căruia se atașează un fierăstrău scurt, flexibil și cu dinții foarte mici. Anestezia se face cu cocaină și adrenalina. Fierăstrăul urmează acelaș traect ca și bisturiul, adică de jos în sus. Fierăstruirea se face rapid pentru a nu fi jenată de sânge și de bucățile de os pe care lama le prinde.

Când deviația este unghiulară sau când pe sept sunt creste, spini și excrescențe, este indicată secțiunea cu septotomul. Această metodă este cea mai perfectă din cauza rapidității cu care se face. Operațiunea se face în câteva secunde și dă rezultatele cele mai bune. Dintre cele mai uzitate septotoame sunt: ale lui Moure și Carnalt Jones. Sunt fereștruite și la extremitate au o suprafață tăioasă dispusă în așa fel ca deviația sau creasta să fie tăiată dinapoi înainte. Se introduce septotomul în cavitatea nasală, se aplică în așa fel ca creasta să intre în fereastra septotomului, iar lama tăioasă să depășească puțin înainte marginea anterioară a crestei. După ce creasta a fost bine angajată în fereastra septotomului se face o smucitură rapidă și se secționează creasta la baza ei.

În deviațiunile foarte convexe ale septului cartilajinos se mai aplică perforația septului cu pensa îmbucătoare a lui Laurens. După cocainizarea și adrenalinizarea septului pe ambele fețe se introduce pensa cu câte o lamă în fiecare narină. Se strânge la exterior iar septul cartilajinos deviat este tăiat și cade ca o confetă. Această operație aplicată pe septul cartilajinos este puțin dureroasă; aplicată însă pe septul osos implică cloroformizarea.

2. Rezecția septului, care poate fi subpericondrală (Petersen) și subperiostală (Bönningshaus).

## Rezecția subpericondrală a lui Petersen.

Aceasta este o operațiune prin care se rezecă cartilagiul septului nasal subpericondral. Este un principiu foarte elegant prin care se respectă integritatea mucoasei nasale. Are inconvenientul că tehnica operațiunii este foarte delicată și tot atât de deficilă. Este indicată numai în deviațiunile bine limitate ale părții anterioare a septului cartilagos.

Technica prin anestezie generală sau locală. Cu două tamponane înmuiate într'o soluție de Clorhidrat de cocaină  $\frac{1}{10}$  lipite pe fiecare parte a septului, se lasă pe loc și se schimbă de 2—3 ori în timp de 10 minute. Soluției de cocaină i se adaugă și câteva picături de adrenalină  $\frac{1}{1000}$  pentru determinarea unei ischemii a câmpului operator.

Operația cuprinde patru timpi;

a) Incizia și disecția mucoasei. Orificiul narinelor este dilatat cu un specul al lui Volcher, Palmer sau cu degetul. Se trag două incizii cu bisturiul (nu cu termocauterul) pe partea convexă a deviației; prima va fi la inserțiunea septului pe planșeul fosei nasale; a doua va porni dela extremitatea anterioară a precedentei, va înconjura înainte partea curbă a deviației și se va îndrepta spre lobulul nasal. Aceste două incizii nu interesează decât mucoasa și pericondru. Se formează un lambou muco-pericondric triunghiular, care se decolează și se separă de cartilagiul subjacent cu o spatulă. Acest timp este hemoragic și necesită aplicarea permanentă a adrenalinei.

b) Eliberarea cartilagiului. Pe aceleași linii se secționează și cartilagiul cu bisturiul, observându-se ca nu cumva să se taie mucoasa din fosa nasală opusă. Se eliberează apoi cartilagiul de pericondru și mucoasa din fosa nasală opusă. Acest timp este destul de greu din cauza aderenței intime dintre cartilagiul și pericondru.

c) Rezecția cartilagiului. Cu o pensă tăetoare se rezecă cartilagiul în fragmente puțin câte puțin până la limita superioară și inferioară a deviației.

d) **Aranjarea lambourilor.** Se aduce lamboul muco-pericondral mobil pe fața intactă a mucoasei din narina opusă. Se așează peste ea în așa fel ca să nu se facă încrețituri. Nu se fac puncte de sutură ci se pune un tub de drenaj, iar în jurul lui se face un tampon excentric. Unirea celor două lambouri se face în cinci până la șase zile.

### Rezecția subperiostală a lui Bönninghaus.

Se aplică în deviațiile grave ale septului și acest procedeu este o modificare a procedului lui Krieg.

Pe partea convexă a septului se fac trei incizii: prima orizontală pe planșeul nasului, a doua oblică paralelă cu dosul nasului, iar a treia verticală, unind extremitățile anterioare ale primelor două și se face la partea anterioară a deviației.

Se decolează apoi mucoasa și pericondriul de pe partea convexă și se eliberează în acelaș fel și mucoasa de pe partea concavă a deviației, evitându-se perforarea sau secționarea mucoasei.

După aceasta se rezecă cartilagiul și vomerul puțin câte puțin în mod fragmentar până la ablația totală. Se readuce apoi mucoasa de pe fața convexă la locul ei și se lipește de mucoasa intactă de pe partea concavă. După operație septul este redus la un voal membranos constituit din lipirea celor două mucoase.

Operația se face sub anestezie locală, în poziție șezândă și durează, după Bönninghaus, dela o jumătate de oră până la două ore. Vindicarea completă se face după 6—8 săptămâni.

Din punct de vedere tehnic acest procedeu este delicat și dificil ca execuție și implică o cicatrizare după un timp destul de lung.

Pentru a se evita formarea de noduli și crește post-operatorii, mucoasa părții convexe se lipește intim de mucoasa părții concave, devenind pentru aceasta din urmă un fel de căptușeală.



3. Mobilizația septului cartilagos după procedeul lui Hajek, Asch, Moure și septotripsia, sau mobilizația septului osos, executate după procedeul lui Harrisson.

Mobilizația septului cartilagos după procedeul lui Hajek este indicată numai în deviațiile puțin incurbate ale septului cartilagos.

Anestezia poate fi generală prin cloroform sau locală prin cocaină-adrenalină.

Incizia se face cu bisturiul prin transfixia întregului sept de jos în sus în așa fel ca să nu se atingă nici unul din oase. Această incizie pleacă de pe planșeul nasal și merge în sus până aproape de sutura condro-etmoidală, tăindu-se în acelaș timp și anterior și posterior deviația. Se așează apoi septul în poziție verticală, menținându-se în această poziție prin tamponare și tuburi de drenaj introduse în ambele narine. Procedeul are inconvenientul că după operație se formează o spină în partea inferioară a narinei permeabile.

Mobilizația septului cartilagos prin procedeul tip Asch se execută prin două incizii perpendiculare una pe alta în formă de cruce, pe partea convexe a deviațiunii și apoi se aplică tamponare compresive în ambele narine. Acest procedeu nu se poate aplica decât în partea superioară a septului.

Are inconvenientul că produce dureri foarte mari când se schimbă pansamentul.

Procedeul lui Moure se face prin două incizii ale septului: una la nivelul planșeului nasal, alta paralelă cu marginea anterioară a despărțiturii nasale. Se aplică apoi două lame rigide pe ambele părți ale septului care îl readuc și-l mențin în poziție verticală. Aceste lame sunt menținute în poziție verticală și ele, prin tamponare în fiecare narină.

Septotripsia se face cu un instrument special, care are posibilitatea să facă două incizii în formă de cruce pe sept; este indicată în deviațiile cartilagiului regulat curbe. Se în-

introduce în fiecare narină câte un braț al instrumentului, se aplică bine pe deviație și se strânge cu putere de mână. Se scoate apoi instrumentul care a secționat septul în formă de cruce.

Mobilizația septului osos procedeul lui Harrison. Este un procedeu prin care se face o translație a întregului sept prin desinserarea spinei nasale și a septului.

Se face o inciziune în șanțul gingivo-labial ca în rino-  
tomia supralabilă, care trece prin ambele narine. Se descopere  
spina nasală și se raclează periostul. Se secționează apoi antero-  
posterior spina nasală anterioară și se desinserează vomerul  
la nivelul planșelii nazale.

Prin această secționare a spinei și desinserare a vome-  
rului se permite o translație a întregului sept și o mișcare  
de alunecare a septului pe planșul nazal.

Se fixează apoi septul în poziție normală și se menține  
în această poziție prin tamponare în ambele narine.

Rezultatul acestei operațiuni trebuie privit din punct de  
vedere corectiv, funcțional și estetic.

#### IV.

### Operația subpericondro-mucoasă pentru rezecția septului nasal.

Killian a fost acela care a perfecționat și generalizat intervențiile în ceea ce privește deviațiunile osteo-cartilaginoase ale septului nasal.

Deviațiunile septului pot avea diferite forme și pot interesa septul cartilagos, septul osos sau ambele septuri, osos și cartilagos.

Operația subpericondro-mucoasă este o rezecție submucoasă a septului, deci o rezecție subpericondrală și subperiostală.

Principiul general al acestui tip de intervențiune este următorul: se face o secțiune a mucoasei pe una din părțile septului; din ea se face o butonieră; prin butonieră cu o spatulă se decolează mucoasa și pericondru înaintea și mucoasa și periostul înapoi; această decolare se face apoi pe ambele părți ale septului. Se rezecă apoi prin această deschizătură cartilagiul și osul deviației, se unesc apoi cele două mucoase pe linia mediană în poziție bună fără să se determine perforația septului.

Operațiunea dă cele mai frumoase rezultate însă implică multă răbdare atât din partea bolnavului cât și din partea chirurgului.

I s'au adus de către unii rinologi următoarele obiecțiuni:

1. Operațiunea este dificilă, durează prea mult timp și în timpul executării se poate foarte ușor produce perforarea septului.

2. Septul în urma operațiunii este redus la două foițe

mucoase, care flotând în cavitatea nasală poate în inspirație să producă obstrucțiuni nasale.

Prima obiecțiune este negată de majoritatea chirurgilor ca neavând nici o valoare, deoarece se știe că orice operațiune nu trebuie făcută rapid, ci, prin ea, se țintește la maximum de rezultat pentru bolnav, mai mult chiar, operațiunea niciodată nu se face pentru chirurg ci pentru bolnav.

În ceea ce privește perforațiunea septului, numai cu puțină atențiune ea poate fi evitată, dacă totuși s'a produs, nu este atât de periculoasă și de mare ca perforațiunea sistematică.

Referitor la a doua obiecțiune, ea este mai mult teoretică decât practică.

Într'adevăr, în primele zile după operație se observă o flotare a mucoasei care formează septul, însă nu este decât transitorie. Dacă însă persistă și produce inconveniente în respirațiunea nasală, se suprimă și acest defect, reducându-se volumul cornetului prin galvanocauterizare.

### Indicațiunile operatorii.

Când indicațiunile operatorii sunt bine puse se obțin rezultatele dorite, cari în marea lor majoritate pot fi admirabile.

Când însă nu sunt turburări funcționale și anomaliile anatomice, sunt descoperite numai incidental la rinoscopie, nu este necesară indicațiunea pentru intervenție.

Indicațiunea pentru operație se pune în caz de:

1. Turburări funcționale.
2. Deformațiuni exterioare ale nasului.
3. Ca un timp preliminar pentru o altă intervențiune executată în fosele nasale.

#### *1. Turburări funcționale:*

a) Insuficiența respiratorie și turburările care rezultă din cauza ei (rinite catarale, obstrucțiuni nasale unilaterale, faringite cronice, laringo=traheo=bronșite, cataruri tubare, etc.). Este

cea mai principală dintre indicațiunile pentru acest tip de operație.

b) Turburările auriculare provenite în urma propagării unui catar nasal pe cale tubo-timpanică (otite mijlocie catarală).

c) Turburările oculare survenite în urma ocluziei unei fose nasale, care provoacă apoi obstrucția canalului nasal la nivelul orificiului său inferior (epifora, turburări în circulația lacrimală, etc.).

d) Turburările reflexe cu punctul de plecare din mucoasa nasală din cauza deviațiunilor septului nasal (migrena, nevralgia facială, acces de tuse spasmodică, crize de astm, etc.).

## 2. Deformațiunile exterioare ale nasului.

În deformațiunile exterioare ale nasului fie de natură congenitală, fie de natură traumatică, se obține o corijare într'o oarecare măsură, prin rezecția septului nasal.

## 3. Timp preliminar pentru o altă intervențiune pe cale endo-nasală.

Când operațiunea pe cale endo-nasală implică o cale mai largă, rezecția submucoasă a septului va fi întotdeauna indicată. Astfel în operațiunile pe chaoanele stenozate sau hipofizectomie pe cale sfenoidală.

## Contraindicațiunile operatorii.

În primul rând sunt toate contraindicațiunile oricărei operațiuni: diateza, cașexia, cardiicii avansați, tbc pulmonară, hemofilie, rinita atrofică.

Cea mai importantă, însă, dintre contraindicațiuni este vârsta. Nu se operează niciodată în vârstele extreme (copii — bătrâni). Vârsta adultă este cea mai potrivită.

În ceace privește operațiunile la copii, este încă discuțiune. Este constatat că sequellele și malformațiunile osteo-cartilaginoase nu sunt încă complect desvoltate decât după 15 ani. Operându-se deci sub această vârstă, nu se știe dacă

deviațiunile nu se vor produce din nou. La copii se mai ia în considerație și faptul că sunt neastâmpărați, fricoși, hipersensibili și toate acestea produc dificultăți atât în timpul anestezierii locale cât și în timpul actului operator.

### Preparativele preoperatorii.

Bolnavul va fi culcat cu capul puțin mai sus, pe o pernă, în flexiune pe piept și întors de partea operatorului, adică spre dreapta. Se are mare grijă ca în tot timpul operațiunii să-și păstreze această atitudine pentru ca operatorul să aibă sub ochi în permanență planșeul nazal. Este foarte greu de îndeplinit acest deziderat, deoarece bolnavul are tendința să se întoarcă. Este important însă ca să se îndeplinească, pentru că rezecția osteo-condrală trebuie făcută chiar la nivelul planșeului nasal.

Astăzi majoritatea rinologilor operează bolnavul în poziție șezândă pe fotoliul lui Jansen. Este cea mai comodă poziție și pentru bolnav și pentru operator.

Instrumente și materiale. S'a ajuns astăzi în materie de chirurgie la un fel de plăcere a complica instrumentajul operator. Americanii pentru o rezecție sub-mucoasă au aproape 30 instrumente; au instrumente specializate pentru fiecare din părți; unele pentru partea dreaptă, iar altele pentru partea stângă.

Instrumentajul trebuie să fie simplu dar complet. Este absolut necesar: o seringă de 2-3 cm. (Pravaz); sunt excelente și seringile Pauchet, Lermoyez, Gibert, Gentile; un specul Palmer sau Hartmann, sau Killian model mic și mare; un bisturiu cu o lamă fină; o răzușă mică făetoare și una mică boantă; pensa lui Brunnings sau a lui Luc; o daltă în formă de baionetă cu inel; o pensă mică nasală; capsule de capacitate și culori diferite pentru a nu le confunda, în care se pune soluție de cocaină, novocaină și clorhidrat de adrenalina; vre-o zece port-tampoane; un număr mai mare de meșe înguste și fără noduri, pregătite de mai înainte. Toate instru-

mentele și materialele vor fi puse pe o compresă mare, așezate pe o masă la îndemâna operatorului. Toate vor fi așezate în așa fel ca să fie cât mai ușor de manipulat.

Anestezia și ischemia prealabilă. Narcoza cu cloroform nu se întrebuițează pentru că complică mult operația; o face mai dificilă, mai lungă și mai hemoragică.

Se uzitează numai anestezia locală, care se face prin badijonare și infiltrație.

Badijonarea. Ambele fețe ale septului se badijonează și cu ele deodată și cornetele inferioare. Această badijonare se face cu un tampon prins de un port-tampon înmuiat într'o soluție de cocaină  $1/10$ , căreia i s'a adăugat 2—3 picături de adrenalină  $1/1000$ . Se stoarce bine tamponul pentru ca să nu se ducă soluția și în faringe. Se așteaptă 2—3 minute, apoi se mai badijonează încă odată. Această badijonare evită durerea produsă prin înțepătură.

Infiltrația se practică prin injecții submucoase pe ambele părți ale septului, cu o soluție de novocaină  $1/100$  cu 2—3 picături de adrenalină  $1/1000$ . Din soluție se întrebuițează 2 cmc pentru fiecare injecție. În capsulă zece cmc vor fi suficienți.

Injecția trebuie făcută foarte atent și perfect pentru a se putea asigura o cât mai bună anestezie și ischemie.

Dacă se face injecția în regiunea cea mai superioară etmoidală trebuie făcută foarte lent deoarece s'a observat că o injecție făcută brusc în această regiune provoacă dureri violente, cefalee atroce și tachicardie.

Numărul injecțiilor va fi limitat și în această privință se urmează o anumită regulă.

Este absolut necesară o seringă cât mai ermetică cu două ace subțiri și bine ascuțite; unul lung și altul scurt.

Anestezia se va face pe ambele părți ale septului și se începe pe fața convexă.

Prima înțepătură se face în partea posterioară a septului pe fața lui convexă, la nivelul vomerului; se învârtește acul în jur pe o distanță cam de un cm. pe sub mucoasă, căutându-se planul de clivaj dintre mucoasă și os. Nu vom

împinge de piston decât când vom fi siguri că suntem în acest plan și nu vom simți nici o rezistență.

Se injectează la început numai câteva picături de lichid și se observă imediat o paloare a mucoasei care se și tumefiază. Regiunea palidă se întinde excentric pe măsură ce noi împingem de piston.

Injectia a doua se face în sus; injectia a treia se face în jos și înainte.

Se mai fac două injecțiuni complimentare; una tot înainte iar alta la unirea septului cu planșeul nasal.

O anestezie perfectă în acest tip de operație este foarte necesară din cauza delicatetei tehnicii operatorii și creerea unor bune condițiuni pentru reușita operațiunii.





## Technica operatorie.

Technica poate fi foarte ușoară sau foarte grea; este în funcție de topografia leziunilor și adeseori variază după cum deviația este simplă sau complicată cu creste; mai variază și după cum deviația este numai cartilaginoasă, numai osoasă, sau este osteo-cartilaginoasă.

Întotdeauna fiecare caz va trebui să fie individualizat, iar sediul și forma inciziei va trebui adaptată la circumstanțe.

Pentru acest tip de operație nu există însă un procedeu unic aplicabil tuturor cazurilor, și întotdeauna este necesar ca să se ia în considerație exigențele anatomice.

Vom descrie o tehnică practică curentă și clasică (Laurens) aplicabilă în toate cazurile simple cu deviațiuni regulat convexe pure cartilagionase sau osteo-cartilagionase, care formează baza operatorie a tuturor rezecțiilor submucoase și care convine în mod egal și cazurilor atipice sau complexe.



Fig. 1. — Deviație simplă sfângă a septului nasal.

Operația cuprinde cinci timpi.

1. Incizia mucoasei și a pericondrului depe partea convexă.
2. Deslipirea mucoasei depe partea convexă.
3. Incizia cartilagiului.
4. Deslipirea mucoasei depe partea concavă.
5. Rezecția cartilagiului și a osului.

1. Incizia mucoasei și a pericondrului depe partea convexă.

Această incizie se face cu bisturiul. Traseul inciziei este diferit după forma deformațiunii. Toate inciziile se fac în așa fel ca să ușureze rezecția cartilagiului și să evite distrugerea mucoasei și prin aceasta perforarea septului.

Dacă deviațiunea este simplă și regulat convexă se face

o incizie de sus în jos și înapoi, recurbată înapoi paralelă cu marginea inferioară a septului și cam la 4—5 mm departe de aceasta. Incizia se termină în apropierea planșeului foselor nasale și are o lungime de cca 2 cm.

În timpul inciziei se taie și pericondrul până la cartilagiul.

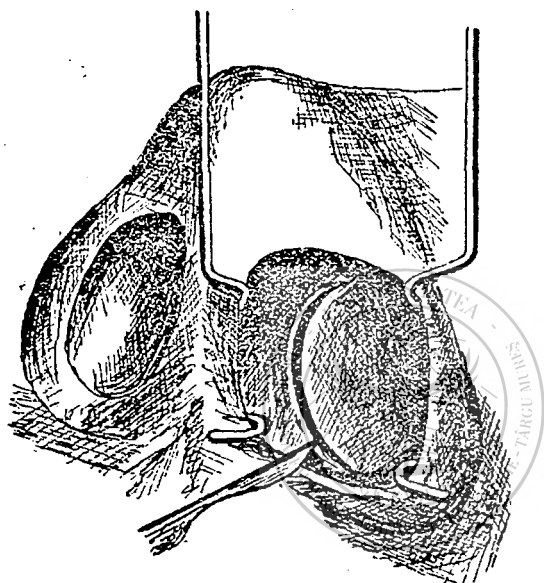


Fig. 2. — Incizia cu bisturiul a mucoasei și pericondrului de pe partea convexă a deviației. (Timpul I al operației).

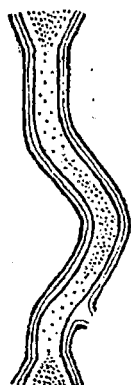


Fig. 3. — Mucoasa și pericondrul de pe partea convexă a deviației, secționată (schematic).

Când există o luxație a marginii inferioare a cartilagiului adăogată deviației, mai întâiu marginea cartilaginoasă luxată va fi prinsă de narina opusă deviației, iar incizia se face pe partea concavă pe mușea formată de marginea inferioară a cartilagiului.

Deslipirea mucoasei și rezecția cartilagiului se vor face în acest caz pe această parte dacă este posibil, dacă nu se poate, se va face tot o incizie clasică pe partea convexă.

Dacă pe partea concavă a deviației există un unghiu profund, o adevărată scobitură, deslipirea mucoasei va fi foarte ușoară. În acest caz, însă, este foarte util facerea a două incizii: una pe partea convexă în sensul metodei clasice; alta pe partea concavă în unghiul adâncit, în toată lungimea unghiului diedru format prin plicatura septului.

Aceste două incizii una pe o parte iar cealaltă pe partea opusă, având direcțiuni diferite nu se suprapun când cele două mucoase se lipesc după rezecție și deci nu pot produce o perforare a septului.

În cazul când există o creastă mai mare pe convexitatea deviației, avem două feluri de incizii:

a) când creasta este orizontală sau cel puțin oblică, traseul operator are un punct clasic însă porțiunea orizontală a inciziei va fi prelungită cât mai mult posibil înapoi pe vârful acestei creste.

b) când creasta este verticală, se execută o incizie în formă de T întors, compus dintr'o incizie orizontală pe partea inferioară a septului, ca în cazurile clasice, iar altă incizie perpendiculară pe aceasta merge de sus în jos în toată lungimea crestei. În acest caz, mucoasa se deslipește anterior și chiar rezecția cartilagiului se face anterior pe acest traseu vertical. Se continuă apoi operațiunea și posterior ca în tipul clasic.

## 2. Deslipirea mucoasei depe partea convexă.

Cu o răzușă tăietoare se deslipește o mică parte din mucoasă și pericondru căutând planul de clivaj dintre aceasta și cartilagiu; cu o răzușă boantă apoi se decolează depe cartilagiu tot planul muco-pericondric în jos până la nivelul planșeului nasal dacă este posibil înapoi până dincolo de deviație, iar în sus până la un cm. de muchea dorsală a nasului.

Executarea acestui timp durează foarte puțin dacă planul de clivaj a fost întâlnit și dacă deviația este regulată.

Decolarea se execută prin mici mișcări antero-posterioare și verticale. Decolarea poate fi însă foarte grea :

a) când cartilagiul este deviat și întors în diferite direcțiuni sau în formă de S.

b) când anterior s'au făcut cauterizări pe sept, sau când

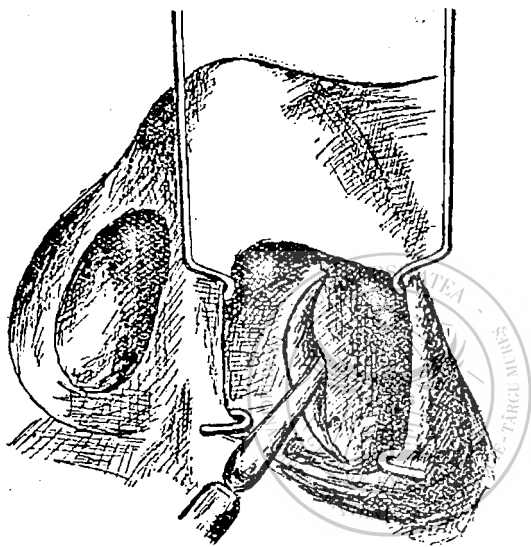


Fig. 4. — Decolarea cu spatula a mucoasei și pericondriului de pe partea convexă a deviației. (Timpul II. al operației).

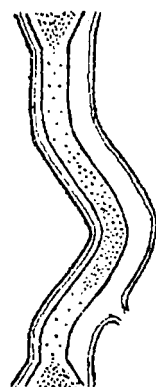


Fig. 5. — Mucoasa și pericondriul de pe partea convexă a deviației, decolate (schematic).

au fost încercate alte intervențiuni cum ar fi tentative de rezecțiune, sau când ar exista perforația septului.

c) când un traumatism vechiu a determinat formarea de cicatrici; în acest caz există aderențe condro-pericondrale și prin forțare cu răzușa riscăm să distrugem mucoasa și să provocăm perforarea septului.

### 3. Incizia cartilagiului.

Incizia cartilagiului nu se face decât după ce am decolat mucoasa în întregime depe partea convexă. Cartilagiul se incizează după primul traseu al inciziei mucoasei, adică pe partea inferioară a septului aproape de planșeul nasal.

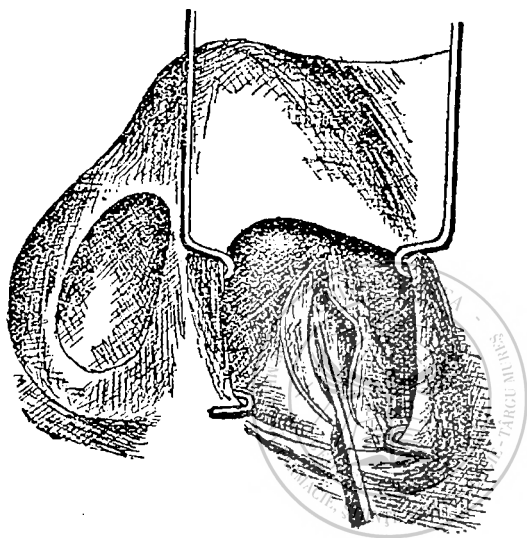


Fig. 6. — Secționarea cartilagiului pe partea convexă a deviației pe traseul secțiunii mucoasei. (Timpul III al operației.)

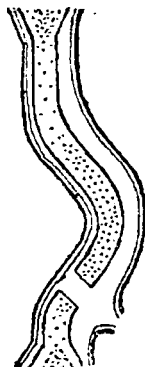


Fig. 7. — Cartilagiul secționat (schematic).

Incizia se face foarte prudent pentru a nu se perfora mucoasa de partea concavă.

Se execută mișcări de șlefuire cu spatula pentru a se ușura penetrația răzușei și a înlesni decolarea mucoasei depe partea concavă.

#### 4. Deslipirea mucoasei de pe partea concavă.

Deslipirea mucoasei de pe partea concavă se face cași pe partea convexă, dar cu mai multă precauțiune; dacă suprafața concavă a deviației este neregulată, executarea acestui timp este foarte delicată și mai ales în jos la nivelul osului subvomerian, care este important să se rezece.

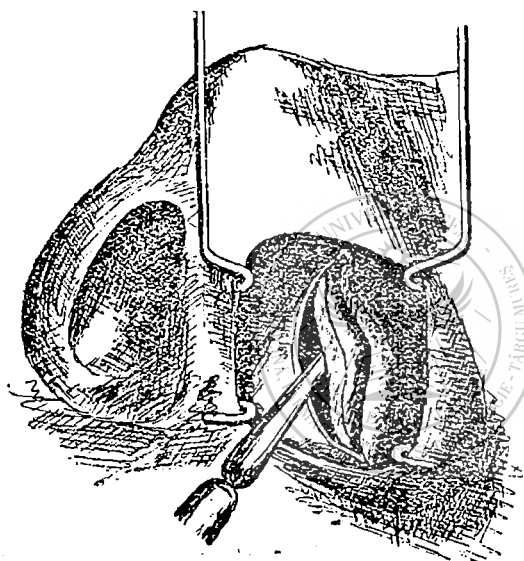


Fig. 8. — Decolarea mucoasei și pericondrului de pe partea concavă a deviației prin deschizătura făcută în cartilajiu. (Timpul IV al operației.)

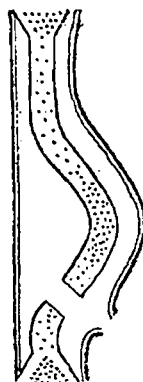


Fig. 9. — Mucoasa și pericondrul de pe partea concavă, decolate. (Schematic.)

Câțiva rinologi indică drept precauțiune în timpul executării acestui timp operator următorul procedeu: se introduce în narina opusă degetul și prin aceasta se veghează penetrația instrumentului și se evită perforarea mucoasei.

## 5. Rezecția cartilagiului și a osului.

Se practică mai întâiu rezecția cartilagiului și apoi rezecția osului.

a) rezecția cartilagiului poate fi făcută cu un instrumentaj, care diferă după autor. Toate procedeele însă sunt foarte bune. Se poate practica cu o quretă bine ascuțită și cu care se ridică succesiv fragmentele cartilaginoase care se extrag. Se poate rezeca cartilagiul și cu o pensă făetoare

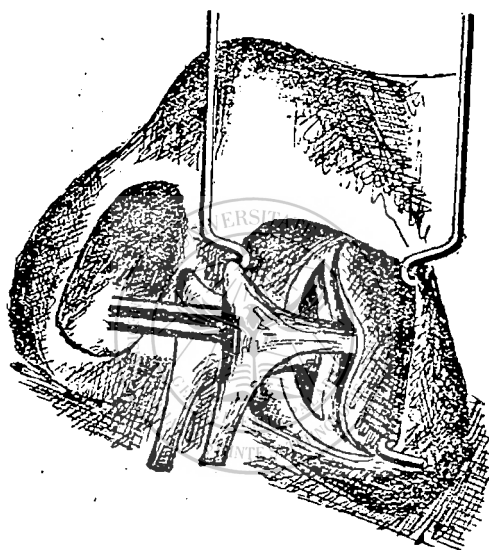


Fig. 10. — Rezecția septului prin epeculul lui Killian cu pensă îmbucătoare. (Timpul V al operației.)

analoagă perei lui Brünings. Mai simplu se rezecă cu o pensă Luc. Cartilagiul se rezecă în felul următor: pe direcția buzelor inciziei mucoasei, se introduce un specul cu valve lungi avându-se în vedere ca înapoi valvele să nu fie decât moderat deschise, aceste valve îndepărtează lambourile mucoasei deslipite de cartilagiu.

Mulți rinologi întrebunțează în special acest specul. Se

introduce apoi prin specul pensa cu care sfărâmăm sau ciupim din cartilagiul puțin câte puțin.

b) rezecția a osului se face numai când osul este deviat și succede rezecției cartilagiului. Rezecția atât a lamei perpendiculare etmoidale cât și a vomerului trebuie făcută sub controlul vederii. Cele două valve ale speculului lui Killian îndepărtează cele două lambouri mucoase rămase după rezecția

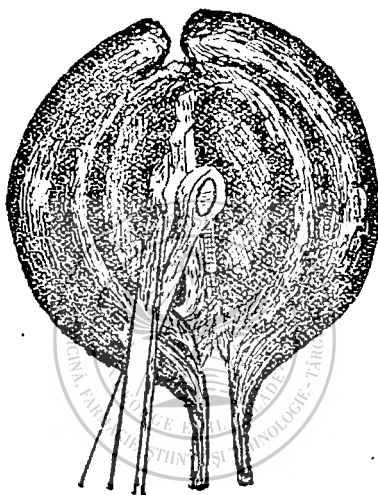


Fig. 11. Ablatia cartilagiului și a osului prin speculul lui Killian cu pensa plată a lui Luc.

cartilagiului și deslipește în acelaș timp și mucoasa de pe ambele fețe ale lamei perpendiculare etmoidale. Se rezecă osul cu pensa lui Luc căreia i se imprimă mici mișcări de răsucire. Se evită întotdeauna zdrobirile mai mari cari ar putea să antreneze și o fractură a lamei ciuruite etmoidale. Lama perpendiculară etmoidală fiind foarte subțire se fracturează sau se zdrobește ușor, fărâmițându-se și toate fragmentele se ridică.

Rezecția piciorului septului este mult mai delicată și mai ales pentru un începător, în general este mult



mai greu de executat, deoarece un începător întotdeauna dirijează ochiul mai mult spre partea superioară a nasului decât spre planșeul nasal.

Intr'adevăr, foarte frecvent mai există și o lamă osteo-cartilaginoasă uni- sau bilaterală, care pleacă dela orificiul fosei nasale și se continuă înapoi; această lamă este formată de spina nasală a osului subvomerian și de osul vomerian propriu zis.

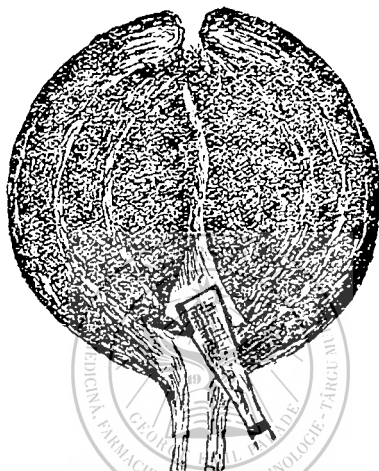


Fig. 12. Rezecția piciorului septului cu dalia prin speculul lui Killian.

În rinoscopie, privind la partea inferioară a septului se observă că această parte a septului este întinsă uni- sau bilateral, este ascuțită și în multe locuri se confundă cu planșeul nasal. Aceasta este un fel de exostoza a planșeului nasal continuată prin sutura vomero-maxilară lărgită. Această malformațiune realizează o veritabilă obstrucție și se înțelege că și ea trebuie rezecată odată cu lama perpendiculară etmoidală și cu vomerul pentru a se putea stabili o bună permeabilitate respiratorie.

În aceste cazuri de ascuțisuri anterioare, cari fac corp

comun cu planșeul nasal, ele trebuiesc mai înainte despărțite de sutura vomero-maxilară.



Fig. 13.  
Noul sept nasal  
format numai din  
pericondru și  
mucoasa și  
(schematic).

Se deslipește mucoasa bine, cât mai în jos pe planșeu și fiindcă osul este rezistent, cu o daltă bicaudată a lui Killian sau numai cu o simplă daltă lungă și îngustă se dezinserează prin câteva tăeturi spina nasală inferioară și vomerul.

Operațiunea nu va fi considerată ca terminată decât numai când cele două mucoase vor fi bine aplicate una peste alta, când permeabilitatea nasală va fi bună și când faringele nasal va fi bine vizibil.

Acest timp operator fiind foarte hemoragic, hemostaza va trebui reînnoită, aplicându-se din nou tamponane cu adrenalina.

### Ingrijiri postoperatorii.

Toaleta câmpului operator după intervențiune trebuie făcută cu foarte multă atențiune; fiecare eschilă, tampon de vată sau meșă nu va trebui lăsată în spațiul liber format de cele două lambouri mucoase ale septului, deoarece acești corpi străini devin ușor o sursă de infecție și supurație.

Pansamentul: câțiva rinologi suturează cele două foite mucoase cu catgut, întrebuițând ace foarte fine. Această metodă este considerată astăzi ca o complicațiune a operației.

Se face de regulă un tamponaj bilateral pe traseul speculului lung al lui Killian, a cărui valvulă internă menține lamboul mucos și împiedică și sbârcirea lui în diferite locuri.

Se înfundă meșe îmbibate cu oleu gomenolat sau în altă soluție grăsoasă aseptică, însă în mod metodic apăsând de sus în jos. Acest tamponaj va fi destul de durabil pentru a se opune la o hemoragie secundară. Tamponajul trebuie îngrămădit egal în ambele părți, pentru a menține în poziție verticală septul destul de elastic.

Se mai utilizează în acest scop și un tub de drenaj plat

de cauciuc, care asigură și respirațiunea prin el, evită hemoragiile și nu produce dureri în timpul scoaterii lui.

Mai există și o altă metodă de tamponaj cu ajutorul unui instrument în formă de degetar.

Halle a propus ca între cele două foițe mucoase să se introducă un fragment de cartilagiu pentru a se da o mai mare soliditate noului sept.

### Dificultățile operatorii.

Dificultățile operatorii sunt datorite:

1. Prezența creștelor suprei adăogate.
2. Perforației preexistente a septului.
3. Prezenței sinechiilor.

1. Creștele osteo-cartilaginoase vomero-condrale sunt foarte frecvente.

Din punct de vedere operator se disting două cazuri:

a) când creștea ridică deviația însă este separată de planșeu; în acest caz se practică o incizie variabilă, urmând direcția verticală sau orizontală acestei crește, cum am indicat în primul timp al operației:

b) când creștea face corp comun cu planșeul; în acest caz incizia se face după linia clasică.

2. Perforația preexistentă a septului. În acest caz este foarte necesar să se facă o ridicare a marginilor orificiului perforației, pentru a se ușura deslipirea și decolarea mucoasei.

3. Prezența sinechiilor. Uneori în urma intervențiilor anterioare s'au format sinechii circumscrise sau generalizate între perețele extern al fosei nasale și sept. Aceste aderențe complică în mod sigur actul operator. Deasemenea anestezia și ischemia sunt foarte greu de realizat, deoarece există aici un țesut cicatricial.

Aceste cicatrici trebuiesc secționare și bine liberate de zona aderentă și tot timpul să se dirijeze bisturiul cât mai mult posibil spre perețele extern al fosei nasale.

Pansamentul trebuie să izoleze bine suprafețele din fosele nasale unde au fost sinechii.

### Complicațiunile postoperatorii imediate.

Urmărilor operației sunt în general nule. Se semnalează totuși o ascensiune ușoară a temperaturii și o scurgere sero-sanguinolentă din narine.

Tamponarea se suprimă de regulă la două zile după operație: odată cu scoaterea tamponului se produce uneori o mică hemoragie, care numai în cazuri rare implică introducerea de noi meșe.

Permeabilitatea respiratorie este excelentă după tamponaj, dar nu se menține tot așa în zilele următoare.

Poate surveni o reacțiune inflamatorie care obstruiază mai mult sau mai puțin fosele nasale.

În cazul când peretele septului nu se menține în poziție dreaptă, se întrebuițează un tamponaj timp de mai multe zile.

Tratamentul local consistă în pulverizări cu amestecuri de oleuri și o supraveghere continuă rinologică.

Vindecarea „per primam intentione” are loc în cazul când am putut obține unirea perfectă a celor două mucoase.

De altfel mucoasa îndoită sau traumatizată în timpul operației, prezintă bucăți fluctuente cari se cicatrizează mai mult sau mai puțin rapid.

Este necesar în aceste cazuri un examen atent și foarte des rinologic, pentru a se evita formarea sinechiilor.

Prin aplicarea de cocaină și adrenalină în timpul scoaterii crustelor sau în timpul curățirii cavităților nasale, orice incident este evitat.

### Complicațiunile operatorii tardive.

Cele mai importante complicațiuni post operatorii sunt: sinechiile și perforația septului.

S'au mai semnalat și alte complicațiuni cari sunt ușor

evitabile, ca: turtirea muchiei nasale datorită rezecției cartilagiului, hematomul și accidente infecțioase septicemice sau meningiale.

Perforația septului poate fi imediată sau tardivă; imediată când survine imediat după operație și tardivă când apare la câteva săptămâni după operație.

Toate perforațiile sunt datorite sfacelor mucoasei prea lezată.

Perforația este un accident inofensiv, dar care poate în acelaș timp să determine ca inconvenientă prezența crustelor pe orificiu sau producerea unui șgomot în timpul inspirației.

Producerea de șgomot se găsește numai în perforațiile mici și se înlătură prin mărirea dimensiunilor orificiului perforației.

Sinechiile survin în cazul când și cornetele au fost traumatizate sau operate în acelaș timp cu rezecția submucoasă.

Aceste sinechii produc în majoritatea cazurilor stenoze nasale.

Se înlătură formarea sinechiilor printr'o supraveghere rinologică zilnică; apoi după cocainizare și adrenalinizare se rezecă și se excizează suprafețele crustoase în contact și se pulverizează de mai multe ori pe zi cu efedrină.

Septul flotant care nu persistă decât numai câteva zile după operație, și care dacă persistă se înlătură prin galvano-cauterizarea cornetului inferior.

## Operațiuni complementare.

În cazul când există o atrezie scheletică a foselor nasale, se fac operațiuni complementare pentru a mări permeabilitatea respiratorie. Aceste operațiuni sunt: suprimarea cozilor cornetelor sau chiar rezecția cornetelor inferioare la nivelul marginilor lor libere.

Aceste intervențiuni pot fi făcute într'o singură ședință, însă, va trebui supravegheată cu mare atențiune formarea sinechiilor foarte dese în aceste cazuri.



V.

Observațiuni clinice.

În Clinica oto-rino-laringologia din Cluj în timp de un an și 4 luni (1 Noembrie 1934—1 Martie 1936), de când conducerea clinicei a trecut Dlui Profesor Dr. Gh. Buzoianu, s'au executat 131 de operații subpericondro-mucoase. Conduita operatorie a fost aceea impusă de Dl Prof. Gh. Buzoianu care subordonează actul operator problemei patogenice. Operația nu se face decât după ce indicațiunile operatorii au fost bine precizate, judecate și cu reflexii asupra consecințelor imediate sau tardive.

Cele 131 cazuri operate în clinică se pot repartiza după :

1. Sex.	{	Bărbați ... ..	106.
		Femei ... ..	25.
2. Vârstă	{	Intre 15—20 ani ... ..	20 cazuri ... .. 15,26%.
		" 20—30 " ... ..	92 " ... .. 70,23%.
		" 30—60 " ... ..	19 " ... .. 14,51%.
3. Indicații operatorii :	a)	Dev. cu catar tubar otită catarală și sindrom de impermeabi- litate ... ..	47 cazuri,
	b)	Dev. cu creste ... ..	60 "
	c)	" " astm ... ..	7 "
	d)	" " laringită cro- nică ... ..	1 "
	e)	" " cefalee ... ..	2 "
	f)	" " obstrucție... (sinechii)	3 "
	g)	" " afecțiuni ale cornetelor ... ..	3 "
		(degenerescen- ță=hipertrofie)	
	h)	" traumatice ... ..	8 "

*Obs. I.* — G. M. bărbat de 23 ani ; vine la consultațiile clinice în ziua de 5 Iulie 1935. Se plânge că din copilărie nu poate respira bine pe nas și în special pe narina stângă. Întotdeauna când temperatura se schimbă, suferă de coriză și dureri de cap. Noaptea trebuie să doarmă cu gura deschisă și din această cauză dimineța are limba, gâtul și buzele uscate.

La examenul rinoscopic se observă : narina dreaptă permeabilă ; narina stângă aproape obstruată din cauza unei scolioze a septului nasal. De pe această scolioză pleacă o creastă care atinge peretele extern al fosei nasale stângi.

I se pune diagnosticul de deviație stângă cu creastă a septului nasal, impermeabilitate respiratorie a fosei nasale stângi, rino-faringită cronică consecutivă și i se indică operația de rezecție subpericondro-mucoasă a septului. Operează Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu. (Condica de op. No. 495. 5. VII. 935.). Anestezie locală cu novocaină  $\frac{1}{100}$  adrenalizată, prin infiltrație ; rezecție subpericondro-mucoasă.

A doua zi i se scoate pansamentul și bolnavul respiră bine pe nas. Vindecare completă la 8 zile.

*Obs. II.* — I. B. Bărbat de 25 ani, medic. Vine la consultațiile clinice în ziua de 18 August 1935. Declară că respiră greu pe nas, are cefalee și crize de strănut foarte dese. Dimineța are gura și gâtul uscat.

La examenul rinoscopic se constată o deviație dreaptă a septului nasal care obstruiază aproape complet narina dreaptă.

I se pune diagnosticul de deviație dreaptă a septului nasal cu turburări reflexe rinogene. I se indică rezecția subpericondro-mucoasă a septului.

Operează Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu (Condica de op. No. 854. 18 VIII. 1935.). Anestezia locală cu novocaină  $\frac{1}{100}$  adrenalizată, prin infiltrație.

A doua zi i se scoate pansamentul. Se constată că bolnavul respiră bine pe nas. La controlul ce i se face timp de aproape o lună declară că nu mai a avut nici cefalee și nici crize de strănut.



*Obs. III.* — A. C. Bărbat de 28 ani, medic. Vine la consultațiile clinice în ziua de 25 August 1935. Spune că de mai mulți ani nu respiră bine pe nas, iar narina stângă îi este aproape în permanență obstruată. Are senzație de mucozitate în gât și dimineața gura și gâtul îi sunt uscate. Trebuie să facă gargară cu apă în fiecare dimineață.

La examenul rinoscopic se constată: narina dreaptă liberă, narina stângă aproape obstruată din cauza unei deviații a septului pe care se găsește și o creastă.

I se pune diagnosticul de deviație stângă cu creastă a septului și i se indică rezecția subpericondro-mucoasă a septului.

Operază Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu (Condica de op. No. 887. 25. VII. 1935). Anestezia locală cu novacaină  $\frac{1}{100}$  adrenalizată, prin infiltrație.

După două zile i se scoate pansamentul și se observă că bolnavul respiră bine pe ambele narine.

*Obs. IV.* — L. G. Femeie de 56 ani. Vine la consultațiile clinice în ziua de 26 August 1935. Se plânge că respiră foarte greu pe nas, iar narina stângă îi este astupată. Are crize de strănut, lăcrimare și hidroree nasală în permanență. Are crize respiratorii manifestate printr'o imposibilitate de a expira și în acel moment fața i se congestionează.

La examenul rinoscopic se constată că narina dreaptă este aproape obstruată din cauza hipertrofiei cornetului inferior, narina stângă obstruată din cauza deviației septului pe care se află și o creastă.

I se pune diagnosticul de deviației stângă cu creastă a septului nasal, hipertrofia cornetului inferior drept și stare astmatiformă. I se indică operația de rezecție subpericondro-mucoasă a septului și cornetotomie dreaptă.

Operază Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu (Condica de op. No. 792. 26. VIII. 1935.) Anestezia locală cu novacaină  $\frac{1}{100}$  adrenalizată prin infiltrație.

După două zile i se scoate pansamentul și se constată că bolnava respiră bine pe nas. I se introduce din nou meșe

pentru a se evite formarea sinechiilor. La examenul ulterior se constată că ambele fose nasale sunt libere și permeabile iar bolnava declară că numai are crize de strănut și nici crize respiratorii.

*Obs. V.* — A. D. Femea de 18 ani, studentă. Vine la consultațiile clinice în ziua de 6 Noiembrie 1935. Are hidrorea nasală și dimineața gâtul și gură îi sunt uscate. Trebuie să facă gargară cu apă în fiecare dimineață pentru a-i dispărea senzația de uscăciune pe care o are.

La examenul rinoscopic se constată: fosa nasală stângă liberă, fosa nasală dreaptă obstruată din cauza unei deviații cu creastă a septului.

I se pune diagnosticul de deviație dreaptă cu creastă a septului și i se indică rezecția subpericondro-mucoasă a septului.

Operează Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu. (Condică de op. No. 1085. 6. XI. 1935.) Anestezia locală cu novocaină  $1/100$  adrenalizată, prin infiltrație.

După două zile i se scoate pansamentul și se constată că bolnava respiră bine pe nas. La controlul ce i se face ulterior declară că și celelalte fenomene au dispărut.

*Obs. VI.* — M. V. Femea de 33 ani. Vine la consultațiile clinice în ziua de 26 Iulie 1935. Se plânge de imposibilitatea de a respira pe narina dreaptă. Sufere de coriză și cefalee, iar dimineața se scoală cu gura și gâtul uscat.

La examenul rinoscopic se constată: narina stângă liberă și permeabilă; narina dreaptă complect obstruată de o curbă a septului pe care se află și o creastă; mai prezintă și o hipertrofie a cornetului inferior care se lipește de curbura septală.

I se pune diagnosticul de deviație dreaptă cu creastă a septului nasal și hipertrofia cornetului inferior. I se indică rezecția subpericondro-mucoasă a septului și cornetotomia.

Domnul Dr. Dorin Ionescu, asistent al clinicei face operația. (Condică de op. No. 604. 26. VII. 1935). Anestezia cu novocaină  $1/100$  adrenalizată, prin infiltrație.

A două zi i se scoate pansamentul. Bolnava respiră bine pe narina dreaptă iar la controlul ce i se face câteva zile se constată o vindecare „per primam intenționă“.

*Obs. VII.* — D. I. Bărbat de 22 ani. Vine la consultațiile clinice în ziua de 5 August 1935. Declară că respiră foarte greu pe nas și în special pe narina stângă. Este obligat de mai multe ori pe zi să facă expirații forțate pe nas pentru ca să-și desfunde narina stângă care se astupă. Dimineața se scoală cu gâtul uscat și cu senzația de mucozități în rino-faringe, trebuind să facă gragară cu apă pentru ca să-i dispară această senzație.

La examenul rinoscopic se constată: narina dreaptă este liberă; narina stângă aproape obstruată din cauza unei devieri a septului căreia i s'a adăogăt și creastă.

I se pune diagnosticul de deviație stângă cu creastă a septului nasal și i se indică rezecția subpericondro-mucoasă.

Domnul Dr. Teodor Naghi asistent al clinicei face operația. (Condica de op. No. 633. 5. VIII. 1935.) Anestezia cu novocaină  $\frac{1}{100}$  adrenalizată prin infiltrație.

După două zile i se scoate pansamentul și se constată că bolnavul respiră bine pe narina stângă.

*Obs. VIII.* — I. V. Bărbat de 34 ani. Vine la consultațiile clinicei în ziua de 30 Octombrie 1935. Se plânge de imposibilitatea de a respira pe narina stângă care în totdeauna este astupată. Dimineața are gura și gâtul uscat.

La examenul rinoscopic se constată: narina dreaptă liberă, narina stângă complect obstruată din cauză unei deviații a septului pe care se află și o creastă.

I se pune diagnosticul de deviație stângă cu creastă a septului nasal. I se indică rezecția subpericondro-mucoasă a septului.

DI Dr. Dorin Ionescu asistent al clinicei face operația. (Condica de op. No. 1052. 30 X. 1935.) Anestezia cu novocaină  $\frac{1}{100}$  adrenalizată prin infiltrație.

După două zile i se scoate pansamentul. Se constată că bolnavul respiră bine pe nas.



## Concluziuni.

1. Operația subpericondro-mucoasă a septului nasal este o ablație chirurgicală parțială a septului cartilaginos sau osteo-cartilaginos cu păstrarea integrității anatomice a mucoasei celor două fose nasale.

2. Nu toate deviațiile se pot preta la o tehnică metodică tipică, dacă avem în vedere variabilitatea extremă a deformațiilor septului. În numeroase împrejurări suntem obligați să recurgem la modificări, principiile generale ale tehnicii rămânând totuși aceleași.

3. Rezecția subpericondro-mucoasă este o operație delicată, minuțioasă, necesitând răbdare și abilitate din partea operatorului.

4. Indicațiile operatorii sunt: deviațiile accentuate ale septului, creste mari septale care coexistă cu cataruri tubare, otite catarale de partea deviației, sindrom de imperiabilitate a foselor nasale, turburări reflexe rinogone, unele cefalei, unele stări astmatiforme cu punctul de plecare nasal, unele nevralgii faciale care însoțesc aceste deviații

5. Contraindicații: tuberculoza pulmonară, cardiopatii avansate, cașexie, vârstele extreme (copii-bătrâni), rinita atrofică.

6. Accidente: infecțiuni postoperatorii (totdeauna operația să se facă la rece și cu o asepsie integrală), perforațiile septului care sunt datorite sfacelor mucoase prea lezate, septul flotant. Sunt rare și în general se pot evita.

7. În clinica oto-rino-laringologică din Cluj, s'au operat 131 cazuri într'un an și patru luni (1 Noemvrie 1934 — 1 Martie 1936), obținându-se în cele mai multe cazuri rezultate bune, iar în o minoritate de cazuri ameliorări sensibile ale afecțiunilor pentru care fusese indicată rezecția.

Văzută și bună de imprimat.

Proședintele Tezei:

(ss.) Prof. Dr. Gh. Buzoianu.

Decan:

(ss.) Prof. Dr. D. Michail.

## Conclusions.

1. L'opération sous-péricondro-mouqueuse de la cloison nasale est une ablation chirurgicale partielle du cloison cartilagineux ou astéo-cartilagineux avec la conservation de l'intégrité anatomique de la mouqueuse des deux fosses nasales.

2. Les déviations ne se prête pas tous à une technique méthodique tipique, si l'on a en vue la variabilité extrême des déformations du cloison.

3. La résection sous-péricondro-mouqueuse est une opération délicate. minutieuse, qui nécessite de la patience et abilité de la part de l'opérateur.

4. Les indications opératoires sont; les déviations accentués du cloison, des grandes crêtes septales qui coexistent avec des catarrhes tubaires, des otites catarrhales de la côté de la déviation, syndrom d'imperméabilité des fosses nasales, des troubles reflèxes rhinogènes, quelques céphalées, quelques états asthmatiformes avec le point de départ nasal: quelques névralgies faciales qui acompagnent ces déviations.

5. Contre-indications: la tuberculose pulmonaire, cardiopathies avancées, cachexie les âges extrêmes (enfants-vieillards), la rhinite atrophique.

6. Accidents: infections post-opératoires (on fera l'opération toujours à froid et avec une asépsie integrale), les perforations du cloison dû aux sphacèles mouqueuse très lésées, le sept flotant. Ils sont rares et généralement on peut les éviter.

7, Dans la Clinique Oto-Rhino-Laringologique de Cluj, on a opéré 131 cas dans une année et quatre mois (1 Novembre 1934—1 Mars 1936), en obtenant dans la plupart des cas de bons résultats, et dans une minorités des cas, des améliorations sensibles des afektions pour lesquelles on avait indiqué la résection.

Vue et bon a imprimer

Le President de la Thèse  
ss. *Prof. Dr. Gh. Buzoianu*

Le Dojen de la Faculté de Médecine  
ss. *Prof. Dr. D. Michail*

## Bibliografie:

- G. Buzoianu*: Céphalée rhinogène *Revue oto-rhino-laryngologique internationale* avec Constiniu et Tețu Février 1930.
- G. Buzoianu*: Regulele cherurgicale ale oto-rhino-laringologiei *România Medicală* 15 Octombrie 1932.
- G. Buzoianu*: Corecțiunea septului flolant după rezecțiunea submucoasă prin procedeul Killian. *Soc. de O. R. L.* 6. Dec. 1932.
- G. Buzoianu*: Epiphora chronique rhinogène *Revue de laryngologie, otologie, rhinologie* No. 2 Février 1936.
- Buzoianu Ch.*: Epifora cronică rinogenă. *România medicală.* 1 Mai 1935.
- Canuyt et J. Joublot*: L'anesthésie local en oto-rhino-laryngologie.
- Ionescu D., Teodorescu A., Bodea E.*: Clinica oto-rhino-laringologică a Facultății de Medicină din Cluj. Spitalul 1935.
- Lermoyez*: Thérapeutique des maladies des fosses nasales.
- Laurens G.*: Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx.
- Laurens G.*: Chirurgie oto-rhino-laryngologique.
- Michelet F. A.*: De la résection sous — mougueuse de la cloison nasal déviée. Thèse de Bordeaux 1906.
- Portman G.*: Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique.
- Papilian V.*: Tratat de anatomie umană.
- Popovici Natalia*: Deviațiile septului nasal și tratamentul lor. Teză București 1926.
- Terrien F.*: Chirurgie de l'oeil et de ses anexes.
- Testut—Latarjet*: Traité d'anatomie humaine.