

No. 1053

OTOLOGIA

IN ACTIVITATEA MEDICO-LEGALĂ



TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 14 NOEMVRIE 1936.

DE

IOSIF KINTSCH

1936

No. 1053

OTOLOGIA

IN ACTIVITATEA MEDICO-LEGALĂ



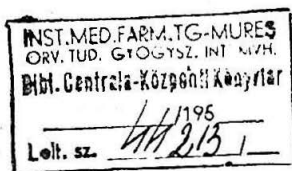
PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 14 NOEMVRIE 1936.

DE

IOSIF KINTSCH

23 MAY 2005



1936.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. D. MICHAİL

Profesori:

Clinica stomatologică	D=1	Dr. Aleman I.
Bacteriologie	”	Baroni V.
Istoria medicinei	”	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	”	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	”	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană	”	Drăgoi I.
Fiziologia umană (supl.)	”	Drăgoi I.
Semiologia medicală	”	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	”	Grigoriu C.
Clinica medicală	”	Hațieganu I.
Medicina legală	”	Kernbach M.
Clinica oftalmologică	”	Michail D.
Clinica neurologică	”	Minea I.
Igiena și igiena socială	”	Moldovan I.
Radiologia medicală	”	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	”	Papilian V.
Clinica chirurgicală }	”	Pop A.
Medicina operatorie }	”	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	”	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	”	Sturza M.
Balneologie	”	Tătaru C.
Clinica dermato-venerică	”	Țeposu E.
Clinica urologică	”	Thomas P.
Chimia biologică	”	Urechia C. I.
Clinica psihiatrică	”	Vasilii T.
Anatomia patologică	”	

JURIUL DE PROMOȚIUNE:

Președinte: D=1 Prof. Dr. M. Kernbach

Membrii : {

- ” ” ” Gh. Buzoianu
- ” ” ” V. Bologa
- ” ” ” V. Papilian
- ” ” ” A. Pop

Suplăant : ” Doc. Dr. C. Velluda

Mulțumesc din toată inima Domnului Profesor Dr. M. Kernbach, directorul Institutului medico-legal din Gluj, pentru amabilitatea și bunăvoința sa, cu care mi-a dat subiectul tezei mele.

Aduc considerația distinsei mele stime Domnului Profesor Dr. Gh. Buzoianu, pentru că mi-a pus la dispoziție numărul mare al cazurilor din clinica oto-rino-laringologică din Gluj, condusă de D-sa.

Domnului Dr. G. Golațiu, șef de lucrări la Institutul medico-legal, mulțumesc cu mare bucurie, pentru îndrumările și sfaturile date în decursul întocmirii acestei teze.



Introducere.

Cu progresul timpului, medicina legală începe să încadreze tot mai multe probleme medicale. Desigur, preocuparea ei principală rămâne și azi studiul leziunilor corporale și a consecințelor acestora, dar chiar și în acest domeniu al traumatologiei pentru a desluși unele chestiuni și pentru a putea raporta leziunile la veritabila lor cauză, medicul legist va trebui să aibă cunoștințe vaste din celelalte specialități medicale, fără de cari competența lui poate fi foarte limitată în cazurile respective.

Într'o serie de teze întreprinse la Institutul Medico-Legal din Cluj, s'au studiat raporturile pe care le are medicina legală cu diferitele alte specialități, sau aspectele medico-legale sub cari se pot prezenta acestea. Până acum au fost studiate traumatismele urologice din acest punct de vedere (teza colegului Nicolescu) urmările traumatismelor organelor interne (tezele lui Incze, Tomoiagă, Forju), a sistemului osos (Maniac) a glandelor endocrine (Barta) precum și dermatologia (Pop), pediatria (Mocanu), obstetrica și ginecologia (Nuțiu) stomatologia (Stoenescu), igiena (Osvat), oftalmologia (Popa) din punctul de vedere al relațiunilor lor medico-legale, în fine tumorile traumatice (Roza).

Lucrarea de față se ocupă de relațiunile otologiei cu medicina legală.

Urechea, împreună cu ochiul, fiind un organ important în ce privește orientarea omului în mediul în care trăește, pierderea sau leziunea ei, suferită printr'un traumatism, va aduce cu sine reclamațiuni din partea bolnavului.

Cazurile acestea se vor spori din an în an, din cauza dezvoltării tot mai mare a mijloacelor de comunicație și a in-

dustriei și tendinței legislației de a preciza cu mare exactitate drepturile acestor bolnavi.

Medicul, designat de a judeca drepturile bolnavului în privința această trebuie deci să cunoască relațiunile medicinei legale cu otologia, având prin aceasta posibilitatea de a face o expertiză strict științifică.

Expunerea acestor relațiuni va fi făcută în următoarele capitole: Urechea și funcțiunea sa din punct de vedere medico-legal, leziunile urechii externe, mijlocii și interne, turburările auditive psihogene, simulația și agravația și responsabilitatea otologului.



Urechea și funcțiunea sa din punct de vedere medico=legal.

Din punct de vedere morfologic și funcțional, urechea o împărțim în 3 părți bine distincte în ce privește anatomia și fiziologia lor: Urechea externă, mijlocie și cea internă. Urechea externă este alcătuită de pavilionul urechii și de conductul auditiv extern, până la membrana timpanală. Urechea mijlocie constă din timpan și lanțul oscioarelor auditive, casa (cavum tympani) și trompa lui Eustache, antrul mastoidian și sistemul pneumatic. Urechea internă este reprezentată prin labirint și aparatul vestibular.

În unitate funcțională cu urechea internă sunt ganglionii și centrul nervului acustic.

Împărțirea sus descrisă nu se poate adopta întotdeauna cu toată rigurozitatea, ea corespunde însă mai bine cerințelor practice și trebuințelor expertului medico=legal.

După *Imhofer* pavilionul urechii are o importanță din 3 puncte de vedere :

1. Ca mijloc ajutător la constatarea identității,
2. În ce privește studiul eredității a particularităților ei de formă și
3. din cauza semnelor de degenerație.

Este important de știut că, pavilionul urechii pentru funcțiunea urechii desigur n=are decât o importanță relativă. Problema este discutată și nu se poate nega că pavilionul are o însemnătate oarecare pentru localizarea sunetului în spațiu, care însă cu siguranță nu este mare.

Faptul deja, că pavilionul urechii la om a devenit imobil. (mușchii lui fiind rudimentari) arată că rolul lui la localizarea

sunetului nu poate să fie mare. Din punct de vedere funcțional, pierderea totală a pavilionului este deci de o importanță relativă.

O altă chestiune este aceea a mutilației pe care o vom trata mai jos.

Pentru conductul auditiv extern putem accepta o importanță funcțională în sensul că el conduce ca țeava unei pâlnii (în cazul acesta pavilionul urechii), undele sonore adunate, la membrana timpanală. Forma și diametrul lui nu joacă nici un rol. Din cauza aceasta o schimbare a formei sale sau a traectului său prin rănire și cicatrizare consecutivă, este fără importanță, până ce pasagiul nu este intrerupt. Dacă el s'a închis însă, vom avea o turburare funcțională și anume o surditate de transmisiune.

Urechea mijlocie este constituită dintr'un sistem complicat de cavități, tapetate cu mucoasă. Sistemul întreg în mod normal are numai o singură delimitare rigidă, și anume membrana timpanală. Timpanul în starea normală nu este absolut, dar din punct de vedere practic, impermeabil, așa încât variațiunile între presiunea aerului atmosferic în conductul auditiv extern și presiunea în cavitățile urechii mijlocii vor acționa asupra membranei timpanale, dacă egalizarea, în caz de închiderea trompei, pe calea normală nu este posibilă.

Urechea mijlocie și sistemul pneumatic alăturat au numai o singură comunicație cu exteriorul, prin trompa lui Eustache. Comunicația aceasta nu este permanentă ci intermitentă, fiindcă în starea de repaos mucoasa părților ei se atinge. La deglutiție și fonație, trompa se deschide trecător prin acțiunea mușchilor vălului palatului, ce duce la nivelare a presiunii între urechia mijlocie și faringele.

Dat fiind că pneumatizarea are o legătură cauzală cu originea și decursul afecțiunilor inflamatorii ale urechii mijlocii, cunoașterea acestei stări de pneumatizare în vivo are o mare importanță clinică. Informația despre înfînderea și felul pneumatizării o căpătăm prin imaginea radiologică.

Pneumatizarea urechii mijlocii, adică formarea cavităților ei, și tapetarea acestora cu mucoasa și umplerea cu aer, se realizează în viața postembrională.

Tipul pneumatizării depinde între altele și de momente

constituționale (Albrecht, Steurer, Schwarz). Afară de aceasta, el însă, depinde — cum a arătat-o aceasta Wittmaak — și de o desvoltare nederanjată prin procese inflamatorii a unei mucoase sănătoase. Dacă mucoasa devine bolnavă, rezultă turburări de diferite grade, numite „împiedecare a pneumatizării“ (Wittmaak).

Urechea mijlocie conține aparatul transmijător al sunetelor (membrana timpanală și oscioarele auditive). Funcțiunea pe care o are aparatul acesta, este de a transmite undele sonore, cari ajung la ureche pe calea aeriană. Pe lângă această, undele sonore mai pot ajunge la urechea internă, prin transmiterea osoasă.

Cunoștințele temeinice despre funcțiunea aparatului transmijător al sunetelor nu le avem până astăzi. Faptul că depărtarea acestui aparat, împiedică transmisiunea undelor sonore pe calea aeriană, arată că aparatul acesta, servește mai cu seamă transmisiunii acestor unde, în special celor cu o frecvență mijlocie sau joasă.

La o pierdere a membranei timpanale și a oscioarelor auditive din urechea mijlocie, capacitatea auditivă întotdeauna este redusă. Surditatea de transmisiune o numim deci și surditatea urechii mijlocii.

Hipoacuzia, — indiferent că este de transmisiune sau perceptivă — înseamnă o diminuare a auzului în special pentru undele sonore venite pe calea aeriană.

Percepțiunea sunetelor pe calea osoasă, suferă anumite turburări caracteristice diferitelor forme de surditate și prin aceasta avem un mijloc de diferențiere a surdității de transmisiune de cea perceptivă.

Leziunile urechii externe.

Leziunile pavilionului urechii.

Leziunile acestea sunt de obicei directe prin loviri, arme de foc, tăieturi înțepături, mușcături prin animale (cai) și oameni la încăierare, etc. Cu cât marginile răni sunt mai netezi și distrugerea țesutului și sângerarea în el mai puțină, cu atât con-

dițiunile de vindecare ale răniilor sunt mai bune. Dar și cea mai mică leziune poate să dea o infecțiune serioasă. Condițiunile de vindecare sunt foarte bune și din cauza irigației sanguine abondante a pavilionului urechii, așa încât chiar smulgeri la care au mai rămas punți de țesut sunt capabili de vindecare. S-au descris și cazuri în cari chiar după o smulgere totală urmată de o cusătură exactă, pavilionul urechii a vindecat fără infecție.

La leziunile acestea este important felul reacțiunii al cartilagiului față de infecțiune, îndeosebi al infecțiunii cu bacilul pyoceaneus. Infecțiunile cartilagiului (pericondritele) au întotdeauna consecințe neplăcute. Pericondrita duce la topire a cartilagiului și sbârcirea pavilionului. Prin aceasta iau naștere desfigurări și mutilații. Leziunile foarte superficiale ale pavilionului urechii pot avea ca complicație infecțiuni foarte neplăcute, ca erizipelul care este frecvent și joacă un rol predominant prin faptul că recidivează de multe ori.

La expertiza medico-legală a defectelor traumatiche vindecate, trebuie să fim seamă că cicatricile și mutilațiile pot să fie existat și înaintea accidentului și că n-au legătură cauzală cu leziunea prefinsă, dar sunt puse în legătură cu ea de individul care a suferit-o.

Cicatricile după leziunile traumatiche se poate bine deosebi de defectele congenitale. Chestiunea devine însă mai delicată dacă unui defect congenital îi se asociază o leziune traumatică încât câte odată este greu ori imposibil de a face o deosebire și a spune ce vine pe contul defectului primar și pe leziunea secundară și cicatrizare.

Cauterizări, combustiuni și congelări.

Aceste leziuni au la urechea externă o importanță specială prin posibilitatea unei coafecțiuni a cartilagiului. Dacă este afectată numai pielea, aceste leziuni pot fi considerate ca orice leziune similară a pielii externe. Prin interesarea a pericondrului și a cartilagiului însă, leziunea duce la o necroză a cartilagiului și pierderea parțială sau totală a pavilionului urechii.

Pavilionul urechii cu toată că are o rețea sangvină foarte dezvoltată, prin situația sa, este ușor expus congelăției. Și la

grade ușoare de congelare și vindecare în aparență totală, partea care a fost odată congelată rămâne sensibilă și dispusă la congelării repetate. Durerile pot să revină întotdeauna, dacă partea congelată suferă variațiuni mari de temperatură, chiar dacă rămân deasupra punctului de înghețare.

La congelare de grad mai mare (roșeață, edem, bule, necroză) rezultă și mutilații însemnate. Ca consecință avem un prurit insuportabil. — O leziune specială este înțepătură făcută în tragus pentru purtarea cerceilor. — Dacă este făcută cu un instrument steril n-are nici un pericol. În mediul rural însă manopera aceasta este făcută cu neglijarea oricărei asepsie cât de mică. De obicei un ac nesterilizat servește ca instrument. Ca urmări avem inflamațiuni, erizipelul, chiar și cazuri mortale prin gangrenă și tetanus. De multe ori urechea reacționează prin formarea de cheloid.

Othematomul.

Se găsește la luptători (lupte greco-romane), boxeri, soldați și la bolnavii clinicii psihiatrice. În cele mai multe cazuri este de origine traumatică. Faptul că este foarte frecvent la bolnavii mintali internați, a cauzat multe polemici. Se credea că bolile mintale predispun la othematom. Azi se admite că othematomul de obicei la acești bolnavi este cauzat prin maltratarea ocazională din partea personalului supraveghetor.

Othematomul este o revărsare seroasă ori sero-sangvinolentă sau sangvină pură între pielea și pericondriul, mai rar între pericondriul și cartilagiul.

Othematomul recidivează foarte ușor. Recividele duc la leziuni cartilaginease cu distrugerea secundară a cartilagiului.

Leziunile conductului auditiv extern.

Directe: Leziunile ușoare ale conductului auditiv extern — îndeosebi a părții cartilaginease — sunt foarte frecvente. Ele sunt accidentale și sunt cauzate prin pătrunderea diferitelor obiecte în conductul auditiv.

Fiindcă aceste leziuni accidentale mai în toate cazurile sunt provocate prin obiecte aseptice, întotdeauna este pericolul de

infecție. Rămânerea mai îndelungată a unui corp străin cu o leziune concomitentă favorizează natural dezvoltarea unei infecțiuni. Mai frecvente sunt leziunile conductului auditiv extern la încercări nepotrivite de a curăți conductul auditiv. Trebuie să precizăm cu toată insistența că, conductul auditiv sănătos și funcționând bine, nu are nevoie de o curățire artificială, și se curăță de sine. Curățirea obișnuită la spălarea zilnică este de ajuns.

Sunt puține obiecte, prin forma lor numai intrucât apte, cari nu ar fi întrebuințate pentru curățirea conductului auditiv. Relativ nepericuloase sunt lingurile mici din os, chibrituri înfășurate cu vată și creioane, periculoase: ace de păr, ace de croșetat și mai cu seamă scobitoare, infectate întotdeauna.

Prin manoperele acestea se cauzează inflamațiuni ale pielii conductului, eczemă, procese furunculoase și flegmonoase, cari constituie o problemă terapeutică foarte grea pentru medic. Leziunile acestea adeseori se găsesc ca artefacte și automufilațiuni la condamnații din închisoare și la recruții, voind să se sustragă dela serviciul militar.

Soluțiuni fierbinți ori cauterizații sau aburi, pot să pătrundă spontan sau sunt aduse în mod criminal în urechea externă. De obicei, leziunii se asociază o infecțiune și procesul cauzează stricturi cicatriciale periculoase, împiedecând excretarea a produselor fiziologice ale conductului auditiv.

Un rol cauzal foarte mare în leziunile conductului auditiv îl joacă corpii străini. Un corp străin pătruns în conductul auditiv nu trebuie să dea o leziune în fiecare caz și este în cazurile acestea inofensiv. — Intotdeauna însă, când corpul străin pătrunde cu o violență, oarecare, el dă o leziune, care prin prezența corpului străin infectant, este nocivă. — O excepție fac corpii străini, cari se umflă și nedând o leziune vădită cauzează totuși simptome alarmate de presiune.

Trebuie amintit aici că, singurul mijloc pentru îndepărtarea corpului străin din conductul auditiv pentru medicul practician și în cele mai multe cazuri și pentru medicul specialist este spălătura cu o soluție sterilă.

În clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj dintre 1800 de cazuri otologice tratate ambulant în anul 1934, am găsit 30

de cazuri cu corpi străini, adică 1,66%. În anul 1935 dintre 2065 de cazuri otologice 22 de cazuri, adică 1,06%.

Insemnătatea medico-legală a corpurilor străini o constituie faptul că, scoaterea lor întâmpină în unele cazuri mari dificultăți și că în cele mai multe cazuri dificultățile acestea sunt create prin manipulații false, prin cari corpii străini sunt împinși în profunzime.

La expertiza cazurilor cari ne-au fost aduse numai după ce a fost manipulat în ureche, câte odată este greu sau chiar imposibil de a constata că corpul străin a dat o leziune primară, sau că ea a fost cauzată secundar, prin manipulația din partea medicului sau a altor persoane. O leziune primară nu este probabilă la corpii străini netezi (mărgăritare din sticlă, boabe de fructe, etc.) Dacă corpul este dur și ascuțit, o leziune primară dată de el este mai verosimilă. Dacă am constatat însă prin întrebări că durerile, hemoragia, amețeala, tusea reflexă, etc. s-au prezentat numai la încercările de a scoate corpul străin, putem afirma cu mare probabilitate că corpul străin n-a dat o leziune primară și că ea a fost cauzată secundar, mai cu seama dacă găsim și corpii străini mici și netezi înapoia timpanului distrus.

În special expertul va ține cont de toate probabilitățile și împrejurările până ce își dă părerea definitivă care pedeparte poate să blameze medicul curant, iar pe de altă parte aduce pagubă nedreaptă bolnavului, fiindcă dacă există o greșală din partea medicului, expertul nu trebuie să apere cu orice preț interesele medicului.

Indirecte: În majoritatea cazurilor ele sunt cauzate prin procesul articular al mandibulei, care lezează părțile anterior al conductului auditiv osos la căderi și loviri. Gradul leziunii depinde de intensitatea lovirii și de capacitatea de rezistență a părții conductului auditiv, mai cu seamă însă de raporturile anatomice foarte variate a apofizei articulare, cu părțile conductului auditiv. Aici există variațiuni individuale foarte mari.

Prezența sau lipsa dinților, starea de contracție a mușchilor masticatori influențează natural mecanismul leziunii. Diagnosticul unei fracturi a conductului auditiv osos din simptomele clinice numai, uneori este dificilă. Imaginea röntgenologică o arată cu siguranță.

Pentru expertul medico-legal este important de știut, că nu fiecare hemoragie din conductul auditiv este cauzată neapărat de o leziune. Există și hemoragii spontane din conductul auditiv însuși la un conduct și o ureche mijlocie intactă. Hemoragiile spontane din conductul auditiv se găsesc și la isterie. În cazurile acestea însă trebuie cercetat cu o minuțiozitate extraordinară, dacă hemoragiile totuși nu sunt produse artificial. Hemoragiile din conductul auditiv deci sunt rar spontane, trebuie însă să fie cunoscute expertului.

Leziunile urechii mijlocii.

Leziunile timpanului.

Directe: Leziunea poate să fie superficială și perforantă. Chiar și leziunea superficială nu este inofensivă dacă este înfectată, fiindcă dă loc prin aceasta la o perforație secundară a membranei timpanale. Leziunile superficiale ale timpanului pot să fie cauzate și prin manevrări greșite din partea medicului. Ele nu sunt periculoase, de obicei fiind făcute cu instrumente sterile.

Mult mai frecvente și importante sunt leziunile perforante ale timpanului. Ele sunt cauzate de corpii străini introduși în conductul auditiv extern. Diferite instrumente medicale, pense, stilette, etc., apoi diferite substanțe introduse în scop terapeutic, mai ales causticele, pot fi cauza rupturilor timpanului.

În mediul rural durerile auriculare sunt combătute de către țărani printr'o mulțime de substanțe, cari se introduc în conduct, cum este de exemplu usturoiu, brânză, miere, etc., cari prin presiunea ce o exercită și prin descompunerea lor pot produce macerarea și ruptura timpanului.

La copii — contingentul cel mai mare în ce privește corpii străini — avem o varietate foarte mare de corpi cari sunt introduse în conduct, ca: jucării, boabe de fasole, perle, cari toate pot produce perforația timpanului. Foarte des se întâmplă leziuni ale membranei, prin tentative de extracție a acestor corpi, făcute de către părinți sau alte persoane, fie chiar medici. Numărul rupturilor timpanului în procente (raportat la

suma totală a bolilor de urechi observate) variază după diferenții autori, între 0.43% și 2.16% (*Zaufel, Passow*).

În clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj, am cercetat cazurile otologice tratate ambulant în anii 1934 și 1935 în ce privește perforațiile traumatice ale membranei timpanale și am găsit următoarele :

Au fost tratați în 1934 4734 de bolnavi, dintre cari 1800 cazuri otologice. Perforația traumatică am găsit-o în 12 cazuri, adică 0.66%. În anul 1935 în ambulanța clinicei au fost tratați 6066 de bolnavi, dintre cari 2065 cazuri otologice. Perforația traumatică a timpanului am găsit-o în 10 cazuri, adică 0.48%.

Vedem deci că rezultatele obținute de noi sunt în limita procentelor stabilite de autorii susnumiți.

După *Zaufel* și *Passow* leziunile directe interesează întotdeauna partea anterioară a membranei timpanale, fiindcă instrumentul lezant alunecă la lovire întotdeauna de pe partea posterioară a timpanului către partea anterioară, după cum a arătat aceasta *Passow* prin experimente pe cadavre. Puncte predilecte, afară de faptul amintit, pentru leziunile timpanului nu sunt de stabilit.

Pentru leziunea traumatică a timpanului față de perforațiunea prin procese inflamatorii, este caracteristică forma neregulată și dințată și prezența coagurilor de sânge la marginile leziunii. Hemoragiile acestea câte odată numai cu lupă se pot recunoaște. Dacă leziunii se asociază o inflamație, forma dințată și hemoragia mai persistă un timp oarecare, apoi din cauza otitei medii supurative, dispare, încât stabilirea cu siguranță a genezei traumatice a perforațiunii, este imposibilă. Dacă leziunea nu se infectează, forma caracteristică și hemoragia se păstrează mult timp. Vedem deci importanța extraordinară a examinării imediate, a fiecărei leziuni traumatice la ureche.

Indirecte: Leziunile indirecte ale timpanului sunt cauzate în general prin variațiuni mari de presiune atmosferică, cari survin cu o mare repezițiune.

Timpanul nu suportă ridicarea presiunii în primul rând, fiindcă chiar la o trompă intactă presiunea nu poate să se urce în cavitatea timpanică în acelaș grad și cu aceeaș iuteală. La o trompă alterată — care nu lasă aerul să treacă în mod normal,

deci pericolul de leziune a timpanului este foarte mare. Pe lângă o urcare bruscă a presiunii atmosferice și o diminuare rapidă a presiunii constituie un factor cauzal.

Chiar și variațiunile mai mici ale presiunii pot să cauzeze o leziune a timpanului fără ruptură. În aceste cazuri survin hemoragii în substanța timpanului, cari n'au consecințe periculoase.

Cauzele variațiunilor de presiune sus descrise sunt explozii de toate felurile, proiectilele trecând vâjâind pe lângă ureche, palme (ruptura se produce probabil la acestea numai în momentul ridicării mânei de pe ureche), sărutul brusc pe ureche, staționare în aer sub presiune mărită (camere pneumatice, scafandrieri).

Variații bruște de presiune în urechea mijlocie pot fi datorite și unei insuflații în trompă, strănutului, tusei și vărsăturii. La suflătorii de sticlă și la gorniști frecvent se fac în acest mod rupturi ale timpanului.

O a doua grupă de leziuni indirecte ale timpanului se observă la traumatisme grave ale craniului, mai cu seamă la fractura bazei craniului, care interesează și osul petros. După *Dr. Vaida Voevod Aurel* și *Dr. Weinstein Iuliu: Frank* și *Ray* au observat rupturi ale timpanului în urma loviturilor pe occiput, iar *Gruber* în urma loviturilor pe frunte. *Urbantschitsch* a observat o ruptură a timpanului drept în urma unei lovituri pe urechea stângă.

Ruptura timpanului de regulă cauzează o durere violentă de scurtă durată, vâjâitură și o diminuare subită și considerabilă a acuității auditive. Din cauza aceasta pe lângă otoscopia imediată deja amințită, un examen funcțional concomitent este de o importanță capitală. După *Politzer* este caracteristic pentru o perforație traumatică în primele zile permeabilitatea bună a trompei pentru aer și lipsă de șgomot la insuflație, ca semnul de stare de sănătate a casei (cavum tympani).

Dacă n'are loc o infecție, ruptura se închide relativ repede și de obicei rămân numai cicatrice fine, greu de recunoscut. Funcțiunea urechii se poate restabili în întregime. Timpanul deja alterat prin cicatrice inclină la rupturi. Chiar și după o ruptură a timpanului, un otolog rufinat recunoaște rezidiile alte-

rațiunilor anterioare. Timpanul poate să arate pe lângă rupturile recente, cicatrice vechi atroifice sau hipertrofice.

Aceste semne admit concluziunea că, traumatismul a acționat deja asupra unui timpan deja alterat. Dacă ruptura directă sau indirectă a timpanului urmează o infecție, vom avea o otită medie supurativă.

Dacă se cere dela expertul medico-legal, după o suprafață de scurtă durată a urechii mijlocii, o sentință prealabilă, se recomandă un examen röntgenologic, pentru a constata tipul de pneumatizare a urechii și pentru a trage concluzii despre decursul otitei medii.

Dacă există o pneumatizare normală, complicațiile nu sunt excluse, o vindecare fără complicații însă probabilă. La o pneumatizare împiedecată sau lipsa acesteia, mucoasa, astfel patologic alterată, va da o otită medie cronică. Ruptura timpanului în cazuri rare poate să fie așa de intensă, încât rămâne o perforație permanentă. Atunci trebuie să bănuim însă întotdeauna că traumatismul a acționat asupra unui timpan, care nu mai era normal. Din punct de vedere medico-legal și al asigurărilor, leziunile traumatice ale timpanului au un interes special, este însă foarte greu și câteodată imposibil de a decide, dacă perforația este traumatică de fapt.

În aceste cazuri este valabilă opiniunea negativă a lui Casper: „Examenul nu ne dă nici un rezultat care ar susține sau ar contrazice ipotezei că în cazul prezent afecțiunea este datorită cauzei sau cauzelor afirmate de bolnav“. În ce privește gravitatea leziunii, expertiza nu poate să dea un răspuns decât după o observație mai îndelungată. În general leziunea este ușoară, când conductibilitatea osoasă nu e redusă, casa nu este interesată și perforația se închide imediat.

Expertului medico-legal trebuie să-i fie cunoscute și rupturi ale timpanului mai rare și puțin studiate până acum. Astfel de rupturi s'au observat la spânzurați, mai cu seamă la cei executați. Rupturile acestea sunt foarte frecvente, dar mecanismul producerii lor este necunoscut.

La răniri prin trăznet s'a constatat și o ruptură a timpanului, rară și interesantă. Într'un caz descris, marginile perfo-

rațiunii erau îndoite înăuntru, așa încât se poate gândi în cazul acesta la o leziune directă, prin descărcare electrică.

Dăm mai jos observațiile culese din clinica oto-rino-laringologică din Cluj.

Cazul I. — T. J. 22 ani plugar, întrat în clinică la 20 IV 1931. Prezintă în regiunea mastoidiană o plagă liniară de o lungime de 3 cm. și profundă de 2 cm. produsă de o piatră, care a fost aruncată asupra sa. Diagnosticul: fractura traumatică a vârfului mastoidei stângi sub nivelul antrului. Operația: antrotomia radicală. Eșirea din clinică la 30 Mai 1931. Durata tratamentului 40 zile. Vindecat.

Cazul II. — C. M. 67 ani, muncitor, întrat 25 X. 1930. Curățindu-și urechea s'a rupt o bucată de lemn în ureche și de atunci este cu dureri tot mai mari. Urechea scurge de atunci și durerile se accentuează mereu. Diagnosticul: corp străin în urechea stângă, otită medie. Tratament paliativ. Vindecat. Eșit din clinică la 30 X. 1930. Durata tratamentului 6 zile.

Cazul III. — C. J. 45 ani, plugar, întrat 17 IX. 1930. S'a scărpinat în ureche cu un chibrit și apoi a început să scurgă. Vine la clinică cu dureri insuportabile în regiunea mastoidiană. Diagnosticul: corp străin, otită medie, mastoidită stângă. Operația: evidare din cauza mastoiditei stângi. Eșit din clinică la 18 XII. 1930. Durata tratamentului 31 zile. Vindecat.

Cazul IV. — B. T. 37 ani, plugar, întrat 18 IX. 1930. În timpul războiului bolnavul a fost împușcat, glonte s'a oprit în regiunea mastoidiană, de unde l'au extras. După ce s'a vindecat rana, surditatea i-a rămas definitivă. După 2 ani urechea îi începe să scurgă, fenomenele dureroase devin atroce, și de 6 ani are o supurație în regiunea mastoidiană. Diagnosticul: disfrugerea regiunii mastoidiene, fistula mastoidiană dreaptă, surditate. Operația: plastie a fistulei mastoidiene drepte. Eșit din clinică la 11 X. 1930. Durata tratamentului 24 zile. Vindecat.

Cazul V. — V. J. 16 ani, ucenic, întrat 7 III. 1930. La vârsta de 4 ani i-a întrat o muscă în urechea stângă. Un

medic i-a făcut o spălătură. De atunci a început în repetate rânduri să-i scurgă urechea stângă. Are dureri mari în regiunea mastoidiană stângă, amefeli. Diagnosticul: otită medie supurativă, pusă în legătură de bolnav cu manipulația din partea medicului, mastoidită cronică stângă. Operația: evidare petromastoidiană stângă, scoaterea oscioarelor necrozate. Eșit din clinică la 8 IV. 1930. Durata tratamentului 31 zile. Vindecat.

Cazul VI. — L. P. 18 ani, elev, intrat 19 I. 1930. A fost lovit la ureche, în urma căreia a simțit dureri și oțore dreaptă. De 2 zile are dureri retroauriculare. Diagnosticul: otită medie traumatică. Tratament: conservativ. Eșit din clinică la 29 I. 1930. Durata tratamentului 10 zile. Vindecat.

Cazul VII. — B. A. 26 ani, barbier, intrat 11 I. 1935. În anul 1931 bolnavul făcând stagiul militar primește o palmă la nivelul urechii stângi, în urma căreia se instalează o secreție purulentă cu dureri hemicraniene și o paralizie facială la stânga. Paralizia și durerile dispar apoi, rămâne secreția purulentă care durează până în Octombrie 1934, când prezintă dureri foarte mari în regiunea mastoidiană și dureri hemicraniene stângi. I se face o mastoidectomie după care bolnavul se simte mai bine, apoi durerile reîncep, și se instalează iarăși paralizia facială stângă. Diagnosticul: otită purulentă de origine traumatică, paralizie facială. Tratament: mastoidectomie. Eșit din clinică la 22 I. 1935. Durata tratamentului 12 zile. Ameliorat.

Cazul VIII. — F. J. 58 ani, plugar, intrat 16 XII. 1934. A primit o lovitură de palmă la nivelul urechii stângi. De atunci a început o scurgere purulentă din ureche, pierzându-și în același timp și auzul. Bolnavul acuză dureri mari la nivelul regiunii mastoidiene stângi. Diagnosticul: otită medie purulentă traumatică, mastoidită, surditate. Tratament: mastoidectomie. Eșit din clinică la 28 II. 1935. Durata tratamentului 74 zile. Vindecat cu menținerea surdității.

Cazul IX. — N. O. 20 ani, casnică, intrată 24 IX. 1934. A căzut din pod, după ce au început să-i scurgă ambele urechi, tot de atunci are și dureri de cap. De o săptămână

vărsături, mai ales dacă stă în picioare după masă. Examenul funcțional are următorul rezultat: Weber lateralizat în urechea stângă; Rinne: urechea dreaptă negativ, urechea stângă pozitiv; Schwabach: urechea dreaptă prelungit, urechea stângă normal. Vocea șoptită: urechea dreaptă 3 metri, stângă 0 m. Diagnosticul: otomastoidită cronică stângă, fistula canalului semicircular stâng extern. Tratament: evidare petromastoidiană. Eșită din clinică la 17 X. 1934. Durata tratamentului 24 zile. Ameliorată.

Cazul X. — B. T. 2 ani, înțat 15 VII. 1934. Înainte cu un an copilul a căzut și părinții observă că auzul se diminuează. Din primăvara 1934 copilul nu aude de loc. Diagnosticul: surditate. Tratament: conservativ. Eșită din clinică la 24 VII. 1934. Durata tratamentului 10 zile. Status quo.

Cazul XI. — L. P. 22 ani, înțat 6 V. 1934. În anul 1934 a căzut pe pământ și după 2 zile observă că i scurge din urechea stângă puroiu. Diagnosticul: otită medie supurativă cronică stângă. Tratament: conservativ. Eșită din clinică la 30 V. 1934. Durata tratamentului 23 zile. Ameliorat.

Cazul XII. — D. A. 24 ani, minier, înțat 27 VIII. 1935. I-a căzut un lemn în regiunea temporoparietală dreaptă. Imediat după aceasta n'a mai auzit cu această ureche, îi vâjâie în continuu. Sânge nu i-a curs din ureche. Examenul funcțional: urechea dreaptă 0,20 m. vocea șoptită, urechea stângă 2 m. Weber: lateralizat egal la ambele urechi; Rinne: urechea dreaptă pozitiv, urechea stângă pozitiv; Schwabach: prescurtat la ambele urechi. Diagnosticul: traumatism asupra regiunii mastoideene drepte cu leziuni traumatice ale timpanului drept. Tratament: conservativ. Eșită din clinică la 21 IX. 1935. Durata tratamentului 26 zile. Ameliorat.

Cazul XIII. — E. J. 54 ani, înțat 24 IV. 1935. Bolnava a fost lovită de un cal. Diagnosticul: fractura bazei craniului, otită medie, mastoidită, diabet grav. Tratament: mastoidectomie. Decedată la 30 IV. 1935.

Cazul XIV. — A. A. 8 ani, intrat 11 V. 1931. Înainte cu un an și jumătate a suferit un traumatism în regiunea dreaptă a capului, tumefiindu-se locul traumatizat. Dureri mastoidiene. Diagnosticul: mastoidită cronică, cu abces subperiosteal. Tratament: evidare petro-mastoidiană. Eșit din clinică la 21 V. 1931. Durata tratamentului 17 zile. Vindecat.

Cazul XV. — J. G. 21 ani, plugar, intrat 17 XI. 1934. A primit 2 lovituri de pumn în regiunea auriculară dreaptă. A 2-a zi scurgere purulentă din ureche și de o săptămână dureri în regiunea mastoidiană. Diagnostic: otită medie cu reacțiune mastoidiană. Tratament: mastoidectomie. Eșit din clinică la 21 XI. 1934. Durata tratamentului 5 zile. Vindecat.

Cazul XVI. — N. P. 46 ani, intrat 10 X. 1934. Înainte cu 5 săptămâni a avut un accident. Acuma îi scurge urechea stângă și bolnavul nu mai aude. Diagnosticul: otită supurată la urechea stângă, surditate. Tratament: conservativ. Eșit din clinică la 8 XI. 1934. Durata tratamentului 29 zile. Ameliorat.

Cazul XVII. — T. I. 12 ani, elev, intrat 3 VII. 1934. A căzut în copilărie de pe un pom în urma căreia a avut sângerări atât prin ureche cât și prin nas. Între timp creștea o tumoare în conductul auditiv extern drept. În ultimul timp nu mai aude cu urechea respectivă. Diagnosticul: tumoare în conductul auditiv extern, surditate de transmisiune. Tratament: extirparea tumoarei. Eșit din clinică la 11 VIII. 1932. Durata tratamentului 9 zile. Vindecat.

Leziunile urechii mijlocii, fără participarea timpanului.

Ele sunt cauzate de diferite traumatisme craniene, la care timpanul rămâne intact. Faptul acesta constituie un moment important pentru leziunile acestea, întrucât timpanul intact protejează urechea mijlocie într-o mare măsură în contra unei infecțiuni. Infecția însă poate să aibă loc și prin trompă. Leziunile urechii mijlocii, fără participarea timpanului sunt întotdeauna

cauzate prin fracturile osului petros cu hemoragiile concomitente în urechea mijlocie. Hemoragiile acestea se pot vedea prin otoscopie, licărind prin timpanul intact, ca și vânele prin pielea nealterată, (hematolympanon).

Pentru expertul medico-legal este important faptul că să observă frecvent hemoragii în urechea mijlocie la noi născuți. Faptul acesta de mult timp este cunoscut pentru cazuri în cari copii au fost sufocați. Cercetările recente însă au arătat că hemoragiile de felul acesta se găsesc și fără dubiu în cazuri unde n'a avut loc o sufocație sau o naștere grea. S'a constatat anume aceste hemoragii și la nașteri ușoare, la gemeni și la nașterea a doua.

Astfel nu se mai admite astăzi de a concluda numai din prezența acestor hemoragii la noi născuți, la o sufocație criminală sau nașterea grea. Este bine, dacă la toate leziunile urechii mijlocii se face o fotografie radiologică și un examen funcțional, întrucât permite aceasta starea bolnavului.

Nervul facial poate să fie lezat direct și indirect, prin traumatisme ce interesează urechea mijlocie. Canalul său arată variațiuni individuale importante. De multe ori are în domeniul urechii mijlocii dehiscențe, întrucât sunt posibile și leziuni fără fractura canalului. Leziunile nervului facial au o importanță medico-legală din cauza desfigurării prin paralizia mușchilor mimici și prognozei dubioase în ce privește restabilirea funcțiunii nervoase. Pe lângă desfigurarea mai joacă un rol fenomenele secundare la ochi (lagoftalmie, ectropium al palpebrei inferioare, salivajie abundentă din gură, etc.) care trebuiesc apreciate diferit după ocupația și situația socială a bolnavului.

Fracturile și luxațiile oscioarelor auditive :

Ele se găsesc frecvent la traumatismele urechii mijlocii și sunt foarte serioase, fiindcă din ele rezultă turburări grave imediate în conducerea sunetului care nu se ameliorează și se agravează cu timpul și pe de altă parte luxația a stapesului favorizează infecția labirintului cu toate urmările ei neplăcute. Luxația ciocanului și a stapesului sunt rare fiindcă de obicei se desface articulația între ciocan și nicovală sau se fracturează stâlpii sta-

pesului. Luxația stapesului dă fenomene alarmante din partea labirintului.

Leziunea mușchilor intrinseci ale urechii mijlocii produce o vâjâitură intensă și neplăcută. Ca o urmare definitivă a fracturilor și luxațiilor ale urechii, rămâne întotdeauna o turburare auditivă combinată cu zgomote urechiale subiective.

Leziunile urechii interne:

Leziunile aparatului static-vestibular.

Aparatul static este constituit din 2 părți, anume sacii cu statoliți și cele 3 canale semicirculare, așezate în dimensiunile spațiului. Aparatul cu statoliți controlează echilibrul corpului în repaos, canalele semicirculare în mișcare. Distrugerea unilaterală a labirintului cauzează pe lângă turburări grave ale echilibrului, (tendință de cădere, nistagm spontan, amețală) o diminuare a tonusului muscular în partea respectivă a corpului.

Fenomenele acestea însă regresează, chiar și la distrugerea bilaterală a labirintului, probabil prin funcțiunea compensatorie a simțului ocular și chinestezic. Organul central al sistemului static este însă cerebelul, care compensează automat orice turburare de echilibru dacă centrii lui sunt intacte. De obicei după un interval de câteva luni nu se mai poate constata obiectiv nici cu metodele mai perfecționate, turburări ale funcțiunii vestibulare. Pe de altă parte, la anumite ocupațiuni (acoperitori de case, aviatori etc.) o turburare minimă poate să cauzeze multe neplăceri și chiar pericolul de moarte.

Leziunile labirintului.

Directe: ele sunt urmările leziunilor prin arme de foc, gloanțe penetrante sau înțepături. Dar și instrumente relativ inofensive pot să dea o leziune labirintică dacă lovesc tocmai fereastra ovală. Ca exemple avem manevrările pentru a curăți conductul auditiv și încercările de automufilație, cari intenționează numai rănirea urechii mijlocii și cauzează o leziune a labirintului. Ca simptome avem amețeli, turburări de echilibru, nistagm spontan, zgomote subiective urechiale. surditate.

Indirecte: Ele sunt fenomenele traumatismelor care interesează corpul întreg și în special capul. Ca substrat al leziunii indirecte avem leziuni ale părții osoase, eșire de lichid cefalorachidian și hemoragii labirintice. Este important dacă hemoragia se află în sistemul perisau endolimfatic. Primul eveniment nu dă simptome alarmante, al doilea însă întotdeauna turburări funcționale.

Leziuni labirintice ușoare pot fi cauzate și prin turburări circulatorii trecătoare, prin disfuncțiune a vasomotorilor.

Fracturile bazei craniului, dacă interesează și osul petros, dau leziuni labirintice grave, cu turburări permanente. Printre o fractură a bazei craniului, nervul facial poate fi lezat și în afară traiectului său prin osul petros. Mijlocul pentru localizarea exactă a leziunii este imaginea röntgenologică.

Un agent cauzal al leziunilor indirecte mai este și calusul câteodată hipertrofic, luxuriant, care se dezvoltă după fracturi. Câteodată însă fractura nu se consolidează, așa încât s'au observat meningite după săptămâni chiar luni, după traumatism.

În expertiza medico-legală a acestor cazuri, trebuie deci să fim foarte precauți, făcând imagini radioscopice repetate mai cu seamă dacă fractura interesează un teren infectat, de exemplu o otită medie cronică.

Ca fenomene reziduale vom avea întotdeauna turburări cochleare, zgomote subiective în urechi, diminuarea auzului sau surditate. Zgomotele subiective pot să aibă o importanță covârșitoare, fiindcă persistă și după ce urechea a devenit surdă. Aceste zgomote sunt apoi o mare supărare pentru psihicul bolnavului și au fost de multe ori cauze de sinucidere.

Consider că este util de a aduce în legătură cu problema leziunilor urechii interne și un rezumat scurt despre turburările urechiale la aviatori. Cu atât mai mult că în timpul din urmă aviația civilă și cea militară au luat o dezvoltare foarte mare și cu progresul acesta s'au sporit natural și accidentele. La stabilirea cauzelor accidentului se cere și întotdeauna o expertiză medico-legală.

Condițiunile excepționale în care trebuie să stea un aeronaș sunt următoarele:

1. Temperatura aerului.

2. Starea higrometrică a atmosferei.
3. Presiunea barometrică.
4. Variațiile tensiunii gazelor atmosferei.
5. Ventilația (rezultanta deplasării avionului și a acțiunii vântului). În avion este foarte intensă în timpul zborului și deci variația continuă a temperaturii este simțită de aeronavigant.
6. Travațiul muscular.
7. Tensiunea nervoasă.

Prin termenul de aeropetopatie (termen original al dr. Od. Apostol) se înțelege morbul aviatorului. „Ea este totalitatea turburărilor provocate la aeronavigant de către condițiunile excepționale la care e supus organismul uman, în cursul navigației aeriene la diferite înălțimi și exprimă dezechilibrul biofizologic imediat sau tardiv consecutiv acestei noi necesități de adaptare la mediu aerian.

După Quix organul vestibular joacă rolul principal în acest complex. O afecțiune a urechilor caracterizată prin funcțiunea și permeabilitatea aeriană a trompei lui Eustache, lipsa integrității timpanului și a oscioarelor urechii medii provoacă sindromul.

O excitație normală și violentă a organului vestibular cuprinzând sistemul otolitelor și a canalelor semicirculare provoacă apariția sindromului. O excitație a nucleului lui Deiters, care legat prin fibre de nucleul pneumogastricului, produce sindromul (amețeli, vărsături, diaree, turburări ale pulsului etc.). Deplasarea lichidului de labirint ar fi o cauză determinantă sau turburările circulatorii ale conductului membranos al canalelor semicirculare.

Leziuni numai prin sunete.

Boli profesionale.

Cunoștințele precise despre leziunile numai prin sunete — la cari variațiunile de presiune n'au nici un rol — le datorim studiilor experimentale, ale lui *Wittmaack* și *Siebenmann*. Cauza acestor leziuni este acțiunea permanentă a unui sunet, care aplicat odată nu cauzează nici o leziune.

Leziunile pure cauzate numai prin sunete, au fost studiate experimental prin şuierături (fluerături foarte tari). Leziunile acestea se găsesc la anumite ocupaţiuni (C. F. R. căldărari prin ciocănire manuală, sau cu maşini) în general în industria metalurgică.

După cercetările lui *Wittmaack* sunetul poate ajunge la ureche nu numai pe cale aeriană, ci şi pe cea osoasă. Efectul acestor leziuni constă în degenerarea organului *Corti*, ganglionilor şi firişoarelor nervoase auditive. Prin acţiunea unor sunete cu aceeaş frecvenţă, leziunea se găseşte întotdeauna la acelaş loc, pe aceeaş fibră nervoasă. Faptul acesta pledează pentru teoria lui *Helmholtz*, care susţine că fiecărui sunet îi corespunde în organul lui *Corti* o fibră nervoasă anumită. Leziunea interesează în cele mai multe cazuri partea superioară a gamei tonale şi are simptomele caracteristice unei surdităţi perceptorie, adică: diminuarea limitei tonale superioare, diminuarea conducerii osoase a sunetului, *Rinne* pozitiv, surditate electivă pentru sunete înalte.

Traumatismele sus amintite au ca urmare şi o dispoziţie exagerată a urechii de a obosei foarte repede. Zgomotele subiective consecutive leziunilor în aparatul nervos sunt de regulă de o frecvenţă înaltă, foarte rar sunete curate. La leziunile acute frecvenţa acestor zgomote este identică sau similară sunetului *lezzant*.

Zgomotele urechiale subiective nu trebuie însă confundate cu halucinaţiuni auditive.

Zgomotele care se formează în urechea mijlocie sunt de o frecvenţă mijlocie sau joasă. Procesele inflamatorii în urechea medie duc la perceptibilitatea de zgomote şi prin aceea că fac să se audă zgomote arteriale sau venoase, care nu se observă în mod normal. (Artera carotidă internă şi sinusul transvers, vena jugulară.)

Relatăm un caz din Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj.

O. I. 34 ani, firezar, intrat în clinică la 31/VII. 1935 şi spune că boala actuală a început acum 6 ani. A simţit că are vâjâituri şi zgomote neplăcute în urechi. Oţoree n'a avut. Cu timpul s'a dezvoltat o hipoacuzie şi de 2 săptămâni surditate-complectă. Examenul funcţional arată următorul rezultat:

Weber: lateralizat în urechea dreapta; *Rinne*: pozitiv la ambele urechi; *Schwabach*: prescurtat bilateral. Diagnosticul: surditate profesională.

Tratament paliativ. Eșit 11/VIII. 1935. Status quo. Durata tratamentului 12 zile.

Turburări auditive psihogene.

Ca și turburările psihogene de vorbire, aceste turburări au jucat un mare rol în războiul mondial. Ele au fost și cauza multor diagnoze false, fiindcă momentul declanșant al acestor turburări era un traumatism, care părea suficient de a fi cauzat în realitate o leziune organică.

Pe lângă traumatismul, dorința, de a scăpa dela front (reacția histerică) și frica erau cauze determinante (reacție hipochondrică). Un oarecare rol juca și sinistroza.

Dat fiind că după leziuni traumatice, o surditate completă este foarte rară, o surditate imediată posttraumatică întotdeauna este suspectă, că fiind psihogenă. Observația făcută că la acești surzi pe lângă pierderea capacității auzului, există în regiunea urechii ori în general, o analgezie mai ușoară sau pronunțată, constituie un simptom foarte prețios în constatarea surdității psihogene.

Faptul că în războiu și oameni tari și sănătoși au arătat simptomele surdității psihogene (egale cu cele ale surdității perceptive) se explică în mod diferit. Este probabil așa că, dispoziția la reacțiunea histerică există latent în fiecare individ. La cei mai mulți dispoziția această însă nu se manifestă. La șocurile emotive însă, cum le aducea cu sine războiul, dispoziția aceasta a devenit manifestă.

După *Hauptmann* însă: „istericii“ aceștia sunt simulanți, puțin iscușiți. Surditatea psihogenă se poate constata prin aparate speciale, cu ajutorul reflexelor psihogalvanice (după *Albrecht*) și reflexelor psihomotrice (după *Sommer*) cauzate prin impresiuni auditive (întrucât efectele psihogene transmise prin impresiuni auditive au ca urmare reflexe motorice și galvanice), reflexe cari sunt inconștiente și sustrate voinței noastre, chiar dacă devin conștiente.

Proba această nu permite însă deosebirea între simulant și un individ cu surditate psihogenă. La toate aceste cazuri este recomandabil de a cere și expertiza neorologului sau a psihiatrului.

Simulația și agravația.

Capitolul cel mai neplăcut în otologia și expertiza medico-legală pe terenul otologiei, sunt metodele de descoperirea simulației și agravației a surdității de diferite grade și a surdității complete.

Disimulația care se găsește în cazuri unde cineva vrea să ascundă hipoacuzia sau surditatea de exemplu la concursul pentru un serviciu, la examen pentru a câștiga permisul de a conduce o mașină, se poate constata relativ ușor. Dacă nu aude vocea șoptită peste o distanță bine determinată are de fapt o surditate de un oarecare grad. Variabilitatea rezultatelor la examene repetate, exclude o surditate organică și pledează pentru una psihogenă sau simulată.

Metodele recomandate pentru constatarea surdității uni- sau bilaterale, sunt într'un număr foarte mare și dovedesc deci că constatarea exactă este foarte dificilă. Rolul principal îl joacă aici experiența mare personală, ce nu poate fi înlocuită prin nici o metodă cât mai bună. Și la examenul suspjecțiilor de simulație, trebuie suprimat — ca la orice examen al facultății auzului — ochiul (în caz contrar citește) excitații, tactile (suflare la vorbire, în apropierea capului, etc.).

De multe ori simulanții neintelenți se lasă prinși printr'un fapt neașteptat, de exemplu printr'o chemare subită și neașteptată, prin insultare în formă directă sau indirectă încât medicul vorbește într'o depărtare anumită lucruri rele despre bolnav, cu o a treia persoană, și observă că, cum reacționează bolnavul, — care de multe ori protestează și prin aceasta se descoperă singur.

Cu mijloace așa simple se prind numai simulanții proștii. Cei cu voința tare însă nu reacționează.

Metode speciale pentru descoperirea simulanților.

La surditatea simulată unilaterală.

Țeava auditivă lui *Hummel*. Doi examinatori, examinează cu vocea șoptită similară sau egală, prin 2 țevi auditive simultan. Dacă examinatul de fapt nu aude pe o ureche, el poate să repete fără dificultate cuvintele ce-i sunt șoptite în urechea care aude. Dacă aude pe ambele urechi, el devine încurcat și greșește, fiindcă nu mai poate deosebi cuvintele auzite mai cu seamă dacă cuvintele șoptite se succed repede. Metoda această se poate întrebuița și examinând singur, montând țevile la o pâlnie, în care se șoptește și comprimând alternant țevile.

Procedeu *Nadoleczny*. Simulantul trebuie să învețe să citească numerile de pe buzele medicului ce reușește foarte repede și ușor. La examen, medicul — care numai el este vizibil bolnavului — mișcă buzele și formează silabe fără înțeles. O a doua persoană — care nu poate fi văzută de simulant — șoptește concomitent numerile. Dacă simulantul repetă cuvintele este prins și s'a dovedit că aude.

La surditate simulată bilaterală.

Proba de citire *Lombard* se bazează pe faptul că acela care aude își mărește inconștient și involuntar intensitatea vocii la zgomot mare (de exemplu în tren). Lăsăm pe acela care susține că e surd, să citească cu voce tare și după ce a citit un timp oarecare, producem în spatele lui zgomote tari. Dacă nu aude nimic, nu-și intensifică vocea. Dacă aude, își mărește vocea și o micșorează dacă zgomotul încetează.

Metoda *Brunzlow-Löwenstein* înregistrează mișcări minime ale capului și extremităților cauzate prin excitațiuni sensorice, în cazul nostru auditive. Și aceste mișcări sunt inconștiente și nu pot fi suprimate.

Simulația turburărilor ale aparatului vestibular pot să fie recunoscute mai ușor. Dacă aparatul vestibular reacționează la diferitele probe (calorică, galvanică, rotatorică) normal, acesta pledează contra unei afecțiuni. Dacă se găsește un auz normal, o afecțiune a aparatului vestibular, nu este probabilă. Dacă se găsește o afecțiune a aparatului vestibular, împreună cu o

funcțiune cochleară intactă, aceasta pledează pentr'o leziune centrală.

Simulația leziunilor urechii, mai cu seamă a olitei supurative poate fi recunoscută de obicei, printr'un examen riguros și dacă este nevoie printr'o internare și supraveghere în clinică. Leziunile artificiale ale conductului auditiv și ale timpanului nu pot fi diferențiate morfologicește de cele accidentale. Incercările de a pune în legătură cu un traumatism suferit, alte rațiuni vechi la ureche, cicatrice, perforațiuni ale timpanului, etc., de regulă nu vor reuși din cauza discordanței între datele primite dela bolnav și diagnosticul obiectiv.

În general însă se poate spune că demascarea simulanului este problema cea mai grea în expertiza medico-legală.

Consecințele traumatismelor urechii.

Consecințele traumatismelor urechii pot fi: 1. trecătoare, 2. permanente și 3. mortale.

La consecințe trecătoare și permanente se poate deosebi:

- a) mutilație (pierderea pavilionului urechii, cicatrizarea vicioasă, pareză facială,
- b) turburări funcționale (ale aparatului auditiv, ale aparatului vestibular, și
- c) afecțiuni secundare (supurațiuni și afecțiuni generale pornite dela ureche, septicemie).

Sub leziunile trecătoare se înțeleg acelea, cari decurg cu o restabilire integrală sau o vindecare similară din punct de vedere practic funcțional. Astfel de leziuni sunt, leziuni superficiale ale pielii, excoriațiuni și chiar leziuni mai profunde a părților moi, ce se vindecă fără cicatrice vizibile și fără turburări funcționale. Și o leziune a timpanului ce se vindecă fără infecție și fără turburare auditivă, se poate considera ca o leziune trecătoare.

Ca o consecință permanentă se consideră fiecare leziune care cauzează o alterațiune față de starea anterioară, indiferent că este de o importanță practică sau nu. De exemplu: deformarea pavilionului urechii, îngustarea și atrezia conductului auditiv, perforația timpanică permanentă, concrescențe în urechea mijlocie, pierderea oscioarelor auditive, leziunea ferestrei ovale,

supurațiunea otică, schimbări de tensiune ale lichidului cefalorachidian în labirint, schimbări de circulație în labirint, hemoragii cu organizarea consecutivă a țesutului.

La toate aceste afecțiuni avem sau o turburare a funcțiunii, ori fenomene de excitație, (zgomote subiective, turburări de echilibru).

Un rol preponderant îl joacă otitele supurative prin faptul că în cele mai multe cazuri supurația se datorește numai traumatismului sau ea a fost din nou provocată prin el.

Supurațiunile traumatice, în cea mai mare parte constituie un mare pericol pentru întregul organism. Prin întinderea în vecinătate dau abcese extradurale și perisinuoase, tromboza sinusurilor, labirintită, meningită, abcese cerebrale, infecții generale cu sau fără metastaze.

Ca o leziune permanentă trebuiesc considerate și stările psihopatrice cauzate prin afecțiunile cronice ale urechii.

Moartea subită după un traumatism al urechii, chiar și dacă este interesată și urechea internă, se constată foarte rar. — Moartea întotdeauna este cauzată prin infecțiunea concomitentă a labirintului a meningelor și a sinusurilor.

Diminuarea capacității de lucru prin turburarea funcțională a urechii, prin desfigurare sau mutilație în urma unei leziuni.

Surditatea bilaterală în sensul legii este atunci când bolnavul nu mai poate distinge sunete articulate.

Diminuarea unilaterală a acuiției auditive dacă cealaltă ureche este normală, se apreciază cu 10% invaliditate.

Surditatea unilaterală la o capacitate auditivă normală pe cealaltă ureche, se apreciază pe 15—25% invaliditate. Aci 2 momente joacă un rol; și anume importanța auzului binaural, care este și atunci de o importanță mare, dacă capacitatea auditivă pe o ureche este foarte diminuată, apoi faptul că lezatul nu mai are decât o ureche la pierderea căreia printr'o afecțiune, el nu mai are posibilitatea de a reclama o ridicare a rentei sale.

Surditatea completă unilaterală la o surditate de un oarecare grad a celeilalte urechi, se apreciază în general cu 25—30%, la o surditate mai avansată a celeilalte urechi, cu 30—40%.

Surditatea bilaterală mai puțin pronunțată se evaluează cu 10—20%, ceea intensivă cu 20—40% invaliditate. Ocupațiunea bolnavului joacă un rol important.

Surditatea bilaterală totală se apreciază minimum la 50% invaliditate, dar în cele mai multe cazuri la 100%.

La fenomene de excitație în aparatul vestibular sau cochlear, renta se va ridica în medie cu 10—20%.

Responsabilitatea medicală.

Noul cod penal poate pedepsi orice eroare făcută de medic, deci e bine a cunoaște ce se înțelege prin termenul de responsabilitate, cu atât mai mult, că printr'o justă interpretare medicul va ști să se apere, să fie expert și să se justifice când e acuzat. Este admis azi de toți juriștii și penaliștii, că medicul poate greși, însă sunt unele greșeli scuzabile spre deosebire de cele nescuzabile.

Prin natura exercițiului pentru care a primit autorizația dela stat și consacrarea academică, medicului îi este îngăduit (citat după prof. Kernbach).

1. „Să greșească diagnosticul în cazul când acest diagnostic a fost pus în urma unei examinări conștiințioase, făcută după toate regulile științei medicale.

2. Are toată libertatea de a institui un tratament care i se pare adecvat acelu diagnostic, chiar dacă diagnosticul este greșit și tratamentul în consecință.

3. Deasemenea pentru activitatea chirurgicală, medicul este liber să aleagă procedeul operator, pe care îl socotește mai bun.

Chirurgul poate să intervină fără consimțământul pacientului, în cazurile unde intervenția este dictată de o imperioasă necesitate. Moartea, ca urmare a anesteziei generale, nu poate fi imputată medicului atunci, când felul operației dicta o atare anestezie și dacă narcoza a fost aplicată după un examen prealabil a operatului, iar administrarea dozelor s'a făcut cu luarea în seamă a regulilor științifice.

4. Eșecul unui tratament indicat nu poate duce la pedeapsă sau daună.

5. Accidentul și starea de necesitate scutesc pe medic de urmări.

6. Nu poate compărea în fața comisiunilor de disciplină și în fața instanțelor, medicul, care a respectat prevederile legilor și regulamentelor chiar dacă odată cu respectarea acestora s-au produs pagube, afară de cazul, când aplicarea dispozițiilor legale ar fi dus la pagube cu totul disproportionale, față de câștigul pe care l-a avut un particular sau societatea, în apărarea unui interes sanitar.

7. Nu răspunde sub nici o formă medicul de actele celui ce-l ajută, dacă acesta a fost supravegheat și îndrumat și dacă auxiliarul nu a fost recrutat chiar de el, și iar nu răspunde în cazul, când auxiliarul face o intervenție independentă (narcoza).

Erorile cari duc la pedepsirea medicului sunt cele grave, cele nescuzabile. Elementele acestor greșeli sunt: eroarea să fie gravă și să dea dovadă de ignoranță, imprudență, neglijență, să se găsească un prejudiciu și în fine între eroare și prejudiciu să fie legătură cauzală.

Cu expertiza medico-legală să se ocupe numai acela care posedă cunoștințele necesare în materia aceasta, încât cunoaște și limitele ei. Aceasta cu atât mai mult, cu cât în timpul din urmă responsabilitatea medicului este tot mai sever judecată și de tribunale și de public. Limitele normalului trebuie să fie cunoscute aceluia, care vrea să aprecieze patologicul. Pentru a se feri de erori chiar și variațiunile individuale în cadrul normalului trebuie să fie cunoscute.

Medicul are de apreciat valoarea urechii rănite în raport cu valoarea sa anterioară. Pentru a evalua exact științific incapacitățile cauzate de un accident, este nevoie de a se fiine seamă de starea rănitului înaintea acestui accident. Este deci de o importanță capitală întrebarea că traumatismul a acționat asupra unei urechi sănătoase, sau unei deja bolnave.

Nu întotdeauna se poate rezolva întrebarea aceasta ulterior. De obicei starea funcțională a urechii, înaintea traumatismului, expertului nu-i este cunoscut. Anamneza la acești bolnavi va fi întotdeauna corectată de ei, în favorul lor, nu numai din cauza, ca să aibe avantaje materiale prin traumatismul suferit, ci și că de multe ori, acești bolnavi sunt în eroare despre valoarea urechii lor.

ETATE ȘI SEX	FELUL RĂNIRII	DIAGNOSTIC CLINIC	Durata tratament.	TRATAMENTUL	Vindecare	Invaliditate
I. 22 ani bărbat	lovit cu piatră	fractura traumatică a vârfului mastoidei stg.	40 zile	antrotomia radicală	vindecat	0%
II. 67 " "	corp strein, lemn	corp strein, otită medie stângă	6 "	paliativ	"	10%
III. 45 " "	corp strein, chibrit	otită medie, mastoidită stângă	31 "	evidare	"	10%
IV. 37 " "	împușcătură	distrugerea regiunii mastoidiene și fistulizare	24 "	plastie a fistulei	"	25%.
V. 16 " "	corp strein	otită medie supurativă, mastoidită	31 "	evidare petromastoidiană	"	20%
VI. 18 " "	lovire	otită medie traumatică	10 "	conservativ	"	10%
VII. 26 " "	lovitură de palmă	otită medie, mastoidită, surditate	12 "	mastoidectomie	"	30%
VIII. 58 " "	idem	otită medie traumatică mastoidită	74 "	mastoidectomie	"	30%
IX. 20 " fem.	cădere	otomastoidită cronică stângă, fistula canalului semicircular extern	24 "	evidare petromastoidiană	ameliorat	40%

X.	2	„ copil	idem	surditate	10	„	conservativ	status quo	50%
XI.	22	„ bărbat	idem	otită medie cronică	23	„	idem	ameliorat	10%
XII.	24	„ „	lovit cu un lemn	surditate, leziunea traumatică a timpanului dr.	26	„	idem	„	50%
XIII.	54	„ fem.	lovită de un cal	fractura bazei craniului, otită medie, mastoidită	7	„	mastoidectomie	decedată	
XIV.	8	„ copil	lovire	mastoidită cronică, abces superioară	17	„	evacuare petromastoidiană	vindecat	10%
XV.	21	„ bărbat	lovitură de pumn	otită medie cu reacție mastoidiană	5	„	mastoidectomie	„	10%
XVI.	46	„ „	accident	otită supurată stângă surditate	29	„	conservativ	ameliorat	25%
XVII.	12	„ „	cădere de pe pom	tumoare în conductul auditiv extern	9	„	extirparea tumoarei	vindecat	0%
XVIII.	34	„ „	zgomote	surditate profesională	12	„	paliativ	status quo	75%

Este cunoscut că o surditate de un oarecare grad sau o surditate unilaterală totală poate să fie necunoscută individului care o are.

Deci reclamațiunile otologilor, că și medicii practiciani să și însușească cunoștințele necesare expertizei în otologie, sunt juste, întrucât medicul practician are prilejul să facă prima ceretare după un traumatism și datele relevate la aceasta ocazie sunt de o importanță covârșitoare.

Cercetările ulterioare de multe ori nu mai pot elucidă perfect chestiuni importante, cu toate cunoștințele specialiste și metodele cele mai perfecționate. Și stabilirea unei turburări funcționale în legătură cu traumatismul, este posibilă numai imediat după ce a acționat traumatismul.

Privit din acest punct de vedere rolul medicului practician și specialist în stabilirea unor astfel de date, este determinant.

În redactarea unui act de expertiză medico-legală nici judecătorul — care poate să decidă independent și chiar în contra expertului medico-legal — nici medicul nu poate să procedeze schematic în ce privește aprecierea incapacității de lucru sau a invalidității ci trebuie să considere particularitățile fiecărui caz. Ocupațiunile ca de exemplu C.F.R.-ul sau lucrătorul pe o linie de C.F.R. sau la o șocă cu o circulație mare și repede, funcționarul la telefoane, cari cer în cea mai mare măsură o capacitate auditivă bună, trebuiesc judecate cu totul altfel decât profesiunile la cari capacitatea auditivă este de o importanță relativă.

Este într'adavăr însă tot atât de nedrept, să obligi printr'un act de expertiză nesincer întocmit, pe patron sau societatea de asigurare să plătească o pierdere pe care lucrătorul n'a suferit-o în realitate, după cum nedrept este, să răpești asiguratului renta de accident la care el realmente are dreptul.

Din aceste motive redactarea unui act de expertiză medico-legală trebuie făcută întotdeauna cu toată grija, precizând în mod detaliat leziunile constatate și indicând în acealș timp, dacă este vorba de o incapacitate temporală, permanentă, parțială sau totală.

Prin aceasta nu ne expunem pe noi înșiși la riscuri de ordin penal și evităm totodată procese multe neplăcute și costisitoare.

Analizând cazurile de traumatisme de urechi internate în Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj, constatăm următoarele:

Traumatismele sunt rare la copii (2 cazuri). Ele sunt mai frecvente la bărbați (14 cazuri); la femei le-am găsit în 2 cazuri.

În ce privește etatea, traumatismele s-au găsit până la vârsta de 20 ani, în 5 cazuri, mai des între 20—50 ani, adică 10 cazuri și peste 50 ani 3 cazuri.

În etiologia traumatismelor urechii, rolul cel mai mare îl joacă lovirile (9 cazuri), căderile (4 cazuri), corpii streini (3 cazuri).

Traumatismele urechii duc mai frecvent la o otită medie și mastoidită și anume în 66% de cazuri.

Timpul necesar vindecării a fost variat până la 10 zile în 4 cazuri, între 10 zile și o lună în 12 cazuri, peste o lună în 2 cazuri. Maximul de timp necesar vindecării a fost de 74 zile.

Am evaluat teoretic incapacitatea cu care au rămas bolnavii în urma vindecării leziunii. Deși acest lucru este dificil, întrucât trebuie ținut seama de starea urechii înaintea traumatismului, starea urechii după tratament, starea urechii nelezate, etc., am făcut comparație cu leziunile cazurilor noastre și cele descrise în diferitele ghiduri-baremă după cari evaluarea incapacității în cazurile noastre variază între 0—75%.

Factorii cari contribuie la diminuarea auzului auditiv deseori sunt necunoscuți. Cifrele date mai sus rămân pur teoretice, deoarece acuitatea auditivă nu a fost determinată în multe cazuri, în momentul consolidării anatomice.

Concluziuni

1. În Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj au fost tratați ambulant în anul 1934, 4734 de bolnavi, dintre cari 1800 cu afecțiuni ale urechii. Perforația traumatică a membranei timpanale am găsit-o în 12 cazuri (9 bărbați, 3 femei) adică 0.66%. În anul 1935 în ambulanța cliniceii au fost tratați 6066 de bolnavi, dintre cari 2065 cazuri otologice. Perforația traumatică a timpanului am găsit-o în 10 cazuri (7 bărbați, 3 femei) adică 0.48%.

Rezultatele obținute sunt în limita procentelor stabilite de autorii streini (Zaufel, Passow. 0.43%—2, 16%).

Ele sunt mai des datorite traumatismelor directe și mai frecvente la bărbați decât la femei.

2. În ce privește corpii streini, în anul 1934 la același număr de cazuri am găsit 30 de bolnavi (20 adulți, 10 copii) adică 1,66%. În anul 1935, 22 de cazuri (16 adulți, 6 copii) adică 1.06%. Numărul lor mai mare la adulți se explică prin obiceiul de a combate durerile auriculare în mediul rural, prin diferite substanțe introduse în conductul auditiv extern (usturoiu, brânză, etc.)

3. În clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj, au fost internați în cursul anilor 1930—1936, 18 cazuri de traumatisme ale urechii, reprezentând un procent de 3.82% față de numărul total (471) al bolnavilor cu boli de urechi.

Frecvența traumatismelor urechii relativ mică față de traumatismele oculare (21.61% după colegul Popa Solomon) se explică prin faptul că urechea este un organ bine apărat prin situația sa anatomică.

4. În etiologia traumatismelor urechii, rolul cel mai mare îl joacă lovirile, corpii streini și căderile.

5. Traumatismele urechii duc mai frecvent la o otită medie și mastoidită (66%).

6. Timpul necesar vindecării, sau ameliorării la bolnavii internați în Clinică, variază dela caz la caz. Astfel am întâlnit vindecări în decurs de 5 zile, reprezentând cel mai scurt timp, și vindecări în decurs de 74 zile, reprezentând maximum de timp.

7. Gradul de incapacitate pe baza consolidării anatomice și conform baremurilor streine în cazurile noastre variază între 0% și 75%.

Cluj, 3 Noemvrie 1936.

Văzută și bună de imprimat

Decanul Facultății de Medicină
(ss) Prof. Dr. D. MICHAİL

Președintele tezei

(ss) Prof. Dr. M. KERNBACH



Bibliografie.

1. *M. Kernbach—N. Romanescu*: Hotarul tradițional și legal al profesiei medicale. Cluj, 1935.
2. *M. Kernbach*: Curs de medicină legală. Cluj, 1935.
3. *Karl Amersbach*: Ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde. Verlag Urban u. Schwarzenberg 1931.
4. *C. Cotuțiu*: Noi considerațiuni asupra accidentelor de muncă. Extras din Revista de Igienă Socială No. 1, 2, 6, 9.
5. *Vaida-Voevod Aurel și Weinstein Iuliu*: Leziunile traumatiche ale membranei timpanale. Extras din Clujul Medical. No. 9. 1935.
6. *Apostol Od.*: Medicina și aeronavigația. Clujul Medical. No. 11. 1932.
7. *Lucien Moyet*: Barème, Paris 1932.
8. *Popa Solomon*: Oftalmologia în activitatea medico-legală. Teză de doctorat Cluj, 1936.
9. *R. Imhofer*: Gerichtliche Ohrenheilkunde. Leipzig, 1920. (Kurt Kabitzsch.)
10. *A. Passow*: Die Verletzungen des Gehörorgans. Wiesbaden, 1905. J. F. Bergmann.
11. *Denker—Kahler*: Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Verlag Springer—Bergmann. Berlin—München.