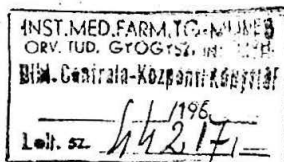


Contribuțiuni Clinice relative la Colesteatomul Urechii

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 19 NOV. 1936

ALBU BELA IULIU
fost extern al Clinicilor.

23 MAY 2005



CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE
Strada A. Vlahuță No. 3.
1936.

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

Decan: Prof. Dr. MICHAÏL D.

Profesori:

Clinica stomatologică	D-1. Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	” ” <i>Bologa V.</i>
Microbiologie	” ” <i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ” <i>Botez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană	” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	” ” <i>Popovici Gh.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ” <i>Grigoriu C.</i>
Semiologie medicală	” ” <i>Goia I.</i>
Clinica medicală	” ” <i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală }	” ” <i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }	
Medicina legală	” ” <i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	” ” <i>Popovici Gh.</i>
Clinica oftalmologică	” ” <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ” <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ” <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ” <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ” <i>Papilian V.</i>
Fiziologia umană (supl.)	” ” <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ” <i>Buzoianu Gh.</i>
Balneologie	” ” <i>Sturdza M.</i>
Clinica dermato-venerică	” ” <i>Tătaru C.</i>
Clinica căilor urinare	” ” <i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică	” ” <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	” ” <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	” ” <i>Vasiliiu T.</i>



JURIUL DE PROMOTIE

Președinte: D-nul Prof. Dr. *Buzoianu*

Membrii: { ” ” ” *Papilian*
 ” ” ” *Bologa*
 ” ” ” *Aleman I.*
 ” ” ” *Michail*

Supleant: Dl. Doc. Dr. *Vancea*

WILDE: „Cât timp o ureche
supurează nu putem ști când,
unde și cum se va termina“.

Colesteatomul urechii.

Prin colesteatom înțelegem o formațiune tumorală — nodulară de aspect alb sidefiu lucitor, formată dintr'o masă stratificată asemănătoare bulbului de ceapă, fiind compusă din lamele epiteliale cornificate, între starturile cărora se găsește o mare cantitate de grăsime și de colesterină, limitată la exterior de celule epiteliale. Sediul cel mai frecvent este aditusul, antrul, și cavitatea timpanică. Se mai poate întâlni excepțional în celulele mastoidei precum și în sistemul nervos central, fiind așezat sub arachnoidian, mai ales pe pia mater.

Istoric: Colesteatomul a fost văzut pentru prima dată de *Dupuytren*, care a găsit în urechea cadavrului unei fete autopsiate o formație tumorală curioasă, pe care nu o putea interpreta. Mai târziu îl găsim descris de anatomo-patologii *Cruveilhier*, *Rokitansky* și *Virchow* în prima jumătate a secolului trecut sub diferite denumiri. Numele de colesteatom a fost dat de *Johannes Müller* bazat pe bogăția extraordinară a tumorei în colesterină. Primii autori n'au putut da o explicație plauzibilă etiologică și patogenetică, totuși au făcut legătura între Colesteatom și otitele medii supurate cronice. Însă în medicină cu mult mai des, ca în celelalte științe mai pozitive neștiința se maschează și se învelește cu doctrinele teoriilor, cari adesea fiind dogmatice prin autoritatea științifică al celui ce a emis-o poate împiedica pentru un bun timp progresul științei. Așa era și în privința patogeniei Colesteatomului. Anatomo-patologii emit teoria „tumorii sui generis“ care se menține până la *intervenția Oto-Rino-Laringologiei*, care începea să apare ca o știință bine întemeiată. Otologii *Gruber* 1862 și *Von Tröltsch* 1868 au fost primi cari au negat natura tumorală veritabilă a Colesteatomului și i-au dat o explicație mai plauzibilă,

susținând că ar fi o formațiune secundară, provenită dintr'un proces primitiv, cum ar fi supurația cronică a urechii medii. După ei celulele descuamate prin inflamație, se aglomerează în bloc dând aspectul tumoral caracteristic. După aceste prime explicații mai mult sau mai puțin apropiate de rezultatele cercetărilor actuale ale otologilor și anatomo-patologilor, redau în cele ce urmează rezultatele cercetărilor, cari încă nici astăzi nu sunt în unanimitate admise de toți autorii.

Înainte de intra în subiectul propriu zis al tezei, cred absolut necesar de a reda câteva date sumare de embriologie și anatomie topografică, privitoare la urechea medie.

Embriologia urechii medii: Urechea medie cu oscioarele ei se formează din primele două arcuri, respectiv, prima despicătură branchială. Terminația primului arc branchial formează nicovala și ciocanul. Scărița se formează din terminația arcului hioidian, pe seama cartilagiului Reichert. Prima despicătură branchială endodermică formează trompa lui Eustache, cavitatea urechii mijlocii acoperind oscioarele ei de natură mezodermică. Conductul auditiv extern se formează din prima despicătură branchială ectodermică, iar timpanul din lama obturantă a lui His. Urechea mijlocie este deci formată dintr'un diverticul endodermic provenind din faringe și acoperind oscioarele de natură mezodermică.

Anatomia urechii medii și a cavităților anexe: Urechea medie — *casa timpanului* — este o cavitate în masivul temporalului, așezată între urechea externă și internă. Conține oscioarele auditive, comunicând înainte cu faringele prin trompa lui Eustache, înapoi cu cavitățile mastoidiene. Este tapetată de o membrană mucoasă. Casa timpanului o putem considera ca o cavitate cubică având 6 pereți.

Perețele extern este în centru format de membrana timpanică, ușor oblică în jos și înăuntru, cu o ombilicație sub centrală, dând inserția ciocanului. Partea superioară mai subțire, poartă numele de membrana flacidă a lui Shrapnell. Membrana este formată dintr'un strat mijlociu fibros, acoperit în afară de un strat cutanat, înăuntru de mucoasa casei timpanice. În rest acest perete este format printr'un inel osos, care în sus și în jos ia numele de reces epi- și hipotimpanic.

Peretele intern, sau labirintic în partea centrală prezintă o proeminență mamelonată promontoriul cu canalele nervului lui Jakobson. Tot pe această față întâlnim fereastră ovală, închisă prin baza scăriței și fereastră rotundă, închisă printr'o membrană specială. Tot pe acest perete întâlnim o mică depresiune „sinus timpanic“ și o proeminență piramida.

Peretele superior, răspunde feței antero superioare a stâncii și este format dintr'o lamelă osoasă subțire „tegmen timpani“, care separă casa de cavitatea craniană.

Peretele inferior, sau jugular răspunde fosei și golfului vinei jugulară.

Peretele posterior sau mastoidian prezintă un canal „aditus ad antrum“, conducând în cavitățile mastoidiene. Sub aditus avem orificiul de intrare a nervului coardei timpanului.

Peretele anterior sau tubâr e ocupat în mare parte de orificiul timpanic al trompei.

În cavitatea casei timpanului găsim oscioarele auditive (*ciocanul, nicovala și scărița*), fiind articulate între ele, formând un lanț neîntrerupt, transversal dela pârtelele extern până la pârtelele intern. Casa timpanului în toată întinderea sa este tapetată de o mucoasă subțire transparentă, intim aderentă de periostul subjacent. La nivelul oscioarelor ea se reflectează asupra lor, acoperindu-le în așa fel încât ele rămân extramucoase. La nivelul aditusului se continuă cu mucoasa celulelor mastoidiene. Istologic este formată dintr'un strat de epiteliu, dispus pe un chorion și formând câteva glande.

Aditus ad antrum face comunicația între urechea medie și cavitățile mastoidiene. Aceste celule sunt șapte în partea petro-mastoidiană a temporalului. De obicei aceste celule sunt dispuse în jurul unei cavității centrale mai mari, „antrul mastoidian“ comunicând între ele și cu antrul. Majoritatea acestor celule sunt pneumatice tapetate de mucoasa casei timpanului și sunt considerate ca diverticuli casei. Altele sunt apneumatice și sunt umplute cu măduvă roșie.

Vase și nervi. Arterele. Foarte numeroase și provin din artera stilo-mastoidiană, timpanică, meningee mijlocie, arterele faringiene și din carotida internă.

Venele și mai numeroase decât arterele, trec prin orificii

comune, fie spre cavitatea craniană, fie spre *fosele sub craniene*. *Limfaticele* formează rețele sub choriale abundente.

Nervii sunt motori, senzitivi și simpatici, provenind din ganglionul otic, facial, Jacobson și plexul carotidian.

Anatomia patologică. Anomalo patologic Colesteatomul este constituit din celule epiteliale keratinizate degenerate. Ne interesează pe de o parte *produsul patologic colesteatomatos*, iar pe de altă parte *leziunile de vecinătate*, determinate de prezența acestui produs: Sediul cel mai frecvent al colesteatomului urechii este atico-adito-antral, de unde poate să se propage în diferite părți ale casei. Este excepțional ca un colesteatom să ia naștere în partea anterioară și inferioară a casei sau în regiunea tubară. La aceste nivele găsim cuiburi săpate în masivul temporal, în cari găsim mase tumorale — nodulare, albe-gălbui, de aspect sidifiu lucitor, având o consistență mai mult, moale. La un examen minuțios vedem că această masă ușor rotunjită are o structură lamelară mult asemănătoare bulbului de ceapă. Examenul microscopic ne arată că aceste lamele concentrice sunt formate din celule epiteliale cornificate, conținând eleidină și keratohialină, în cantitate respectabilă, iar între lamele sunt corpusculi de grăsime și multe macrofage, pe cale de degenerescență grăsoasă. Numărul elementelor degenerate se sporește spre centru, formând aici o masă necrotică grăsoasă, bogată în lipoizi, grăsimi neutre, cristale de acizi grași și mai ales în colesterină. Masa colesteatomatoasă este o masă moartă, pe cale degenerativă, însă la periferie este înconjurată de o zonă generatorie, foarte activă, *esențială* a procesului, formată din elementele constitutive ale unui epiderm normal, neavând însă papile. Istologic acest strat este format din mai multe rânduri de celule epidermice bogate în eleidină, iar cele din straturile superficiale în keratină, având o tendință vădintă la descuamare. Aceste straturi de epitelii sunt dispuse pe un țesut, conjunctiv abundent vascularizat, țesutul nutritiv al epiteliului, care tapetează în întregime cavitatea colesteatomatoasă, separându-o de periostul subjacent.

Leziuni de vecinătate. Osul care înconjoară Colesteatomul se rezoarbe pe măsură ce acesta crește. Procesul de

osteită distructivă, rarefiantă, după majoritatea autorilor s'ar datora presiunii directe, exercitate de Colesteatom în desvoltare, pe osul vecin. În colesteatom închis, această modalitate de distrucție este admisă unanim de autori. La colesteatoamele cari comunică larg cu exteriorul prin orificiul natural al conductului auditiv extern și unde o eventuală presiune mărită în cuibul colesteatomatos, s'ar putea egala ușor prin comunicare directă cu exteriorul, fără să producă compresiunea mai însemnată al pereților osoși. Autorii au căutat o altă explicație a rezorbției osoase. *Steinbrugge* presupune că celulele epiteliale al colesteatomului au o acțiune identică cu osteoclastele, deci o acțiune chimică disolvantă directă asupra osului, pe care sunt dispuse. Teoria e greu de acceptat, știind că celulele colesteatomatoase sunt separate de osul subjacent prin stratul conjunctiv vascularizat.

În 1891 *Kirchner* prezintă la secțiunea otologică a congresului internațional de medicină ținut la Berlin, o serie de secțiuni osoase, în cari el descrie niște celule epidermice și resturi colesteatomatoase în canalele haversiene vecine, unde ele ar determina o acțiune distructivă, fie pe cale chimică, fie pe cale mecanică. Rezultatele cercetărilor lui *Kirchner* sunt susținute de *Khun* și *Politzer*. Acești doi autori] explică recidivele după operație grație acestor celule și resturi intra-haversiene. Cercetările ulterioare n'au verificat constatările lui *Kirchner* și actualmente rezorbția și *recidiva kirchneriană* e problematică. Astăzi domină teoria rezorbției prin presiune explicabilă chiar și în cazurile de colesteatom deschis, după cum vom vedea într'un capitol următor.

Rezorbția poate lua proporții considerabile, stabilind o comunicație directă a focarului, colesteatomatos cu creierul, urechea internă, canalul facialului, sinusurile venoase, fosa jugulară etc. Tot prin acest mecanism de distrucție dirijat în afară poate produce o evidare spontană și vindecare consecutivă, dar mult mai des fistule cutanate, cari vor figura ca puncte de plecare a supra-infecțiunilor cavităților și ale masei colesteatomatoase precum și ale numer oaselor complicațiuni septice de obicei fatale.

Etiologie și patogenie. Cum ajung aceste celule epidermice proliferante în interiorul cavităților otice sunt două explicații date;

1. După prima teorie colesteatomul este *secundar* - otitelor medii cronice, suferate anterior.

2. A doua teorie consideră colesteatomul ca o formațiune *primitivă* patologică, independentă de orice supurație premergătoare.

Varietatea mai des întâlnită este cea secundară.

I. Modul de formațiune a colesteatomului secundar:
Sunt două explicații date: a) migrația epidermului, b) metaplasia prin supurație sau desicație.

1) *Imigrația*: Teoria a fost întemeiată de *Bezold*, *Habermann*, *Lemaitre* și susținută de *Politzer*. După această explicație Colesteatomul în majoritatea cazurilor este produs prin penetrația epidermului conductului auditiv extern în cavitatea timpanică printr-o perforație a membranei timpanale în partea ei posterioară și superioară, corespunzătoare membranei flacide a lui *Shrapnell*. Perforația supero-marginală epitimpanică numai în 45% a cazurilor dă colesteatom. Se crede că numai infecțiunile puțin virulente a casei sunt capabile de a da naștere la Colesteatom. În celalalte cazuri epiteliul imigrat ia parte în procesul normal al vindecării, în cicatrizare. Se pune întrebarea pentru ce nu e o imigrație epidermică și în caz de perforație centrală sau anterioară a timpanului. După *Politzer* epidermul meatului are o putere *proliferativă*, mult superioară epidermului membranei timpanice ori în perforația epitimpanică tocmai acest epiderm al meatului este excitat și intră în proliferație, imigrând în casă, fiind favorizată și de presiunea negativă din casă. În perforațiile anterioare și centrale, epidermul timpanal slab prolific n'are tendință de imigrație.

2) *Metaplasia*: A) Prin supurație cronică: această teorie se bazează pe faptul că epiteliul casei în urma acțiunii iritante a supurațiilor cronice, poate să sufere o epidermizație. După opinia mai multor autori epiteliul casei prezintă variațiuni considerabile după regiunile respective. Astfel mai în totdeauna este cilindric cu cili vibrațili pe planșeul casei, cubic pe promontoriu și pavimentos în aditus, antrum și celulele mastodiene. Este natural, că acest ultim epiteliu este mai susceptibil pentru metaplasie și astfel ar fi explicabilă frecvența mai mare a Colesteatomului în aceste regiuni. Ace-

astă teorie e mai plauzibilă decât precedenta. Singură obiecție este că după această teorie Colesteatomul ar trebui să fie mai frecvent.

B) *Prin desicație*: este teoria lui *Wyatté-Wingrove*, în care metaplasia ar fi produsă printr'o desicație a urechii medii, analoagă metaplasiei prin desicare în prolapsul rectal, uterin etc. Deci dacă prin perforația întinsă a membranei timpanale, tensiunea vaporilor scăzând în casa timpanului, suprafața epiteliului devine uscală, se va descuama și se va aglomera. Nici teoria aceasta nu e admisibilă, fiindcă desicația de fapt nu poate exista, dată fiind supurația cronică. Pe de altă parte în perforațiunile largi ale timpanului procesul se termină cu vindecare prin cicatrizare și nu prin transformare colesteatomatoasă.

II. Colesteatomul primitiv. Astăzi nu se mai pune la îndoială formarea colesteatomului în cavitățile osului temporal fără nici o supurație anterioară. De obicei în asemenea cazuri timpanul este intact, de aspect normal, iar Colesteatomul găsit are o origine primitivă, este deci un neoplasm. Se crede că în asemenea cazuri este un *rest de țesut embrionar, inclus în cavitățile* și care dintr'o cauză oare care insuficient cunoscută intră în proliferație dând neoplasmul colesteatomatos. Proliferația activă printr'unul din mecanismele văzute în capitolul anatomiei patologice poate să determine comunicația cavității colesteatomatoase cu exteriorul, infecția secundară a colesteatomului și supurația. După această teorie nu există decât colesteatom primitiv și supurația cronică nu este altceva decât o complicație secundară. Ca argument al acestei teorii autorii invocă următoarele: A) în antecedentele bolnavilor rare ori găsim un debut brusc cu simptomele generale și locale ale unei otite medii supurate, ci din contră un debut silențios lent imperceptibil o evoluție lentă, mult timp a sau oligosimptomatică, ducând la supurație. Fenomenele acute eventuale nu însemnează debutul ci complicații date de evacuare insuficientă a puroiului format prin infecția secundară a masei colesteatomatoase. B) În cavitățile temporo-mastoidiene s'au găsit colesteatome concomitent cu atrezia sau inperforația conductului auditiv extern. C) Din lucrările lui *Mac Donal*,

Crytchley și *Fergus-Ferguson* și a altora cunoaștem tumori colesteatomatoase întra-craiene, așezate subarahnoidian la baza creierului, pe cari le interpretează de asemenea ca formațiuni primitive, rezultate din incluziuni epidermice embrionare.

Simptomatologia. *Simptome Subiective:* Colesteatomul evoluează cu simptomele otitelor medii cronice. În Colesteatom fără complicațiuni simptomele subiective sunt foarte reduse, ca de obicei în toate otitele medii cronice. Epidermizarea casei timpanului descuamația keratinizarea retenția celulelor descuamate deci creșterea volumului colesteatomului nu sunt acompaniate de nici o senzație dureroasă. Procesul poate evolua ani de-a rânduri, fără acuze subiective. Numai o mică parte a bolnavilor se plânge de senzație de presiune difuză în urechea bolnavă, de amețeli sau de sgomote subiective. Amețelile se explică prin comprimarea aparatului vestibular, iar sgomotele supra adăugate probabil prin labirintite. Și una și alta numai în cazuri excepționale figurează în acuzele bolnavilor. În schimb foarte dese sunt tulburările de gust cari interesează cele $\frac{2}{3}$ anterioare homolaterale ale limbii și sunt explicabile prin comprimarea nervului coardei timpanului. De obicei simptomele subiective sunt mai bogate dacă simptomele locale supurative sunt manifeste și mai ales dacă avem vre-o complicație.

Simptome obiective *Simptome locale.* Sunt predominante de procesul supurativ. Cantitatea secreției este foarte variabilă, atât cantitativ, cât și calitativ. În caz de perforație epitimpanală, adesea secreția este minimală mai mult uscată cu predominanța crustelor. Cu mărirea perforației — probabil aici intervine deja suprainfecția masivă — cantitatea puroiului va crește, devine unsuroasă, caseoasă, sfărâncioasă, cu resturi de epidermă și având un miros foarte caracteristic *fetid*. Câte odată cantitatea de secreție e așa de mică încât stiletul acoperit de vată și introdus sub controlul otoscopic în casa timpanului abia va fi umectat. De obicei și în cazurile acestea mirosul și examenul microscopic ne furnizează date prețioase. Imaginea otoscopică e greu de interpretat în cazurile incipiente, fiindcă colesteatomul survine de obicei după perforațiuni epitimpanale, cari

sunt greu de observat și de diagnosticat fața de perforațiunile centrale și centromarginale. În cazurile tipice prin orificiu vedem ieșind un puroiu cu miros fetid, iar orificiul este inconjurat de lamele albe sidonii caracteristice.

Simplome auditive, sunt de mare importanță în cursul evoluției Colesteatomului, deoarece aceste simptome odată restabilite rareori regresează în urma tratamentului. Mecanismul *hipoacuziei și a surdității colesteatomatoase* nu este unitară. Ea poate fi în funcție de deranj în conductibilitatea aeriană sau poate fi cauzată de o labirintită. Surditatea Colesteatomatoasă deci recunoaște doi feluri de mecanisme patogenetice: prezența masei colesteatomatoase în casa timpanului care va cauza o *surditate cu caracter de transmisivitate*; pe de altă parte masa tumorală prin iritația cronică a a labirintului (fie prin presiunea de contact, fie prin puroiul stagnant, dar mai des prin amândoi factori) concomitent cu prezența obstacolului în calea auditivă — determină și o labirintită difuză incompletă, caracterizată printr'o *surditate mixtă* și prin importante *semne vestibulare*.

Surditatea cu caracter de transmisivitate va fi caracterizată prin dispariția percepției sunetelor joase, păstrarea încă a unui grad de percepție a vocii șoptite. Weber-ul lateralizat de partea bolnavă; Rinne negati; Schwabach prelungit.

Mult mai des întâlnită este surditatea mixtă, cu predominarea simptomelor de labirintită difuză incompletă. Intre acuzele subiective a bolnavului întâlnim sgomotele subiective de timbru înalt. Simptomele auditive obiective sunt: ridicarea limitei inferioare și scoborârea limitei superioare a câmpului auditiv. Scurtarea duratei de percepție a tuturor diapazoanelor; Schwabach scurtat; Rinne pozitiv sau variabil.

Dacă e interesat și vestibulul, între acuzelē subiective a bolnavului întâlnim amețeli frecvente, iar la explorarea obiectivă se constată o hipoeccitabilitate vestibulară, nistagmul rotator și caloric se produc slab, și deabia după o excitație mai intensă.

Eveluția și complicațiunile. Otalgiiile și cefaleele rebele precum agravarea și sporirea simptomelor su-

biective denotă o complicație restabilă sau în curs de restabilire. Durerile otice vehemente adesea se explică printr'o otită externă difuză sau circumscrisă secundară. Sau prin tumefierea Colesteatomului consecutiv unei mărimi a virulenței infecțiunii sale, presiunea excitată pe pereții cuibului de masa astfel crescută de volum va cauza durerile. Inșă cauza principală a durerilor rămâne obliterarea căilor de drenaj și prin acesta retenția puroiului. Obliterația poate fi cauzată prin bucăți mai voluminoase detașate din masa Colesteatomului cari antrenate de puroi, vin și obstruiază canalul de scurgere. În cazurile acestea durerile sunt foarte mari, survin în formă de crize otaligice transfixiante. Obliterarea poate fi cauzată și de țesutul de granulație și în special prin polipii, cari iau naștere în jurul focarului colesteatomatos sau în jurul orificiului de perforație timpanală, datorită cauzei iritante a supurației cronice. Polipii astfel desvoltați sunt antrenați de puroiu, în sensul curgerii acestuia și ajungând în orificiul de perforație timpanală, prin obliterația acestuia sunt cauzatoarele durerilor. Durerile persistă până ce polipul în urma presiunii puroiului, aglomerat în casa timpanului, se va naște în conductul auditiv extern. Colesteatomul prin mărirea lui în volum pe de o parte, iar prin separația și aglomerarea de puroi în urechea medie printr'unul din mecanismele de obliterare văzute, pe de altă parte, produce distrucții osoase, întinse și grave. Se produc procese osteitice, carii osoase (osteomielite localizate), cari vor distruge osul deschizând drumul puroiului înspre craniu și determinând *complicațiunile intra-craniene* a Colesteatomului *ca abces extradural, subdural, meningite, menigoencefalite, abces cerebral, tromboflebita sinusurilor durei — mater, edem cerebral*, etc. sau înspre fosa jugulară dând tromboza și *tromboflebita golfului și a venei jugulare*, înspre canalul carotidian dând *hemoragii fudroaiante sau piohemii mortale*, înspre canalul facialului dând nevrita și *paralizia tip periferic a facialului* sau înspre urechea internă dând o *labirintită* și *distrucția labirintului*, o *nevrită tip degenerativ a acusticului*. Aceste complicații odate stabilite dacă nu sunt urmate de intervenția precoce sau chiar și cu intervenția chirurgicală precoce sunt adesea ba chiar *mai în totdeauna fatale*.

În cazurile fericite când distrugerea osoasă interesează peretele mastoidian extern, tabloul clinic este acelaș cu al unui acces de mastoidită acută, ce survine în cursul unei otoree cronice și anume apare o umflătură dureroasă cu roșeața și edemațierea pielei în dosul pavilionului. La palparea se simte subțierea peretelui mastoidian care e redus la o coajă subțire osoasă ce se lasă ușor deprimată de presiunea degetului, iar din conduct se elimină un val de puroiu, dacă transitul nu e obstruat. Dela această fază mai lipsește un pas până la *evidarea spontană* urmată de vindecare spontană. Această modalitate evolutivă e destul de rară. O eventualitate și mai rară este expluzarea colesteatomului prin trompa lui Eustache în faringe.

Diagnostic. În toate cazurile de otoree cronică cu perforație epitimpanală, dacă puroiul are un miros fetid putem suspecta prezența unui Colesteatom. Constatărea otoscopică a unei perforațiuni epitimpanale însă nu este o dovadă sigură de Colesteatom, deoarece nu toate supurațiunile cronice cu perforație epitimpanală arată tendință de metaplazierea epiteliului timpanal sau de o hiperplazie a epidermului meatului și consecutiv o imigrație epidermică în casa timpanului. De aceea diagnosticul de Colesteatom nu se va pune pe o simplă perforație epitimpanală în lipsa semnelor de certitudine a Colesteatomului. Aceste *semne de certitudine sunt*: 1) vizibilitatea lamelor epidermice albe gălbui sidefi în cavitatea perforată. 2) Evacuarea maselor colesteatomatoase prin spălătura casei cu o canulă Hartmann introdus prin orificiul de perforație în așa mod ca orificiul intern al canulei să fie dirijat în sus spre aditus. 3) Raclarea regiunii antrale cu o curetă specială. Dacă prin aceste metode n'am putut pune în evidență masa colesteatomatoasă însă secreția are un miros fetid pronunțat care se menține după băi auriculare antiseptice repetate și făcute metodic, diagnosticul de Colesteatom se impune. *Rejtő* face un *diagnostic chimic al Colesteatomului* introducând în casa timpanului chloroform. Aspirând chloroformul peste 10—15 minute în lichidul aspirat face reacția pentru cholesterină (Bloor). Adeseori se întâmplă că otoreea lipsește, sau e extrem de redusă. În asemenea cazuri prin orificiul de perforație timpanală introducem în partea postero superioară a casei un stilet înfășurat cu vată și la extragerea stiletul vom examina gradul de umezire al vatei precum și mirosului pe care îl prezintă. Examenul macro și microscopic al secreției poate să ne indice calea diagnosticului adevărat. Un puroi fetid, caseos sfărâmicios cu un conținut bogat în cholesterină cu celule keratinizate pledează pentru Colesteatom. Aici amintesc că în caz de colesteatom colesterinemia normală de 130—

170 mgr. p. 100 este crescută până la 190—220 mgr. p. 100. Radiografia ajută diagnosticul unui colesteatom imprecis afirmat. Colesteatomul apare ca o pată clară înconjurată de o zonă periferică opacă datorită reacțiunii osteifice condense.

Prognosticul unei otite cronice cu colesteatom care n'a fost tratat în totdeauna e rezervat. Un colesteatom poate evolua ani de-a rândul mai rar decenii asimptomatic sau cu simptoame puține și necaracteristice și se poate vindeca excepțional dela sine printr'o evidare petromastoidiană spontană. Am văzut deja că această modalitate de evoluție este extrem de rară. În majoritatea cazurilor Colesteatomul cronic supurat netratat sau insuficient tratat prin complicațiile deja văzute, în totdeauna foarte periculoase quo ad vitam, duce la moarte. În aceste cazuri netratate cuvintele celebre alui Wilde și astăzi sunt valabile, fiindcă întradevăr *o ureche cât supurează nici odată nu putem ști când, unde și cum se va termina*. În cazurile când se face un tratament corespunzător, sistematic și când la începutul tratamentului nu putem pune în evidență nici o complicație dintre cele văzute prognosticul quo ad vitam e bun. Vindecarea definitivă fără recidivă reușește rar. Recidivele sunt frecvente după tratament medical. Prognosticul recidivelor este incomparabil mai bun în caz de tratament chirurgical radical (evidare petromastoidiană). În privința prognosticului quo ad auditionem trebuie să fim rezervați. În majoritatea cazurilor auzul se va ameliora considerabil deodată cu încetarea supurației. În multe cazuri însă defectele auditive odată instalate nu se pot influența prin tratament.

Tratament. Orice Colesteatom însemnează un pericol pentru cel — ce-l poartă. Datoria otologistului la cea mai mică bănuială de Colesteatom în cursul otitelor medii supurate cronice este un examen conștiincios, diagnostic cât se poate de precis și precoce, informația bolnavului de maladia pe care o are și de pericolele pe care le prezintă atât quo ad vitam, cât și quo ad sanitationem et auditionem precum și indicarea tratamentului celui mai potrivit. Cu toate că în terapeutica Colesteatomului tratamentul conservativ medical a adus progrese frumoase, singurul eficace pentru prevenirea recidivelor a rămas tratamentul chirurgical radical evidarea petromastoidiană, indicată de toate lumea de specialitate și de Dl. prof. Buzoianu directorul clinicei Oto Rino Laringologice din Cluj, care prin acest tratament radical a obținut rezultate frumoase și o statistică cât se poate de favorabilă și lipsită de recidive.

Tratament conservativ, al supurațiilor colesteatomatoase este foarte dificil. Procesul patologic se

petrece mai mult în aditus și în antrum foarte greu accesibile prin căile auriculare naturale. Aditusul prin care antrul comunică cu casa este îngust și dificil permeabil produsului purulent încărcat cu lamelele epidermice numeroase. Spălăturile auriculare simple rămân fără efect, soluția neputând intra în casa timpanului în cantitate suficientă din cauza orificiului mic de perforație, obstaculă prin eventualele resturi obturante. Pentru a spăla casa soluția trebuie introdusă prin canale speciale (Hartmann) îndreptate în așa mod ca jetul să atingă direct peretele posterior al casei, deci aditusul. Soluții mai des uzate sunt: Acid boric 4%, Lisol, Perhidrol, Alcool, etc. În cazuri cu trompa lui Eustache liberă, spălătura e urmată de dușuri de aer politzeriene pentru uscarea cavităților spălate, în cari se va introduce acid boric pulverizat, sau o soluție de acid boric și salicilic, cu efect desinfectant. *Clinica Dlui Prof. Buzoianu es'e în contra spălăturilor în caz de otită supurată, deoarece spălăturile precum și însuflățiile, împing puroiul sub presiune în antrum, ducând la mastoidite* Granulațiunile și polipii, cari favorizează stagnarea materiilor putride, la începutul tratamentului vor fi raclate cu curețe speciale. Prin acest tratament bine condus într'un mare număr de cazuri putem suprima supurația și mirosul fetid caracteristic. În aceste cazuri vorbim mai bine de o vindecare aparentă decât de o vindecare reală propriu zisă, deoarece după un timp mai mult sau mai puțin lung de asimptotism survin recidive. Din acest motiv bolnavul trebuie avertizat la începutul tratamentului de aceste eventualități foarte frecvente, cari fac ca tratamentul medical să se prelungească uneori ani de zile. După stabilirea unei vindecări aparente, bolnavul trebuie revăzut din două în două luni mai ales pentru motivul că în recidivă simptomatologia adesea e atât de atenuată încât numai un examen otoscopic conștiincios poate fi relevatoare. În cazurile de eșec terapeutic conservator, înainte de a recurge la tratamentul operator radical putem încercerca extragerea oscioarelor auditive (ciocan și nicovala) mărind astfel cavitățile timpanică și înbunățăind astfel condițiile de spălătură respectiv de vindecare. Rezumând cele spuse vedem că tratamentul medical al Colesteatomului este foarte îndelungată, foarte anevoioasă, plină de recidive cerând o mare paciență atât din partea bolnavului cât și a medicului, și numai rareori ducându-ne la vindecare completă. Acest tratament nu-l vom aplica decât la bolnavii inteligenți și cu situație socială care permite cheltuelile de timp și de bani necesare la un tratament atât de îndelungat sau în cazurile de contraindicație operatorie netă, (casexie, boli cardiace, tuberculoză evolutivă, vârstă avansată, etc.) cari ar periclita prognosticul operator.

Dl. Prof. Buzoianu nu admite tratamentul conservativ al colesteatomului, decât în cazurile unde bolnavul nu primește sub nici un pretext operația. D-lui face un tratament medical temporar, în vederea operației radicale, numai în cazurile unde o intervenție momentană este contraindicată, cum ar fi o insuficiență circulatorie în perioada de compensată.

Tratamentul operator. În caz de Colesteatom cu mici localizații numai în antru, pentru vindecarea completă ar putea fi suficient o simplă antrotomie. Dată fiind că nici odată nu putem fi singuri de o localizare așa de precisă a procesului pentru vindecarea permanentă durabilă se impune tratamentul radical, evidarea petro-mastoidiană, care constă în deschiderea aditusului, antrului, evidarea casei timpanului de oscioarele auditive și transformarea casei a aditusului și a antrului într-o singură cavitate lipsită de orice conținut. Căile și procedeele prin cari se ajunge la acest rezultat sunt multiple. Mă dispenez de a le descrie pe fiecare metodă, amintesc numai că în clinica Dlui. Prof. Buzoianu evidarea petro-mastoidiană se face după procedeul Schwartz e cu rezultat foarte bun post operator imediat și tardiv.

Timpul operației sunt următoarele: (resumate după manualul recent apărut al Dlui Prof. Buzoianu).

1° *Anestezia* care poate fi generală sau locală. Anestezia locală trebuie făcut separat pentru conductul auditiv extern, timpan, casa timpanului, regiunii retro auriculare și retromastoidiane, și pentru conca. 2° *Incizia planurilor* moi în șantul retroauricular. 3° *Decolarea periostului* regiunii antro-mastoidiene, liberarea peretelui post. a conductului și a spinei lui Henle. 4° *Liberarea conductului* printr'un depărtător automat. 5° *Explorarea regiunii operatorii* meatul auditiv osos, conductul auditiv osos, spina retromastică, linia temporală. 6° *Căutarea și deschiderea antrului* (după Schwatze). 7° *Lărgirea antrului* cu ajutorul dălți și chiuretei, având grija de sinusul lateral. 8° *Deschiderea aditusului* prin ablația peretelui extern. 9° *Sculptarea masivului facial* care desparte în cele două treimi casa de cavitatea antrală. Este un timp foarte delicat. 10° *Chiuretajul casei și ablația oscioarelor* 11° *Plastica conductului și a condei*, adică adaptarea conductului membranos la noua cavitate osoasă. Se poate face după mai multe procedee. 12° *Tamponarea* cavității de evidare cu meșe de tifon iodoformat. 13° *Sutura retroauriculară* o executăm numai în cazul când sinusul sau meningele nu au fost descoperite de procesul osteitic sau în timpul chiuretajului. De obicei vom trata plaga în mod deschis. Ulterior se poate face o plastie cutanată retroauriculară.

Incidente operatorii (resumate după manualul recent apărut al Dl. prof. Buzoianu). *Dificultatea găsirei antrului, des-*

cooperirea sinusului lateral și a meningelor, fistula labirintică și atingerea nervului facial.

Complicațiuni postoperatorii: paralizia nervului facial, de ordin inflamator, infecțiile endocraniene (tromboflebite, meningite de altfel rare); complicațiuni labirintice (nystagm postoperator) pot fi date de o simplă iritație a labirintului sau de labirintite; supurația plăgii operatorie ușor evitabilă prin asepsie, pericondrita pavilionară duce la deformații a pavilionului; stenozarea conductului auditiv extern prin osteoperiostitele productive; întrebuințarea iodoformului produce dermatite și congestii locale. Intre complicațiunile postoperatorii, ca excepțională putem întâlni recidivele colesteatomului. Astăzi evidarea petro-mastoidiană este o operație aproape fără nici un pericol în mâna specialistului bine pregătit. Rezultatele postoperatorii imediate și tardive sunt cât se poate de bune (vezi cazuistica).

Observațiuni Clinice.

Observația I. B. I. 39 ani, căsătorit, zidar. Intrat în serviciul clinicii O. R. L. în ziua de 14 Aprilie 1935.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: în vârsta de 7 ani a suferit de o boală pe care nu-o poate preciza și după care acuitatea auditivă a ambelor urechii a diminuat considerabil.

Istoricul boalei actuale. Boala actuală datează de șase săptămâni, a debutat cu dureri mari localizate în urechea dreaptă. După câteva zile regiunea retroauriculară și mastoidiană din partea dreaptă se tumefiează, devine fluctuantă, și după 4 săptămâni de evoluție se deschide spontan în șanțul retroauricular. Prin fistula astfel formată se elimină o cantitate considerabilă de puroiu. Fistula nu se închide spontan pentru care fapt bolnavul decide să se interneze în serviciul clinicii.

Starea prezentă. Sub febril. Starea generală proastă. În regiunea retroauriculară dreaptă se constată prezența unui orificiu prin care ese o secreție purulentă fetidă. Explorând cu sonda, orificiul se continuă printr'un traect cu conductul auditiv extern, care este strâmtorat și aproape complet obstruat prin cruste aderente. După spălături repetate cu apă oxigenată și sol. de carbonat de sodiu, crustele se detașează, și prin conductul strâmtorat putem explora membrana timpanică perforată larg în partea posterioară. Prin spălarea casei cu canula Härtmann în soluția uzată putem identifica câteva resturi colesteatomatoase. Acuimelia ne arată o di-

minuare pronunțată al acuității auditive. Vocea șoptită nu este percepută. RW: negativ.

Dg: *Otită medie supurată, cronică, colesteatom al casei, fistulă retroauriculară prin pereții posterior al conductului auditiv extern.*

Se procedează la evidarea petro-mastoidiană în ziua de 16 Aprilie 1935, în narcoză cu eter.

Operator: Prof. Buzolanu.

Ajutor: Dr. A. Teodorescu.

După două zile febrile (37^{04}) postoperatorii, febra scade la normal, pansamentele se reînnoiesc tot la două zile. Starea generală se îmbunătățește considerabil și bolnavul părăsește clinica cu plaga retroauriculară aproape complet închisă în ziua de 30 Mai 1935, urmând să-și continue pansamentele la locul de ubicajie.

Observația II. Ō. C. de 35 ani, căsătorită, casnică. Intrat în serviciul clinici O. R. L. la 14 Iunie 1935.

Antecedente heredo-colaterale: nimic deosebit.

Antecedente personale: Înainte cu 10 ani a suferit de de otită supurată dreaptă. Neagă boli infecto-contagioase.

Debutul bolii actuale: Boala actuală datează din toamna anului 1934, când în urma unei răceli, apare o scurgere purulentă din urechea stângă. Otoreea evoluează mult timp fără nici un acuz subiectiv. În luna Mai 1935 otoreea se acompaniază și de dureri, vălșturi amețeli și de o diminuare al acuității auditive. Neliniștită de aceste simptome intră în serviciul clinicii.

Starea prezentă: Afebrilă. La examenul obiectiv se constată o otoree stângă. Puroiul este gălbui cremos, având un miros caracteristic felid. La spălătura auriculară în lichidul folosit am putut pune în evidență lamele epidermice albe-sidexii. La acuietrie constatăm ridicarea limitei inferioare, scurtarea duratei de percepție a tuturor diapazoanelor. Schwabach prescurtat; Rinne+; Proba calorică și rotatorie provoacă un nystagm slab. RW: negativ.

Dg: *Colesteatom al urechii medii cu prinderea parțială a cocleei și a vestibulului.*

Se procedează la evidarea petro-mastoidiană în narcoză cu eter.

Operator: prof. Buzoianu.

Ajutor: Dr. Bărany.

A doua zi după operație temperatura se urcă la 37^{07} . După reînnoirea pansamentului temperatura scade la normal, și de aici înainte mersul postoperator este afebril. Bolnava părăsește serviciul clinicii în ziua de 30 Iunie 1935 fiind vindecată.

Observația III. B. R. de etate 24 ani, servitoare,

necăsătorită. Intră în serviciul clinicii O. R. L. din Cluj la 17 Aug. 1935.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: În copilărie a suferit de pojar, scarlatină rujeolă. Mensruală la 14 ani, ciclul menstrual, evoluiază regulat.

Istoricul boalei actuale. Boala actuală debutează în luna Oct. 1934 cu cefalee, amețeli dureri foarte vehemente în urechea dreaptă cu iradiere în regiunea retroauriculară. După câteva zile de dureri, apare o otoree dreaptă purulentă. Durerile după o durată de 2 săpt. cedează, otorea însă persistă, cu totul că bolnava urmează un tratament medical. Din 15 Iulie 1935 durerile reapar, bolnava e cuprinsă de accese de amețeli, otoreea ia un caracter fetid. Ingrijorată de aceste simptome se internează în clinica O. R. L. în ziua de 17 Aug. 1935.

Starea prezentă: Bolnavă de statură mijlocie cu țesut adipos și muscular bine dezvoltat. Starea generală mulțumitoare. Ca acuze subiective prezintă cefalee permanentă și vertij. La examenul obiectiv se remarcă o otoree fetidă a urechii drepte. La examenul otoscopic curățind conductul auditiv ext. de puroiul care-l umple întâlnim membrana timpanală larg distrusă, redusă la un inel îngust periferic. Mastoida sensibilă la presiune. Acuitatea auditivă față de vocea șoptită mult diminuată. Schwabach scurtat, scurtarea duratei de percepție a tuturor diapazoanelor. RW. negativ.

Dg: Otoree cronică; mastoidită complicat cu colesteatom. Se procedează la operație în narcoză cu eter.

Operator al. asist. Naghi Teodor.

Ajutor dl. Dr. Vaida Aurel.

Se face evidarea petro-mastoidiană după metoda deja văzută. După operație bolnava se simte bine, pansamentale se fac cu tamponae cu glicerina iodoformată tot la două zile. După 20 zile pansamentele se reînnoesc tot a 3-a zi, glicerina iodoformată se suprimă și se întrebuintează tifon iodoformat uscat Bolnava părăsește serviciul clinicii în 1 Nov. 1935 vindecată.

Observația IV. B. A. de etate 9 ani. Intrat în clinica O. R. L. la 31. Ian. 1936.

Antecedente heredo-colaterale: nimic deosebit.

Antecedente personale: pojar. Neagă alte boli infecto-contagioase.

Boala actuală și-a debutat de 4 săptămâni, după o gripă, când copilul după câteva zile de otalgii semnalează o otoree stângă, care din zi în zi se intensifică, iar acuitatea auditivă scade rapid. Cu aceste simptome e adus la consultațiunile clinicii.

Starea prezentă: Afebril. La examenul obiectiv se constată o otoree purulentă, fetidă a urechii stângi, cu lamele epidermice caracteristice albe-gălbui lucifori. La examenul cu speculul se vede o mică perforație postero-superioară a timpanului. Mastoida la presiune intens dureroasă. Acuimetria ne arată o ușoară surditate cu caracter de transmisivitate. Weber lafălizat de partea bolnavă. Rinne negativ; Schwabach prelungit, vocea șoptită slab auzită. RW. negativ.

Dg: otită medie cronică supurată, colesteatom al urechii medii, mastoidită cronică reincălzită.

Se procedează la euidare petro-mastoidiană în narcoză cu eter.

Operator: Prof. Buzoianu.

Ajutor: Dr. Bodea.

După euidare cefalea dispare, plaga operatorie evoluează fără supurație. Pansamentele se repetă tot la două zile.

Copilul părăsește serviciul clinicii în ziua de 5 Febr. 1935 pe cale de vindecare, urmând să-și continue pansamentele uscate la un specialist localnic.

Observația V. K. E. 21 de ani, lucrătoare, necăsătorită. Întră în serviciul clinicii O. R. L. în ziua de 21 Aprilie 1936.

Antecedente heredo-colaterale: nimic deosebit.

Antecedente personale: În vârsta de 15 ani a făcut o febră tifoidă. În rest nimic deosebit.

Boala actuală: Bolnava are de 5 ani otoree cronică supurată stângă, care până acuma a evoluat fără dureri. În primăvara anului 1935 otoreea se complică cu dureri penibile mastoidiene, bolnava întră într'un spital din Tg.-Mureș, unde i-se face o intervenție pe mastoida bolnavă, însă supurația continuă și după această intervenție, iar de 6 săptămâni apare în plus o scurgere purulentă din regiunea operată. Cu aceste acuze întră în serviciul clinicii.

Starea prezentă: Starea generală mulțumitoare; afebrilă. La examenul otoscopic vedem o secreție purulentă, gălbuie, cremoasă umeclând conductul auditiv extern. La examenul cu speculul vedem o perforație superioară a timpanului, iar meatul e acoperit de cruste provenite din concretizarea puroiului. În regiunea mastoidiană vedem orificiul traectului fistulos postoperator, prin care iese deasemenea puroiu. Acuitatea auditivă aproape neatinsă. RW: negativ.

Dg: Fistulă mastoidiană stângă post mastoidecdomică colesteatom.

Se face euidare petro-mastoidiană în narcoză cu eter. Ziua operației 27 Aprilie 1936.

Operator: Dr. Naghi Teodor.

Ajutor: Dr. Rădvescu.

După intervenție bolnava se simte bine, starea generală f. bună. Pansamentele se reînnoesc tot la 3 zile. *In ziua de 15 Mai 1936 bolnava părăsește clinica*, aproape complet vindecată urmând să-și continue pansamentele uscate la un medic localnic.

Observația VI. M. R. 26 ani, funcționar, necăsătorit. Intră în serviciul clinicii O. R. L. la 19 Aug. 1936.

Antecedente hereditare și personale. Nimic deosebit. Neagă boli infecto-contagioase.

Boala actuală, datează din vârsta de 4—5 ani, de când are o scurgere purulentă din conductul auditiv drept. Otoreea aceasta a evoluat fără acuze subiective până acum trei săptămâni. când survine o durere în formă de criză otică și care nu dispare nici peste câteva zile. Temperatura arată o tendință de ascenziune, starea generală se agravează, fapte cari îl determine să consulte ambulanța clinicii O. R. L.

Starea prezentă: Febra 27^{05'}; Starea generală proastă. Dureri otice accentuate. Examenul local ne arată o otoree purulentă fetidă, puroiul conținând niște formațiuni lamelare albe-gălbui. Prin speculul timpanic vedem membrana timpanică distrusă în partea superioară. Mastoida sensibilă la presiune. Examenul acuietric ne arată o diminuare a acuității auditive, vocea șoptită slab percepută, Weber lateralizat de partea bolnavă, Rinne negativ, Schwabach prelungit. RW: negativ.

Dg: Otită medic supurată cronică cu reacție mastoidiană colesteatom.

La fața evidare petro-mastoidiană în ziua de 19 Aug. 1936.

Operator: Asistent Dr. Naghi.

Ajutor: Dr. Crintea.

Operația se face în narcoză cu eter. Mersul postoperator afebril. Pansamentele se reînnoesc tot a doua zi. Starea generală bună. Bolnavul părăsește serviciul clinicii în ziua de 29 Aug. 1936, având să și continue pansamentele la locul de ubicațiune.

*

Notă: Din înșirarea acestor cazuri, și din urmărirea rezultatelor obținute prin operația radicală, ne putem convinge că într' adevăr metoda terapeutică cea mai sigură este euidarea petro-mastoidiană. *Tratamentul la un diagnostic de colesteatom este egal cu euidarea petro-mastoidiană cu singura excepție: când bolnavul este rebel la tratament operator și când suntem obligați să-i arătăm să-i demonstrăm calitățile tratamentului operator față de surprizele pe cari le poate aduce tratamentul conservator (prof. Buzoianu).]*

CONCLUZIUNI.

1. *Colesteatomul urechii este o formațiune tumorală-nodulară, constituită de lamele epiteliale cornificate dispuse concentric în interiorul casei timpanului, în jurul unei mase centrale mortificate, bogată în cholesterolină.*

2. *Sediul cel mai frecvent al colesteatomului urechii este regiunea atico-antrală, cavitatea timpanică și celulele mastoidiene.*

3. *Epidermul constitutiv al masei colesteatomatoase provine din epidermul meatului proliferat și imigrat în casă, ori din epiteliul casei prin metaplasie (Colesteatom secundar) sau se dezvoltă primitiv (excepțional) pe seama incluziunilor epidermice fetale (Colesteatom primitiv).*

4. *Mult mai des întâlnită este varietatea secundară provenită după otitele medii cronice supurate cu o perforație epitimpanală. Otitele cronice cu perforația centrală și centroanterioară numai excepțional se complică cu Colesteatom.*

5. *Simptomatologia Colesteatomului latent este analoagă cu a otitelor medii cronice supurate fiind predominată de fetiditatea secreției și de eventuală prezență a lamelilor colesteatomice în puroiul care se scurge din ureche. Singurul semn sigur al diagnosticului îl formează prezența lamelilor colesteatomice fetide pe tamponul de vată al stiletului, cu care ștergem urechea sau în lichidul antiseptic cu care spălăm urechea blocată de puroiu. Adesea colesteatomul este o constatare operatorie în cursul unei evadări petromastoidiene pentru o otită medie cronică supurată rebelă unui tratament conservator medicamentos prelungit și bine condus.*

6. *Prin complicațiunile intracraniene grave frecvente, la cari expune colesteatomul însemnează un pericol continuu quo ad vitam celui ce îl poartă.*

7. *Prognosticul cazurilor simple lipsite de complicații cu intervenție precoce și cu tratament conștiincios este favorabil. Orice complicație stabilită sau în curs de stabilire însemnează un prognostic quo ad vitam cât se poate de dubios.*

8. *Singurul tratament bun recomandat și de clinica Oto Rino Laringologică din Cluj, prin care recidivele se pot definitiv înlăturate, este tratamentul chirurgical radical, evidarea petromastoidiană.*

Decanul Facultății:
(ss.) Prof. Dr. MICHAİL

Președintele Tezei:
(ss.) Prof. Dr. BUZOIANU

BIBLIOGRAFIE.

1. *Prof. Buzoianu*: Activitatea clinicii O. R. L. din Cluj dela 1 Oct. 1934. 1 Ian. 1936. Broșură Cluj
2. *Prof. Buzoianu*: Otita medie supurată acută și cronică în practica medicală. Clujul Medical No. 10. pag. 511, 1935.
3. *Prof. Buzoianu*: Trepanația mastoidiană actuală. Clujul Medical No. 3. pag. 119. 1935.
4. *Prof. Buzoianu*: Un an de internat în specialitate O. R. L. Revista „Spitalul“, Aprilie 1928.
5. *Prof. Buzoianu*: Elemente de otologie un volum. 504. pagini. Cluj Nov. 1936.
6. *Prof. Buzoianu*: Antrotomie complicată tardiv de colesteatom. Spitalul. Martie 1936.
7. *Prof. Buzoianu*: Considerațiuni generale asupra colesteatomului urechii. Spitalul. Oct. 1927.
8. *D. Ionescu, A. Teodorescu și Bodea*: Clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj. Spitalul 11 Nov. 1935.
9. *M. Dan Mackensie*: La pathogenie du Cholesteatome de L'oreille. Rev. Revue de laringologie O. R. No. 2. pag. 353. 1932.
10. *A. Rejtő*: Analyse plus etendue du diagnostic chimique du Cholesteatome de l'oreille moyenne. Rev. Revue de laringologie O. R. No. 3. pag. 403. 1933.
11. *Dr. A. Peroni*: Cholesteatome et Cholesterinemie. Rev. Revue de L. O. R. 10. pag. 1306. 1933.
12. *Maria Bernovits*: Beiträge zur chemischen Diagnose des Chol. Rev. Monatschrift für Ohrenheilkunde No. 8. 1931.
13. *G. Gonfos*: Malformation congenitale de l'oreille avec Cholesteatome primitiv. Rev. Revue de L. O. R. No. 10. pag. 1305. 1933.
14. *M. Ferruccio Fioretti*: Rari ositi spontanei in guangioni di ottomastoidite croniche cholesteatomatose. Rev. Bollettino delle malattie dell'orecchio etc. No. 8. 1931.
15. *De la Bernardie*: Imperforation du conduit auditif ext. Cholesteatome primitif. Evidement petro-mastoidien spontane. Consideration etiologiques. Rev. Annales D'oto-Laringologie No. 9. pag. 952. 1931.
16. *M H. Coboche*: Volumineux Cholesteatome exo-cranien temporo-mastoidien apres evidement. Rev. Les Annales d'oto laringologie No. 3. pag. 311. 1934.

17. *Tamari*: Otite moyenne suppurée chronique compliquée de cholesteatome. Rev. Annales D'oto etc. pag. 1195. 1931.
18. *Denker—Kahler*: Handbuch etc. Berlin 1926. Vol. VII.
19. *Testut*: Traité d'anatomie humaine. Paris 1926.
20. *Laurens*: Précis d'oto rino laringologie.
21. *Ștefaniu Al. și Dumitrescu I.*: Oto mastoidită cronică, Cholesteatom. Abces extradural. Paralizie facială. Rev. Rom. de O. R. L. etc. No. 2. pag. 74. 1935.
22. *I. David—Galați*: Cholesteatom primitiv al osului temporal cu malformațiune congenitală a pavilionului și a conductului auditiv extern. Rev. Rom. de O. R. L. etc. No. 1. pag. 64. 1935.
23. *Day*: Les facteurs etiologiques dans la formation du Chol. Les annales d' O. R. L. pag. 1147. 1935.
24. *Beck*: Sur une cas operé de Chol. primitif de la pointe du Rocher. Les Annales d'O. R. L. pag. 1339. 1930.
25. *Di Vestea*: Cholesteatome de l'oreille et otite moyenne purulente aigue. Il Valsava. No. 10. 1927.
26. *Dr. Verebely*: Sebészklínikai előadások. Vol. II. Budapest. 1933.
27. *Forgue*: Précis de pathologie ext. vol. II. Paris.

