

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

---

---

No. 1075

# CONTRIBUȚIONI ASUPRA CANCERULUI ETMOIDAL



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 25 Febr. 1937

DE

VÂNTU ST. NICOLAE

---

CLUJ  
TIP. „ROMÂNUL S. A.” CLUJ  
1936.

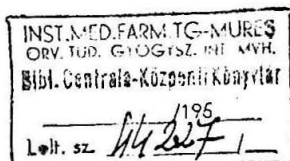
# CONTRIBUȚIUNI ASUPRA CANCERULUI ETMOIDAL



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE \_\_\_\_\_

DE

VANTU ST. NICOLAE



23 MAY 2005

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

Decan : Prof. Dr. MICHAÏL D.

PROFESORI :

|  |           |              |
|--|-----------|--------------|
| Clinica stomatologică.....                 | Prof. 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 .....       | " "       | Drăgoiu I.   |
| Semiologie medicală .....                  | " "       | Gona I.      |
| Clinica ginecologică și obstetricală ..... | " "       | Grigoriu C.  |
| Clinica medicală .....                     | " "       | Hațieganu I. |
| Medicina legală .....                      | " "       | Kernbach M.  |
| Farmacologia și farmacognozia (supl.)..... | " "       | Popovici Gh. |
| Clinica oftalmologică .....                | " "       | Michail D.   |
| Clinica neurologică .....                  | " "       | Mineu I.     |
| Igiena și igiena socială.....              | " "       | Moldovan I.  |
| Radiologie medicală .....                  | " "       | Negru D.     |
| Anatomia descriptivă și topografică.....   | " "       | Papilian V.  |
| Clinica chirurgicală } .....               | " "       | Pop Al       |
| Medicina operatoare } .....                | " "       | Drăgoiu I.   |
| Fiziologia umană (supl) .....              | " "       | Popovici Gh. |
| Clinica infantilă .....                    | " "       | Sturza M.    |
| Balneologie .....                          | " "       | C. Tătaru    |
| Clinica dermato-venerică .....             | " "       | Țeposu E.    |
| Clinica urologică .....                    | " "       | Thomas P.    |
| Chimia biologică.....                      | " "       | Urechia C.   |
| Clinica psihiatrică .....                  | " "       | Vasilii Titu |
| Anatomia patologică .....                  | " "       |              |

JURIUL DE PROMOIUNE

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

" " " I. Hațieganu  
Membrii : " " " D. Mihail  
" " " V. Papilian  
" " " T. Vasiliu

Supleant : Dl. Doc. Dr. P. Vancea

## ISTORIC.

Existența neoplasmelor a fost semnalată încă din timpurile cele mai vechi de *Hippocrate* în tratatul său „de mortis“ unde vorbește de un fel de cancer printre cele șase varietăți de polipi clasați de el; *Guillaume de Salicet* și *Rogerius* impart acești polipi în două categorii: benigne și maligne.

*Celse* în „medicina“ vorbește de carunculi cărnoși ai narinelor, iar *Ambroise Paré*, *Bremac* îi desemnează sub numele de „noli me tangere“ arătând puțină încredere în tratamentul lor chirurgical.

Abea în secolul XIX apar adevărate observațiuni ce menționează cancerul etmoidului. Astfel *Paletta* raportează în teza lui *Casablanca* prima observație clinică cazul unui om tânăr cu cefalee violentă și continuă ce moare în comă. La autopsie se constată o tumoră ce pleacă din partea superioară a fosei nasale și străbătând lama ciuruită pătrunde în craniu. Observația lui *Gerdy* (1883) este identică, numai că distrucțiunile din calea tumorii sunt mai întinse. Cu toate că în aceste observațiuni clinice, examenul histologic lipsește, leziunile întinse distructive par să fie datorite tumorilor maligne cu punct de plecare din labirintul etmoidului.

La 1852 *Robine* descrie sub numele de hipertrofie glandulară o tumoră a cărei natură carcinomatoasă nu poate fi tăgăduită deoarece în mersul său distructiv traversează etmoidul și sfenoidul, determinând o meningită mortală. Tot el este primul, care face și un examen histologic detaliat.

Interesant, însă e cazul lui *Schmtegelou* publicat la 1881 asupra unei tumori maligne situată în celulele etmoidale, îndreptată în creșterea sa către fosele nasale; vindecat în urma mai multor recidive postoperatorii.

*Delstanche* și *Marique* (1884) ne atrage atenția cu un epiteliom al foselor nasale, survenind la un tinichigiu în urma traumatismului. Tumora pare să fie implantată în etmoid, fiindcă la rinoscopia anterioară acești autori observă: „qu'elle n'a aucune rapport de continuité, ni avec le plancher, ni avec la moitié inférieure de la cloison, pas plus qu'avec le cornet inférieur“. Tot în observația lor găsim pe cea publicată de *Wreden* referitor la un tânăr soldat de



22 ani, care în urma unei corize prezintă fenomene de meningită cu o rapiditate particulară ce l'omoară în 8 zile. La autopsie se găsește o tumoră, iar la examenul histologic un sacrom cu mici celule rotunde.

Odată cu lucrările lui *Delaux, Baybay, Barailay, Claverie* apare epoca în care tumorile maligne ale foselor nasale și printre ele ale etmoidului sunt bine studiate atât din punct de vedere clinic, anatomio-patologic cât și histologic. Lucrările, referitoare la tumorile maligne ale etmoidului se înmulțesc. *Schmiegelow* (1885) publică două cazuri de tumori maligne ale foselor nasale — unul al etmoidului. Teza lui *Claverie* (1886) elevul lui *Moure*, semnalează transformarea sarcomatoasă a unui polip din meatul mijlociu.

La 1890 *Plique* se ocupă de diagnosticul și tratamentul tumorilor nasale. *Draifuss* (1892) scrie despre tumorile epiteliale ale foselor nasale. La 1893 *Gouguenheim* și *Helary* într'un articol în „Ann. des mal. de l'oreille“ se ocupă pe larg de tumorile maligne ale etmoidului.

*Brockeart* (1901) este primul care semnalează limfosarcomul osului etmoid.

La 1902 *Bourgeois* își face teza având în observație 3 cazuri: un limfosarcom și două melanosarcoame cu un foarte bun studiu clinic. În anii din urmă studiul sarcomelor e reluat de *Gresjean* care a reunit toate cazurile de tumori maligne publicate în literatura medicală până la el. Din punct de vedere clinic el ne dă un tablou mai detaliat, studiază pe larg diagnosticul diferențial și ne dă câteva indicații asupra tratamentului electrolizei bipolare.

La 1903 *Désourteaux* în teza sa, descrie complicațiile oculo-orbitare a tumorilor etmoidului și ne descrie amănunțit metoda lui *Moure*, etmoidectomia.

*Martene* (1919) ne vorbește de radiumterapia în tumorile maligne ale nasului, naso-faringelui și sinusurilor.

1920 *Moure* publică o observație de tumoră cu propagare indocraniană, iar în 1922 un studiu privitor la tratamentul chirurgical al foselor nasale.

*Moure* și *Hautant* la congresul francez din 1921 ca raportori au arătat importanța radium-terapiei în oto-rinolaringologie.

În fine *Portmann* (1927) publică „Cancerul nasului“, lucrare care mi-a servit de ghid la alcătuirea celei de față. El studiază pe larg tumorile maligne ale nasului, foselor nasale, sinusurilor: maxilar, frontal, etmoidal, sfenoidal și cancerul naso-faringelui atât din punct de vedere clinic, anatomo-patologic, histologic, cât și din punct de vedere al tratamentului chirurgical și radiumterapie, relatând câteva cazuri de vindecare.

## ANATOMIE ȘI HISTOLOGIE.

Cadrul lucrării de față nu ne permite un studiu detaliat anatomic-histologic al osului etmoid, totuși, pentru a înțelege mai bine anatomia patologică, simptomatologia, diagnosticul cât și tratamentul tumorilor din labirintul acestui os vom încerca o succintă excursie în descripțiunea lui.

Etmoidul este un os nepereche, comparat cu o balanță a cărei ax e reprezentat prin lama verticală și a cărei platouri sunt formate din două mase laterale. (Papilian).

Lama ciuruită împarte lama verticală în două porțiuni: superioară — crista gali; inferioară care ia parte la formarea treimeii superioare a despărțitoarei nasului. Ceva mai caracteristică e lama orizontală, care e presărată cu numeroase găurele (25—30) de diferite dimensiuni prin care trec firisoarele nervului olfactiv. Două din aceste găuri sunt mai importante: crăpătura etmoidală și gaura etmoidală anterioară. Din punctul nostru de vedere o importanță deosebită prezintă masele laterale în a căror descriere vom insista ceva mai mult și anume vom insista asupra cavităților pneumatice așa zisele celule etmoidale. Aceste celule sunt atât de numeroase fapt ce a făcut pe unii autori să le numească labirint etmoidal. Zuckerkandl îl numește „carrefour etmoidal” prin faptul că e situat între sinusul frontal, maxilar și sfenoidal și face legătura cu numeroase căi. Anatomicștii împart celulele etmoidale într'un grup anterior ce corespunde labirintului anterior și un grup posterior ce corespunde labirintului posterior. Celulele etmoidale sunt formate din încrucișarea unor lamele subțiri și foarte fragile constituind un loc de minoră rezistență pentru dezvoltarea tumorilor. Unele din aceste celule sunt formate numai de etmoid, altele sunt formate de etmoid și oasele învecinate, sunt celulele etmoido maxilare, etmoido-frontale, etmoido sfenoidale și etmoido-palatine. Ranglaret desparte aceste două grupe de celule printr'o linie îndreptată dela gaura orbitală anterioară către extremitatea posterioară a peretului extern al etmoidului, iar Zuckerkandl și Stănculeanu le separă pe de o parte de fosele nazale prin linia de inserție a cornetului mijlociu, pe de altă parte de orbită.

Labirintul etmoidal este un complex de celule pe care Moure le consideră ca un grup de sisteme separate între ele prin lamele osoase, numite de el „*racines cloisonnantes*”. Aceste rădăcini despărțitoare în traectul lor depășesc masele laterale fiind înafară sub formă de piese osoase

cari toate pot fi considerate cornete. Fiecare cornet acopere un meat unde se deschide un sistem : apofiza unciformă — gutiera unciformă ; bula etmoidală — gutiera retrobulară ; cornetele-meaturile respective.

Este important de cunoscut raporturile dintre meaturi și cornete. Iar din acest punc de vedere o deosebită importanță prezintă cornetul mijlociu și meatul său corespunzător cari în raport cu celelalte sunt ceva mai mari.

Luând în considerare direcțiunea cornetelor observăm că ele raportate la meaturile respective care se găsesc dedesubtul lor au concavitatea în jos și înainte, în timp ce cornetul inferior (apofiza unciformă și bula etmoidală) sunt inversate, fața de meaturile lor, în raport cu primele și întoarse în sus și înapoi. (Siméon).

Pe de altă parte Siméon face următoarea observație : în timp ce cornetul superior cu meaturile lor se găsesc pe peretele intern al masselor laterale, cele inferioare sunt situate pe fața inferioară a acestor masse ; până când cornetul și meatul mijlociu au o situație intermediară. Astfel cornetul mijlociu este o parte constituitivă a peretelui intern a masselor laterale etmoidale și se continuă ca o prelungire a marginii sale inferioare de vreme ce meatul mijlociu corespunzător e pe fața inferioară.

Revenind asupra sistemelor celulare, care după cum am văzut, pentru a fi înțelese mai bine le împărțim într'un labirint anterior și unul posterior. Labirintul anterior cuprinde trei sisteme celulare : sistemul unciform, sistemul meatului mijlociu și sistemul bulei etmoidale. Labirintul posterior cuprinde două sisteme celulare care comunică cu meaturile cornetelor superioare.

## RAPORTURILE ETMOIDULUI.

*Raportul anterior* studiat de Désourteaux prezintă un interes chirurgical. Etmoidul proiectat pe față este cuprins într'un cadru limitat între linia orizontală ce unește rădăcinile sprâncenelor și două linii latero-verticale pornind dela extremitatea orizontalei și terminându se la un cm. deasupra șanțului nazo labial. Pentru a ajunge la etmoid — dela suprafață în profunzime — trebuie să înlăturăm din calea noastră : spina nasală, oasele proprii ale nasului, apofiza ascendentă a maxilarului superior și unghiusul și ne vom găsi în față cu celulele din grupul anterior.

*Raportul extern.* Acest raport a fost studiat de Stănculeanu (în teza sa inaugurală Paris 1902). El numește peretele etmoidal anterior perete oftalmologic pentru a arăta importanța lui de vecinătate cu ochiul și anexelor sale. Peretele extern este constituit din lama papiracee foarte subțire prin transparența căreia să pot vedea celulele

etmoidale. În sus, acest os vine în raport cu frontalul din uniunea cărora rezultă gaura orbitală: anterioară și posterioară. Prin cea anterioară trece nervul frontal intern și ramurile oftalmice, prin cea posterioară — artera etmoidală. Lama papiracee se articulează și cu unghiusul formând celulele lacrimale (etmoido-lacrimale) ce sunt în raport cu sacul lacrimal și canalul lacrimal. Posterior este în raport cu sfenoidul și osul palatin. Aci avem celule sfeno-etmoidale cu importanță deosebită din cauza raporturilor cu canalul optic și fanta sfenoidală.

*Raportul posterior* — e sfenoidul și palatinul.

*Raportul superior.* Lama ciuruită ia parte la formarea peretelui inferior al cutiei craniene, Apofiza crista gali desparte bulbi olfactivi ale căror ramificațiuni trec prin lama ciuruită la mucoasa olfactivă. Tot pe aici trece nervul nasal intern și artera etmoidală. Etmoidul vine în contact intim cu frontalul din care rezultă celulele fronto-etmoidale.

*Raportul inferior.* În jos etmoidul vine în raport cu antrul lui Highmore prin intermediul labirintului posterior. Apofiza unciformă îndreptată în jos ajunge apofiza etmoidală a cornetului inferior. Ele încrucișează orificiul sinusului maxilar împărțindu-l în trei orificii secundare.

## HISTOLOGIE.

Pentru a înțelege mai bine geneza tumorilor vom încerca o scurtă descriere histologică a osului etmoid.

Substanța osoasă a etmoidului derivă din țesut conjunctiv. Ea este compusă din celule stelate (osteoblaste) înglobate într-o masă omogenă de săruri de calciu. Este străbătut de numeroase vase sangvine care vin dela periost ajungând la canelele lui Havers.

*Periostul* este format din două straturi: intern și extern. În stratul intern găsim fibre conjunctive longitudinale și dense, elemente elastice și puține celule conjunctive; cel extern — e format din fibre conjunctive arciforme (fibrele lui Sharpey), fibre elastice, celule conjunctive și câteva elemente adipoase. Periostul prezintă o mare bogăție în vase ale căror capilare pătrund, irigând osul. Rețeaua limfatică e situată în stratul extern.

*Mucoasa pituitară* tapetează etmoidul din spre cavitatea foselor nasale, iar în interior celulele labirintului. Această mucoasă de consistență moale cu rezistență redusă e destul de aderentă de schelet; are o grosime variabilă după punctul considerat. Ea cuprinde un corion și epitelii separate printr-o membrană bazală. Corionul este format din fascicule conjunctive și fibre elastice foarte dense de partea periostului și cu numeroase vase sangvine și limfatice în spre epitelii. Stratul epitelial e compus din celule

prismatice stratificate și ciliate, printre ele câteva celule mucoase. Firicelele nervoase și numeroase glande se găsesc în acest strat.

Din descrierea făcută vom înțelege ușor natura tumorilor corespunzătoare țesuturilor respective.

## ARTERELE, VENELE ȘI LIMFATICILE.

### Arterele.

a) Artera etmoidală anterioară și posterioară — ramuri ale oftalmiceii — se împart în internă și externă, irigând porțiunea superioară a septului și cornetele, anastomozindu-se cu ramura terminală a arterei sfeno-palatină.

b) Sfeno-palatina, ramură terminală a maxilarei, ese din gaura sfeno-palatină și se divide: externă, se distribuie la cornete și; internă — la porțiunea antoro-inferioară a septului.

### Venele.

Grupul venelor eferente superioare se varsă în vâna oftalmică; grupul venelor eferente postero-superioare — în plexul faringian; grupul venelor eferente anterioare — în vâna facială.

### Limfaticile.

Iau naștere în mucoasă la nivelul corionului. Ele formează la origină un sistem perfect închis. Rețeaua limfatică se împarte în două teritorii corespunzătoare zonei olfactive și zonei respiratorii.

Prima se îndreaptă printr'un canal colector înapoi până la partea postero superioară a septului unde se divide în doi pediculi: „unul se îndreaptă înapoi și înafară ajungând pavilionul trompei, celălalt descinde dealungul marginii posterioare a despărțitoareii până la planșeu”. Rețeaua mucoasei respiratorii se continuă înainte cu limfaticile vestibulului și narinelor tributare ganglionilor submaxilari; înapoi formează trei colectoare:

*superior* — tributar unui ganglion faringian lateral și ganglionului situat sub baza craniului la nivelul orificiului extern al canalului carotidian;

*mijlociu* — se varsă într'un ganglion din lanțul jugularei interne;

*inferior* — merge la doi ganglioni din lanțul jugularei la nivelul bifurcației carotidei primitive.

În ce privește limfaticile labirintului etmoidal cu toatecă s'a făcut numeroase cercetări, chestiunea n'a fost pe deplin elucidată. Unii susțin că ar fi în legătură cu limfaticile foselor nasale, alții pretind a fi demonstrat prin injecții cu diferiți coloranți, legătura lor cu a sinusurilor: sfenoidal, frontal, maxilar.

## ANATOMIE PATOLOGICA.

Tumorile maligne ale etmoidului sunt de natură epitelială — epiteliomul; conjunctive — sarcomul.

A) **Epiteliomul** derivă din țesutul epitelial sau glandele mucoasei pituitare.

1. **Epiteliomul cilindric** (Andibert, Duverger) își conservă caracterul său primitiv cilindric. Se dezvoltă din epiteliul și glandele pituitare. Această tumoră este caracterizată printr'un cordon de celule cilindrice cu o stromă conjunctivă densă sau laxă. Celulele cilindrice iau o poziție tubulară, caracter ce face ca tumora să fie confundată cu un adenom. Dar în epiteliom celulele epiteliale sunt neregulate, cilindroide dispuse în mai multe straturi și au nucleu în kariokineză atipică, pe de altă parte peretele acestei pseudoglande nu este vitros și celulele sunt în raport intim cu țesutul conjunctiv. Aceste caractere ale adeno-carcinomelor au fost studiate de F. E. Hopkins și Max Thorner. — Carcinomul este o formă a epiteliomului cilindric descris de T. H. Just, C. C. Collier. Prezintă o stromă conjunctivă delimitând cavități umplute cu celule neoplazice în proliferațiune.

2. **Epiteliomul cilindric coloid** se caracterizează printr'o substanță mucoasă foarte săracă în elemente tumorale, câteva insule de celule epitelioatoase diformate amintind epiteliul cilindric.

3. **Epiteliomul pavimentos** sau **bazo-celular** se caracterizează prin celule prismatice stratificate asemănătoare între ele. Tumora prezintă un țesut conjunctiv de susținere cu un cordon de celule epiteliale embrionare. Nuclei în diviziune kariokinetică.

B) **Sarcomul** ia naștere din țesutul conjunctiv.

1. **Sarcomul cu celule fuziforme** derivă din periost, are o consistență pronunțată. Tumora este formată din celule alungite cu nucleu ovoid foarte bogat în cromatină. Celulele sarcomului emit prelungiri fibrilare (*sarcom fibroblastic*) sau sunt așezate în fascicule dense, lipsite de vase (*sarcom fasciculat*). Nu sunt rare cazurile când tumora prezintă vase de neoformațiune foarte dilatate dându-i un aspect de angiom.

2. **Sarcomul cu celule rotunde** (Burnett, Bourguet) este o tumoră moale, care la secțiuni lasă să



se scurgă un lichid lactescent, prezentând pete brune sau negre cauzate de infracte hemoragice și insule galbene datorite focarelor de necrobioză. (Siméon). Se observă sarcoame cu celule mici rotunde și cu celule mari. Celulele sunt dispuse în grămezi mici traversate de capilare sangvine. Forma aceasta de sarcom e rară, dar extrem de malignă.

3. **Melano-sarcomul** (Burgeois, Lanois) se dezvoltă din cornetul mijlociu sau la nivelul septului. Are o culoare negricioasă, datorită melaninei. Celulele pot fi rotunde sau fuziforme. Se caracterizează prin malignitate extremă și generalizare pe cale limfatică.

4. Prin **mixo-sarcom** înțelegem degenerescența specială a polipului mucos.

## ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE

Localizarea cancerului primitiv la nivelul etmoidului ne având o etiologie aparte, ea fiind aceeași pentru toate tumorile maligne, ne vom ocupa de împrejurările și condițiile cari pot favoriza dezvoltarea lui aici. Vom insista deci, asupra factorilor cari par a juca un rol important în patogenia acestei afecțiuni.

Cancerul etmoidului este o afecțiune relativ rară.

*Curlt* din 10.000 de cazuri de neoplasme relatează unul singur. E drept că statistica lui *Curlt* (1880) a fost făcută într'o epocă când examenul clinic al foselor nasale nu se făcea sistematic, dar nu e mai puțin adevărat, ca în epoca când toate investigațiunile moderne (examen clinic, anatomo-patologic, radiologic, laborator etc.) s'au pus în serviciul omnirii pentru alinarea atâtor suferinți, nu ni s'au adus prea multe cazuri. Din statistica lui *Sekoulitsch* făcută pe 120.000 de bolnavi, dintre cari 1039 au prezentat tumori maligne, vedem numai 15 cazuri de tumori maligne ale etmoidului: 13 epiteliome și 2 sarcoame. În clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj de sub direcția Dlui Prof. Gh. Buzoianu în decurs de douăzeci de luni s'au perindat la ambulanță 10.809 bolnavi dintre care numai un singur caz de cancer al etmoidului (epiteliom bazo celoral la o femeie de 23 ani). Deci, după natura neoplasmului, pare a fi mai frecvent epiteliomul.

Vârsta tânără e predilectă pentru dezvoltarea sarcomului, până când dela 50 de ani în sus întâlnim epiteliomul. Astfel *Portmann* dintre 15 cazuri de tumori maligne găsește 13 epiteliome la bărbați între 48—72 de ani și 2 sarcoame la 2 femei, una de 15 ani, cealaltă avea 18 ani.

Despre influența sexului nu putem vorbi prea mult, totuși se remarcă că bărbații sunt mai des atinși de epiteliom până ce femeile fac mai des sarcom.

Rolul heredității nu este cu nimic devedit. Rasa, însă,

pare a influența întrucâtva, căci s'a observat survenirea cancerului mai des la popoarele civilizate.

În fine amintim ipoteza lui *Verneuil* și elevii săi cari susțin că dezvoltarea neoplasmelor s'ar datora unei „diateze generale” artritice. Această ipoteză n'a fost pe deplin verificată.

În ce privește traumatismul, invocat ca o cauză locală, pare a avea un rol declanșant al acestei afecțiuni: *Delstenche* și *Marique* ne relevă cazul tinichigiului amintit la istoric care a suferit în decurs de patru ani două traumatisme, însoțite de fractura oaselor nasale. Putem încrimina, din antecedenti tele bolnavului acest traumatism cauzator principal al dezvoltării neoplasmului? (*Siméon*).

*Bilangioni* ne vorbește de o femeie care în urma unei răni prin armă de foc, a prezentat un sarcom melanic primitiv. El crede că proectilul în drumul său a inoculat pe mucoasa pituitară celule cromatofore din coroida ochiului rănit.

*Portmann* relevă un fibro-sarcom survenit la un Profesor universitar în urma unui traumatism violent cu o minge de tenis asupra rădăcinii nasului.

Se pare că traumatismul repetat crează o „stare precanceroasă” constătătoare din anumite modificări cicatriciale tisulare care antrenează dezvoltarea tumorilor maligne. Cu toate că o tumoră malignă se poate dezvolta mai ușor pe substratul unei atari cicatrici, rolul cancerizării al acestora rămâne o chestiune mai mult în sarcina viitorului.

Inflamațiile cronice, de lungă durată, constituiesc un permanent spin iritativ al mucoasei pituitare. Catarul cronic, sifilisul, tuberculoza par a pregăti un teren precanceros. Cazul lui *Neumann* e foarte instructiv: un bolnav ce prezintă hipertrofia mucoasei cu excoriațiuni sifilitice întinse când i s'a făcut biopsia s'a constatat țesut tumoral neoplazic malign. *Citelli* și *Calamida* ne semnează coexistența unui endotelion și tuberculoza foselor nasale.

Ca o cauză locală, de prima importanță, vom semnala polipii mucoși, cari localizându-se în meatul mijlociu aparțin etmoidului. Pe acest teren polipos vedem, adesea, dezvoltându-se neoplazii maligne.

*Virchow* e primul care ne atrage atenția în această direcție, apoi *Hofman*, *Schmiegelow*, *Moure* și elevul său *Claverie* studiind chestiunea atât din punct de vedere clinic, cât și anatomic patologic, ne demonstrează histologic pe secțiuni în serie transformarea polipilor mucoși în tumori sarcomatoase. La examenul microscopic al acestor secțiuni, unele părți din tumoră aveau structura polipului mucos, iar altele structura sarcomului; ba chiar s'a putut observa unde începe degenerescența polipului în sarcom. Pe de altă parte *Bayers*, *Schiffers*, *Bertémés* și alți au observat degenerescența lor epitelială.



Degeneresența polipului (de structură conjunctivă) în sarcom e ușor de interpretat, însă transformarea aceluiași polip în tumoră de natură epitelială e o chestiune dificilă.

Bertémés admite, că regula generală — care spune că neoplasiile maligne (epiteliale, conjunctive) derivă din neoplasiile benigne de aceeași natură—sufere excepții. Dealtfel Broeckcart susține „que degenerescence maligne des tumeurs s'effectue dans le sens homoeomorphe“, admițind totuși „posibilitatea transformării unei tumori benigne de natură conjunctivă în neoplasmă malignă epitelială“.

Intrând în discuțiunea patogeniei tumorilor maligne ne isbim, indirect, de cea a polipilor foselor nasale. Portmann ne înfățișează polipii foselor nasale, nu ca niste tumori benigne, ci ca un rezultat al reacțiunii mucoasei pituitare la diferite inflamațiuni cronice și iritații prelungite, aducând în sprijinul tezei sale păreri lui Clair (Lille 1914).

„Les polypes dits muqueux des fosses nasales ne sont pas constitués par du tissu muqueux mais par un tissu conjunctif lâche renfermant dans ses mailles de la sérosité issué de vaisseaux et rappelant un tissu œdématisé. La présence de leucocytes et plasmazellen établit leur origine inflammatoire“. Prin urmare, polipul acoperit cu epiteliul pituitarei, dar lipsit de cili, este un rezultat al reacțiunii particulare a mucoasei pituitare la diferite inflamațiuni cronice. Se pune întrebarea, dacă degenerarea polipului în tumoră malignă, nu ține la aceleași cauze: catar cronic, etmoidite, sinusite, sifilis, tuberculoză, etc.

Examenul histologic ne arată epiteliul mucoasei pituitare transformat, dar regulat dispus la suprafața polipului și complect modificat luând forma cubică, pavimentoasă și răspândit desordonat, anarhic în tumorile maligne.

Observația clinică îndelungată ne arată că nu toate tumorile benigne polipoase au tendință spre malignizare, ci numai un procent foarte redus. Totuși existența simultană a mixomului și tumorile maligne nu exclude posibilitatea transformării celor benigne în maligne, cu toate că în teza sa inaugurală Siméon (1927), elevul lui Moure, susține că dacă țesuturile polipului sunt țesuturi hiperplaziate în urma unei inflamațiuni se vor putea considera aceste țesuturi ca o adevărată stare precanceroasă. Portmann completează că „nu trebuie văzut în aceste doua stări doua stadii diferite ale unui și același proces, cari pot să succedă, să evolueze paralel sau să existe individual fără ca unul să preceadă pe altul“. Inclinașăm a crede, împreună cu Portmann, că mucoasa pituitară va reacționa la unele inflamațiuni sau iritațiuni cronice, prin polipi mucoși, la altele prin degenerescență neoplasică, în fine la altele printr'o tumoră malignă epitelială sau conjunctivă. Pe de altă parte, tumora malignă, constituind ea însăși un spin iritativ a pituitarei de vecină-

tate va determina reacțiunea acesteia din urmă printr'o degenerescență polipoidă benignă.

## SIMPTOMATOLOGIE.

Studiul tumorilor maligne ale etmoidului din punct de vedere clinic cât și al evoluției lor comportă patru perioade:

Prima perioadă sau perioada latentă, când tumora e abia la începutul dezvoltării, evoluează fără simptome obiective evidente și prea puține semne subiective ca să atragă atenția bolnavului; perioada doua sau de obstrucție nasală e caracterizată din punct de vedere anatomic prin creșterea tumorii, care devenind neîncăpătoare în celulele etmoidale tinde la distrucția acestora, făcându-și apariția în fosa nasală respectivă — în această perioadă bolnavul alarmat de o înfundare a nasului ce persistă cu epistaxe repetate se decide pentru consultație; a treia e perioada complicațiilor de vecinătate în care tumora, luând proporții excesive distruge tot ce întâlnește în cale, pătrunzând prin lama ciuruită în craniu sau invadează orbita, sinusurile etc. și de aceea îi vom mai zice și perioada de invadare; a patra e perioada metastazelor la distanță.

Ne vom conforma clasificății noastre și pentru ușurința expunerii cât și pentru a scoate în evidență însemnătatea capitală a diagnosticului — la început — vom descrie simptomele comune tuturor tumorilor maligne a fiicărei perioade, apoi, pentru completarea tabloului clinic, vom descrie numai simptomele speciale fiecărui grup de tumori.

### PERIOADA DE LATENȚĂ.

Această perioadă e caracterizată printr'un debut inșdios și indolent în care timp bolnavul nu acuză prea multe semne de suferință sau dacă le acuză ele sunt prea puțin caracteristice: o jenă unilaterală în fosa nasală respectivă cu o ușoară durere de cap care simulează migrena, înfundarea nasului, scurgerea mucoasă sau mucopurulentă datorite unei corize acompaniată de apitaxisuri repetate cu perioade de recrudescență fără tentință la remisiune vor îngrijora bolnavul. În urma eforturilor făcute de bolnavi — suflându-și nasul — aceste epistaxisuri pot să ia caracterul, uneori, adevăratelor hemoragii cu semnele unei ușoare anemii posthemoragice.

În acest stadiu se poate remarca și o ușoară jenă respiratorie.

Astfel, diagnosticul în această perioadă e foarte dificil, mai ales dacă tumora va rămâne ascunsă în celulele etmoidului sau va crește spre lama ciuruită — rinoscopia anterioară nu ne va arăta nimic; din contră, dacă tumora

va lua o dezvoltare către meatul mijlociu rinoscopia ne va pune în evidență o tumefacție mică, roșietică, ușor burgeo-nată, acoperită cu o mucoasă străvezie prin care se poate vedea cum șerpuesc mici vase sanghine.

Până ce acest debut ne atrage atenția asupra suferinții nasului și bolnavul consultă oto-rino-laringologul vom întâlni un alt mod de debut — foarte rar, care îl face pe bolnav să se consulte pentru suferința altui organ.

Astfel vom întâlni:

a) *Debutul ganglionar* caracterizat prin tumefacția ganglionilor sub și supraclaviculari tributari limfaticilor foselor nasale. Vom constata o masă de consistență dură-cartilagoasă, nedureroasă la presiune, o adenopatie cu caracterul adenopatiei neoplazice.

b) *Debutul auricular* în care scena se deschide printr'o hipoacuzie crescândă sau mai rar printr'o otită medie. Cercetând îndeaproape cauza etiologică acestei otite, descoperim tumora.

c) *Debutul ocular* în care acești bolnavi consultă oculiștii pentru lacrimarea ochiului, conjunctivită sau diminuarea acuității vizuale, exoftalmie, etc.

**Perioada de obstrucție nasală:** Tabloul clinic își schimbă înfățișarea și la simptomele din prima perioadă care se accentuează și mai adaugă altele noi. Secreția nasală, care la început era mucoasă sau mucopurulentă acum devine net purulentă, de o culoare verzuie ce exhală un miros fetid caracteristic. Tumora fiind un element de neoformațiune și bogat vascularizată cu tendință spre exulcerație, epistaxele devin mai frecvente și mai intense producând anemii cașectizante.

*Observația:* I. N. M. 23 ani, de profesiune casnică, intră în serviciul clinicii la 19 Iunie 1935, pentru epistaxis rebel și ușoară exoftalmie dreaptă

Boala actuală a debutat înainte cu două săptămâni prin exoftalmia ochiului drept și epistaxis. Epistaxisurile survineau în repetiție cu perioade de recrudescență fără tendință la remisiune. Tamponamentul nu sista complet sângerarea. În acest interval de timp n'a avut dureri de cap și nici n'a observat vre o înfundare a nasului sau scurgeri muco-purulente în afară de o ușoară jenă în fosa nasală dreaptă, care nu constituia o piedecă însemnată pentru respirație. Pe zi ce trece bolnava simte că să epuizează, iar în ultimul timp nu se mai poate susține pe picioare fără ajutor.

E subfebrilă, pofta de mâncare păstrată, starea generală nemulțumitoare. Tegumentele și mucoasele sunt palide, caracterizând o anemie posthemoragică. La examen, pe lângă exoftalmia ochiului drept, constatăm și un edem roșu palpebral.

*Examenul rinologic.* Prima acțiune terapeutică în clinica O. R. L. din Cluj a fost îndreptată contra scurgerii de sânge din nas care oprea orice examen rinologic amănunțit. Epistaxisul nu cedează însă la simpli tamponamente nasale. Tamponamentul anterior oprește hemaragia în mod temporar — la scoaterea tamponanelor sângele își face din nou apariția.

În această situație se procedează la un tratament general în-

dreptat pentru mărirea coagulabilității sângelui. I se fac bolnavei injecții cu ClCa cari deasemeni nu au un rezultat perfect. Ele diminuează hemoragia fără să o oprească complet. Injecțiile cu ser gelatinat sterilizat zilnic ajutate de tamponament anterior schimbat zilnic reușesc să oprească după 6 zile hemoragia nasală.

După această oprire a epistaxisului examinându-se din nou fosa nasală dreaptă se observă sub cornetul mijlociu, în meatul mijlociu o excrescență neregulată, burgeonată cu aspect tumoral dar nu proemină în fosa nasală. Se face din ea cu ajutorul unei pense Luc o biopsie care la examenul histologic ne dă rezultatul: *corcinom bazo-celular*.

#### *Examenul oftalmologic.*

Ochiul drept: stază papilară cu hemoragii palpebrale (compresiunea nervului optic) și turgescența vînelor retiniene.

Ochiul stâng: normal.

Vederea, câmpul vizual normale

*Radiografia* ne arată în regiunea dreapta a etmoidului o zonă neclară, neprecizată ce se întinde în sns și înafară, cuprinzând orbita și în parte sinusul frontal; în jos parte din sinusul maxilar.

La 5 Iulie 1935 e îndrumată la institutul de cancer pentru radio și radioterapie. După două săptămâni bolnava părăsește institutul în stare foarte gravă. Ulterior ni se comunică sfârșitul ei letal fără a cunoaște dacă moartea a survenit în urma complicațiilor sau unei afecțiuni intercurrente.

Ceeace caracterizează această perioadă, însă, este obstrucția nasală care la început lentă și progresivă devine acum rapidă și totală. Obstrucția nasală este condiționată pedeparte de tumoră însăși, pedealtaparte de reacțiunea pituitarei față de tumoră. Ea este însoțită, adesea, de turburări din partea aparatului respirator cari constau în fenomene inflamatorii acute sau cronice localizate pe aparatul tracheo-broncho-pulmonar, deoarece căile respiratorii superioare au pentru plămâni importanță fizio patologică considerabilă, ele servind la încălzirea, purificarea și umudifierea aerului inspirat. Turburările se repercută și asupra fonației producând un defect la pronunțarea cuvintelor; asupra audiției prin scăderea auzului cu văjieturi și sgomote: asupra olfacției cu anosmie.

Din partea sistemului nervos vom întâlni turburări reflexe datorite iritațiilor zonelor spasmogene ale pituitarei, manifestându se clinic prin dispnee nocturnă.

În rezumat: rinoreea fetidă, epistaxisul, obstrucția nasală cu cortegiul ei de turburări constituiesc triada simptomatică perioadei a doua. Dacă în acest moment vom face examenul rinoscopic, el ne va furniza date prețioase permițându-ne să studiem caracterul tumorii.

## PERIOADA DE INVADARE:

Este perioada în care, datorită complicațiilor de vecinătate simptomatologia va deveni mai bogată. Tumora în

mersul sau invadant va depăși limitele cavităților ce i-au dat naștere luând diferite direcțiuni · înainte — către orificiul narin; înapoi — către naso faringe și sinusul sfenoidal; — în jos — către cavitatea bucală ; în sus — către cutia craniană și sinusul frontal ; în afară — către orbită și sinusul maxilar; înăuntru — către fosa nasală opusă.

Clinic, complicațiunile tumorilor primitive ale etmoidului se vor manifesta printr'o simptomatologie foarte bogată și variată pe care voi încerca s'o schițez aci după Portmann.

**Propagarea anterioară:** obstrucția nasală, diformarea rădăcini nasului, tumefacția obrazului de partea tumorii cari toate contribuiesc la asimetria feții. Examenul rinoscopic ne va evidenția o massă tumorală roșietică, sanghinolentă sau negricioasă sfacelată.

**Propagarea posterioară:** Tumora poată să ia direcția sinusului sfenoidal sau a nasofaringelui. Dacă se propagă către sinusul sfenoidal, uneori se manifestă fără simptome clinice, alteori cu fenomene alarmante cum sunt : cefalee tenace localizată în occipitus, nevralgia trigemenului ; iar dacă din sinusul sfenoidal ia direcția șelei turcești se va manifesta prin fenomene oculare pe care le vom aminti la propagarea superioară.

Invadarea în naso faringe se caracterizează prin hipoacuzie, sgomote în urechi, Rinne negativ, otită catarală în urma căreia poate să survină și o otită medie supurată acută cu complicațiile ei — mastoidită etc.

**Propagarea inferioară:** Cu toate că apofiza palatină a maxilarului superior constituie o barieră solidă, cancerul o distruge făcându-și apariția în cavitatea bucală. Dacă tumora se propagă spre vălul palatin moale, acesta să infiltrează și ulcerează dând turburări de deglutiție și fonație.

**Propagarea superioară:** Să face fie către sinusul frontal când într'un stadiu mai înaintat tumora distruge pereții sinusului ridicând pielea la acel nivel dând o diformație, însoțite de dureri nevralgice faciale și periorbitare, fie că ia direcția etajului anterior al bazei craniului străbătând lama ciuruită. În acest din urmă caz, diagnosticul este foarte dificil, mai ales că evoluează fără simptome caracteristice. Si atunci când se face acest diagnostic este un stadiu terminal, de obicei tabloul clinic e asemănător cu acel al tumorilor dela baza craniului: cefalee; turburări oculare — nevrită optică, ambliopie, hemianopsie; turburări motorii care pot simula o epilepsie idiopatică; turburări psihice.

**Propagarea internă:** Este o complicațiune cu urmări foarte serioase. La început tumora va împinge septul, apoi îl va perfora pătrunzând în fosa nasală opusă și astfel obstruează ambele narine. Consecutiv acestei obstruări vom observa epistaxis și rinoree fetidă bilaterală și respirație

nasală imposibilă urmată de cortegiul simptomatologiei complicațiilor arborelui traheo-broncho pulmonar.

**Propagarea externă :** Să face în sinusul maxilar și în orbită.

a) Invadarea sinusului maxilar: propagarea neoplasmului în sinusul maxilar e o complicațiune frecventă. Atâta timp cât tumora extinsă în sinus nu va depăși cavitatea acestuia vom avea puține simptome: o ușoară durere suborbitară sau dentară. La transluminație sinusul va fi cu mult mai opac decât într'o sinuzită cronică. Dacă tumora a umplut sinusul ea are tendință la extravazare și se va manifesta cu tabloul tumorilor proprii sinusului maxilar.

b) Invadarea orbitei: Peretele intern al orbitei, format din lama papiracee, constituie un obstacol puțin rezistent pe unde tumora își găsește drum spre orbită. Aci va da fenomene de iritație și compresiune din partea globului ocular și anexelor sale.

Portmann, solicitând oftalmologistului Pesme să facă o descriere a acestor fenomene ni-le înfățișează în felul următor: „Invadarea orbitei de tumori maligne care se dezvoltă în vecinătatea sa este o complicație frecvent observată și prezintă o oarecare importanță pentru că constituie, în unele cazuri, prima manifestatiune clinică a existenței acestei tumori“. Sinusurile periorbitare sunt de cele mai dese ori sediul unor atari tumori. Tumorile maligne cu sediul în celulele etmoidale se pot propaga la unul din sinusuri, după cum am amintit deja, iar de aci în orbită.

Limitând spațiul din anunțite considerațiuni, ne vom mărgini a face o descriere succintă a fenomenelor orbito-oculare după clasificarea lui Lagrange.

1. *Turburări datorite acțiunii tumorii asupra globului ocular.* Presiunea asupra globului ocular, exercitată de către tumoră va determina o turtire fie laterală, fie antero-posterioară. Consecința acestor deprimări — miopia și hipermetropia îl fac pe bolnav să consulte oftalmologul. Altădată vom observa o exoftalmie unilaterală. Tumorile cu sediul în celulele etmoidale anterioare determină o exoftalmie laterală — devirea ochiului înafară și deplasarea nasului înăuntru care contribuiesc într'o măsură oarecare la desfigurarea feței, cele cu sediul în celulele posterioare produc o exoftalmie directă. Această regulă stabilită de unii autori poate suferi excepții. Consecutiv exoftalmiei semnalăm leziuni corneene care pot să apară în urma lagoftalmiei.

Van Duyse a raportat un fibro sarcom al etmoidului care prezenta o exoftalmie pulsatilă.

2. *Turburări datorite leziunilor nervoase.* Dacă este interesat nervul optic, turburările vizuale vor fi raportate la gradul leziunii nervului optic. Vom observa deci turburări în câmpul vizual: scotoame, hemianopsii, ambliopii,



amauroză. În legătură cu leziunile nervilor sensitivi și trofici semnalăm revralgii sub și supra orbitare sau maxilare. Sub influența distructivă a tumorii, trunchiul nervos poate să degenereze și vom constata o anestezie t ritorială. Uneori se observă zona Zoster, alteori dureri intense în legătură cu un glaucom, cheratită. Leziunile oculo motorilor se vor manifesta printr'o pareză urma'tă de paralizie. Acești bolnavi acuză diplopia. Formele clinice ale acestor paralizii vor fi diferite după cum tumora ocupă fundul orbitei sau evoluează în partea anterioară. Oculo motorii intrând în orbită prin fanta sfenoidului, unde, când se localizează tumora îi prinde în totalitate și ca urmare oftalmoplegie totală, pe când dacă tumora e în partea anterioară întâlnește firicelele nervoase separat — dând paralizie izolată.

3. *Turburările datorite leziunilor vasculare* nu prezintă importanță deosebită, deoarece vascularizația arterială și venoasă a orbitei o foarte bogată și în caz de obstrucție a unui vas, circulația nu suferă. Totuși s'a observat un edem palpebral și o ușoară stază papilară.

4. *Turburări datorite leziunilor anexelor* vom avea din partea căilor lacrimale care fiind obstruate favorizează lacrimarea ochiului, pleopa poate prezenta o ptoză paralică sau o ptoză în urma infiltrației directe datorită neoplasmului.

Diferitele tipuri de propagare se pot asocia, dând un tablou complex.

*Observația II:* B. C. în etate de 26 ani de profesiune plugar, se prezintă la clinică pentru consultație

Boala actua ă a debutat în Octombrie 1935, cu cefalee violentă, manifestându-se noaptea și iradiind dela tâmples spre occipitus. După două luni bolnavul simte că i se înfundă nasul, fără să aibă scurgeri muco-purulente nasale și nici epistaxis. Observă o tumefacție în regiunea obrazului drept și simte în acelaș timp o umflătură de partea dreapta a bolții palatine în dreptul molarilor. Constată că dinții îi devin mobili.

Alarmat de aceste simptome intră într'un serviciu spitalicesc din Satu-Mare unde i se face un tratament antisifilitic însă fără rezultat. În Martie 1936 este îndrumat la Cluj. Din lipsa de mijloace, pe lângă care și neglijența îl fac pe bolnav să întârzie până la 12 Iunie 1936, când se prezintă la ambulanta clinicei Oto-Rino-Laringologice din Cluj.

*Starea Generală:* bolnavul se simte slăbit, inapetent, afebril. A pierdut din greutate 9 Kgr.

La examen se constată o tumefacție a obrazului drept de mărimea unui ou de găină, cu o culoare roșie-violacee, fără să aibă o consistență apreciabilă. În unghiul intern al ochiului drept se observă o tumoretă cât o a'ună. Șanțul naso genian șters. Rădăcina nasului înfundată. Narinele enorm dilatate, dând aspectul unui nas turtit.

Rinoscopia ne evidențiază o massă tumorală ușor burgeonată, cenușie și acoperită cu secreții murdare. Această tumoră blochează întreagă fosă nasală dreaptă. Din narina stângă apare la exterior o tumoră gris-cenușie ce dilată narina excesiv, contribuind la difor-

marea nasului. In cavitătea bucală se constată o tumoră cenușie-murdară, ce cuprinde întreaga boltă palatină, înglobind și vălul moale, din care cauză bolnavul acuză dificultate la degluțiție și turburări de vorbire.

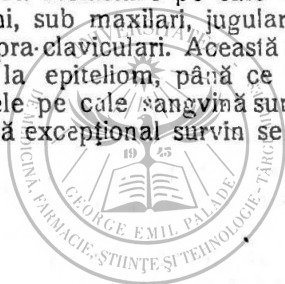
Atât fosele nasale cât și cavitătea bucală exhală un miros fetid, insuportabil.

Se face cu ajutorul unei pense Luc o biopsie din tumora fose-  
lor nasale cât și din cea a boltii palatine. Examenul histologic ne  
arată *originea sarcomatoasă a tumorii*.

Bolnavul fiind într'un stadiu inoperabil este îndreptat pentru  
radio și radiumterapie la institutul de cancer. Actualmente este în  
cursul tratamentului.

## PERIOADA A PATRA SAU METASTATICĂ.

Metastazele se disiminează în diferite puncte ale orga-  
nismului fie pe cale limfatică, fie pe cale sangvină. In general,  
trebuie să recunoaștem că în timp ce complicațiunile de  
vecinătate ale cancerului etmoidului sunt foarte frecvente,  
metastazele limfatiche și sangvine survin destul de rar și  
tardiv. Epiteliomul dă metastaze pe cale limfatică în gang-  
lionii retro-faringieni, sub maxilari, jugulari apoi în ganglionii  
cervicali, sub și asupra claviculari. Această cale de propagare  
e mai frecventă la epiteliom, până ce la sarcom e o  
excepție. Metastazele pe cale sangvină sunt extrem de rare.  
(Portmann). Si dacă excepțional survin se datoresc melano-  
sarcomului.





## DIAGNOSTIC.

Criteriile, pentru punerea diagnosticului de tumoră, le stabilim cu ajutorul numeroaselor investigațiuni ce ne stau la dispoziție:

1. *Anamneza.*

2. *Examen clinic:* a) rinoscopia  
b) endoscopia — ce se efectuează cu un aparat optic perfecționat de Portmann.  
c) Diaphanoscopia — transluminația.

3. *Radiografa.*

4. *Biopsia* este singurul procedeu infailibil prin ajutorul căruia diferențiem natura tumorilor.

Nu trebuie să scăpăm din vedere dificultatea unui diagnostic în perioada primă, când tumora este ascunsă în labirintul etmoidului și ținut cont că este diagnosticată în toate cazurile în perioada a doua unde tumora determină complicațiuni.

Înainte de toate trebuie să ne asigurăm de realitatea tumorii. Odată stabilită, vom face diagnosticul diferențial cu:

A) **corpilii streini anorganici** adeseori se încalvează în fosele nasale. Anamneza adulților ne pune pe calea diagnosticului. Nu este așa ușor la copii unde pot staționa săptămâni sau chiar luni dând turburări ca: obstrucție nasală, scurgere purulentă unilaterală, epistaxis. La examen, cu ajutorul unui stilet vom descoperi corpul strein, fie acoperit de mucoasa roșie-tumufiată, fie înglobat în puroiu.

B) **Corpilii streini organici** (muște, lipitori, exyuri) — anamneza și examenul minuțios ne ușurează evidențierea larvelor.

C) **Rinoliții** sunt corpi streini endogeni formați din fosfat de calciu și magneziu, carbonat și silice. Ei determină obstrucția nasală cu rinorhee fetidă și epistaxis. Pituitara e congestionată și exulcerată la nivelul septului și cornetului. Evoluează benign.

D) **Sifilisul. Accidentul primar** este excepțional.

Fossé relatează un caz de șancru cu localizare la nivelul cornetului inferior. Bolnavul ne consultă p ntru scurgeri muco-sangvinolente, cefalee cu exacerbațiune nocturnă, tumefierea și obstrucția unilaterală a narinelor. Rino-

scopia ne evidențiază o mucoasă inflamată, tumefiată, și o tumoră rotundă sau ovală, ulcerată cu margini tăiate à pic și suprafață neregulată burgeonată. Ea prezintă o oarecare duritate la atingerea cu stiletul. Ganglionii sub maxilari și parotidieni sunt măriți, neexceptând nici ganglionii retrofaringieni inaccesibili.

Evoluția rapidă și tratamentul antisifilitic ne elucidează diagnosticul.

După Fournier șancrul ni se înfățișează sub trei forme :

1. cea descrisă mai sus sau forma erosivă.  
2. forma crustoasă, acoperită cu o crustă brună sau galbenă la ridicarea căreia ne apare o eroziune identică cu cea de mai sus.

3. Forma neoplazică cu totul deosebită de primele pe care Fournier le împarte în :

a) Șancrul papulos este reprezentat printr'o papulă comparabilă ca formă și dimensiuni cu o pastilă de menthă sau ciocolată.....

b) Șancrul papulo-hipertrofic face ca suprafața de conexiune un relief neregulat emisferic de mărimea unei alune comparabilă cu o ciupercă mică.

*Accidentele secundare* sub formă de rozeole sau pete albicioase înconjurate de o zonă roșie se întâlnesc și aici și sunt însoțite aproape întotdeauna de manifestări tegumentare.

*Accidentele terțiare* sub formă de gome în regiunea etmoidală sunt frecvente față de primele care sunt rarități.

În perioada de debut, goma se prezintă ca o tumefacție localizată la nivelul septului osos, câteodată la nivelul planșeului sau cornetului inferior, de culoare roșie închisă, nedureroasă, rezistentă, cu o oarecare duritate. Apoi se înmoaie și duce la formațiunea unei ulcerațiuni cu margini tăiate à pic, mai mult sau mai puțin profunde, cu un fond cenușiu, acoperită de o magmă uscată sau crustă negricioasă a cărei ablație determină neinsemnate hemoragii. Ea nu se acompaniază de adenopatie. Ea determină la început o înfundare marcată a nasului, o obstrucție mai mult unilaterală, o scrugere care în perioada de ulcerație și de sechestre este sero-sangvinolentă cu miros fetid.

Goma sifilitică are o evoluție rapidă, infiltrația, duritatea dispar repede și trec în ulcerație.

Reacția W., tratamentul de probă antisifilitic ne dau îndrumări prețioase.

**E) Tuberculosa.** Dela început putem afirma că tuberculosa primitivă a etmoidului este o afecțiune rară. De cele mai dese ori survine în legătură cu un lupus al nasului sau al foselor nasale. Ea se prezintă ca niște tumorete sesile de o colorație ros palid, înplântate în mucoasa cornetelor și septului fără tendință la ulcerație.

Rueda raportează observația unui bolnav care prezintă o tumoră ros-palidă, obstruând fosa nasală dreaptă și fiind voluminoasă își făcea apariția în narină și se însoțea de diformarea rădicinii nasului. Biopsia a arătat că era vorba de un tuberculom.

**F) Coriza cazeoasă** poate să simuleze un cancer dacă bolnavul este în vârstă înaintată.

La diagnosticul diferențial vom ține seamă pe lângă pseudotumorile amintite și de tumorile benigne, cari, cum am văzut la etiologie și patogenie constituiesc un moment adeseori hotărâtor degenerând în cancer.

**G) Polipii foselor nasale** se găsesc aproape exclusiv la nivelul meatului mijlociu și se prezintă sub patru forme:

1. *Polipul mucos* solitar sau mai mulți să îndreaptă înăinte spre narine. E translucid, de o colorație cenușie cu aspect de brillant. Se recunoaște foarte ușor.

2. *Fibro sarcomul* ia naștere în partea posterioară a meatului mijlociu. Censistența lui e mai mare ca a polipului mucos.

3. *Degenerescența myxomatoasă benignă a etmoidului* se întâlnește rar. Mucoasa are un aspect gelatinos, muriform cu câțiva polipi.

4. *Polipoza diformantă și recidivantă* a tinerilor relievă cauza hereo sifilitică, având următoarea triadă simptomatică:

a) Polipoză generală în ambele meaturi mijlocii;

b) Necroza etmoidală;

c) Diformația hipertrofantă a piramidei osoase.

**H) Adenomul** este extrem de rar.

**I) Fibromul** e adeseori asociat cu sarcomul, dând o simptomatologie asemănătoare datorită dezvoltării sale enorme care duce la diformații, deplasarea ochiului, epiphoră, nevralgii etc. El determină o iritație foarte însemnată a pituitarei, ceea ce poate provoca formarea polipilor mucoși. S'au semnalat hemoragii intense sau chiar mortale dacă nu se intervine la timp.

**J) Osteomul** poate să ia o dezvoltare mare dar nu provoacă niciodată epistaxis. Evoluează foarte lent. În spre fosele nasale mucoasa poate să se ulcereze și infecteze dând loc la o scurgere fetidă. Duritatea lui e caracteristică.

**L) Papilomul** de culoare alb cenușiu are suprafață mamelonată, se localizează fie superior la nivelul lamei ciuruite, fie în meatul mijlociu.

Incheiem această parte, adăugând, că examenul histologic prin biopsie este calea de absolută certitudine care ne dă lumină deplină despre natura tumorilor maligne cât și benigne.

## PROGNOSTICUL.

Este în general grav și cu atât mai grav cu cât ne găsim în faza complicațiilor.

Printre tumorile maligne ale foselor nasale, acelea care iau naștere la nivelul etmoidului prezintă o importanță și gravitate mai mare, căci extinzându-se în sinusul sfenoidal și frontal ne pun într'o primejdie permanentă dat fiind raportul lor intim cu creierul. Aceste complicațiuni cerebrale sunt iremediabile și nu ne lasă nici o speranță în scăparea bolnavului care merge spre fatalitate.

Ele evoluează aproape totdeauna fără simptome alarmante și cu o malignitate extremă care epuizează bolnavul în scurt timp, să instalează o cașexie rapidă ce duce la moarte. Considerăm aceste complicațiuni grave, fiind puțin influențabile de tratament și tendința lor frecventă la recidive.

Vom ține seama și de căile de generalizare și mai ales ganglionii limfatici care sunt inaccesibili intervenției chirurgicale.

Nu trebuie să uităm cazurile operabile, incipiente, la care dacă aplicăm o terapie potrivită avem speranță de vinderare.



## TRATAMENTUL.

Scopul nostru principal în tratamentul cancerului etmoidului va fi să alinăm durerile și să înlăturăm groaza bolnavului de moarte. Deci vom face un tratament paliativ. În alte cazuri, unde e posibil, vom încerca toate mijloacele ce ne stau la îndemână pentru a asigura suferindului o vindecare sau în cel mai rău caz prelungirea vieții.

În epoca de incertitudine etiologică s'a întrebuințat un tratament antisifilitic cu rezultate minunate. Probabil era un sifilis care a fost luat drept cancer. Mai târziu, cu tendința de a sista hemoragiile repetate s'a încercat legătura carotidei. Schwarts raportează un caz de sarcom fibrozat prin ligatura celor două carotide externe. Vam Bure dă greș cu acest procedeu, căci bolnavul sucombă după 4 zile în urma ligaturii carotidei drepte.

**Roentgenoterapia** ca mijloc de tratament în cancerul etmoidului n'a dat rezultate satisfăcătoare. Tumora ascunsă înăpoia diferitelor piese osoase nu se pretează radiațiunilor al căror efect variază considerabil. După intervenția chirurgicală când obstacolul osos a fost înlăturat roentgenoterapia poate fi folositoare.

**Radiumterapia** este un metod cu rezultate mai fericite. Se aplică în cazurile inoperabile, completează intervențiile chirurgicale, previne recidivile.

Radiul emite trei feluri de raze alfa, beta, gama cu lungime de undă și putere de penetrațiune variată. Razele gama au lungimea de undă cea mai scurtă și putere de penetrațiune cea mai mare. Datorită acestor proprietăți ele vor avea efecte biologice deosebite de care trebuie ținut evidență la aplicarea radiului în tratamentul cancerului și astfel aplicat încât să avem o acțiune selectivă asupra celulelor de neoformațiune fără să atingă viața țesuturilor sănătoase. Doza întrebuințată trebuie să fie sterilizantă pentru celulele neoplazice și să rămâie compatibilă cu posibilitatea de reparațiune din partea țesutului sănătos. Ea este în funcțiune de intensitatea radiațiunilor și de timp. Marténe întrebuințează 50—150 mgr. de bromură de radiu (Br.<sup>2</sup> Ra.) în 2—5 tuburi în timp de 24 de ore cu rezultate foarte frumoase. Americanii întrebuințează până la 200 mgr.

**Metodele biologice** întrebuințate ca tratament în cancerul etmoidului să bazează pe natura blastomycetică

a tumorilor. Printre ele vom cita autoseroterapia lui Bayle și Widal, heteroseroterapia lui Richet și Vidal, chimioterapia histiogenă (autoliza țesuturilor normale și neoplazice) a lui Fichera. Aceste metode au ameliorat reducând masa neoplazică fără s'o distrugă complet.

Citelli face injecții intravinoase cu extract proaspăt de tumori maligne. Aceste injecții constituiesc o adevărată vaccino-terapie progresivă și prelungită. Asociată cu radium-terapie ne dă cele mai frumuse rezultate și ne aduce în unele cazuri o vindecare definitivă.

Recurgem la tratamentul *paleativ* când e vorba să alinăm suferințele bolnavului. Prin el ne adresăm simptomatologiei. Vom suprima hemoragiile prin hemostatice: apă oxigenată 3%; antipirină 5%; tamponare etc. În caz de anemii cauzate prin pierderea de sânge recurgem la injecții cu ser fiziologic, ser de cal sau chiar transfuzii sangvine în cazuri mai grave.

Evităm infecțiile secundare printr'o igienă riguroasă a bolnavului, întrebunțarea de antiseptice: pudră de acid boric, salol, pudra lui Guéneau de Mussy (o parte tanin + 11 părți gumă arabică); spălături cu soluții saline antiseptice și izotonice de ser sangvin pentru înlăturarea mirosului neplăcut; fumegații; pomezi cu dermatol cu sau fără menthol. Mai putem face cauterizarea mugurilor ulcerosi cu rezultate bune.

Nevralgiile survin într'o perioadă înaintată când nu le putem combate decât prin opium sau morfină.

## TRATAMENTUL CHIRURGICAL.

Când toate mijloacele mai sus enumerate au fost epuizate fără a atinge scopul urmărit recurgem la procedeul radical chirurgical.

Tumorile zonei mijlocii ale foselor nasale iau nastere din cornetul mijlociu sau din părțile inferioare ale etmoidului. Tratamentul lor chirurgical să face pe căile naturale sau pe cale externă.

Calea naturală sau endonasală ne permite a ridica tumora printr'o operație largă și complexă. Ea va rămâne limitată la cazurile de tumori localizate a căror natură histologică nu ne arată o tendință rapidă de invadare ci mai mult sau mai puțin evoluează local.

Calea externă înafară de câteva cazuri excepționale va fi adesea utilizată. Se preconizează procedeul Moure (calea trans maxilonasală).

În ce privește tumorile cu punct de plecare în labirintul etmoidal sau la nivelul zonei superioare ale foselor nasale singura cale pentru intervenție e cea externă sau etmoidectomia lui Moure. Acest procedeu a fost întrebunțat cu succes de Portmann și constă din mai mulți timpi:

I. timp : *Incizia tegumentelor* dealungul șanțului nasogenian cu întindere dela extremitate internă a sprâncenei până la orificiul narin, secționând pielea și părțile moi până la planul osos.

II. timp : *Decolarea și curățirea tegumentelor*; hemostaza.

Căile lacrimale sunt decolate și fixate înafară printr'un îndepărtător. Suprafața osoasă denudată, bine curățită. Prin tamponare și aplicarea penselor hemostatice sistăm hemoragia.

III. timp : *Rezecția osoasă.*

Oasele proprii ale nasului sunt separate la nivelul lor de unire cu ajutorul unei foarfeci, apoi separăm apofiza ascendentă a maxilarului printr'o incizie oblică îndreptată în sus și înafară, începând la unirea treimeii superioare cu treimea mijlocie din jurul orificiului osos anterior. În fine, acest segment osos delimitat de inciziile noastre îl vom separa de frontal servindu ne de daltă și ciocan. Pentruca spațiul câmpului operator să fie mai larg, detasăm spina nasală de frontal.

IV. timp : *Ablația tumorii.*

În executarea ablației tumorii cu grija de a nu pătrunde în cavitatea craniană introducem o daltă paralel cu lama ciuruită apoi îi imprimăm o mișcare de basculă de sus în jos. Daltă detașează toate părțile etmoidului situate dedesubtul ei și în acelaș timp tumora inclusă în os.

V. timp : *Curetaj.*

Ablația tumorii o complectăm prin curetaj. Conduși de leziuni ne îndreptăm fie spre sept care poate fi ușor rezecat în totalitate sau în parte, dar întdeauna conservăm aripa nasului pentru evitarea diformățiunilor; fie către orbită înlăturând osul planum (lama papiracee); fie către sinusul sfenoidal la care ajungem foarte ușor pe această cale și îl curățim.

Pentru curetarea lamei ciuruite să cere o grije deosebită și o mână experimentată. Ea este distrusă câteodată de cancer lăsând meningele descoperit. Prezența meningelor în plagă agravează prognosticul.

VI. timp : *Hemostaza.*

După ablație de obicei hemoragia incetează, însă ca precauțiune vom tampona locul cu tifon vioformat. Tifonul iodoformat e contra indicat în cazul când meningele e descoperit, pentrucă intoxicațiile cu iodoform nu sunt rare în asemenea împrejurări. Termocauterizarea la locul de implantație a tumorii e deasemenea contra indicată, cauzând reacțiuni inflamatorii grave din partea meningelui.

VII. timp : *Repunerea părților moi și sutura.*

Lamboul nasal e răsfrânt și repus cu băgare de seamă la loc; plaga este suturată cu cea mai mare grije. Aripa nasului trebuie repusă în poziție bună, punct foarte important din punct de vedere estetic.



## CONCLUZII.

1. *Cancerul primitiv al etmoidului este o afecțiune rară.*
2. *El constituie o categorie foarte periculoasă printre tumorile primitive maligne ale foselor nasale, dat fiind raportul anatomic de imediată vecinătate cu orbita și cavitatea craniană*
3. *Această tumoră nu se relevă decât după un debut insidios și numai în faza complicațiilor, din care cauză gravitatea sa e și mai mult accentuată.*
4. *Pentru stabilirea diagnosticului destul de dificil ne servim de investigația clinică rinologică și de examenul istologic (biopsie), care constituie un diagnostic de certitudine.*
5. *Prognosticul va fi totdeauna foarte serios, în aproape toate cazurile fatal*
6. *Tratamentul :*
  - a) *Chirurgical trebuie să fie pe cât posibil precoce; să scoatem în treaga tumoră într'o teacă de țesut normal, ceea ce nu se poate decât excepțional și la începutul proliferării neoplazice. Acest tratament izolat este aproape totdeauna infidel.*
  - b) *Fizioterapic, radium și radioterapia completează, în toate cazurile, pe cel chirurgical. Acesta constituie tratamentul pe care suntem obligați să'l utilizăm, mai ales când tumora este într'o fază înaintată.*
  - c) *Medical-simpomatic, paleativ îndreptat contra epistaxisurilor cari pot fi rebele și contra durerilor nevralgice când survin.*  
*Celelalte tratamente (vaccinoterapia, seroterapia, chimioterapia anticanceroasă, venin Cobra) n'au eșit încă din faza studiilor de laborator.*

*Văzută și bună de imprimat :*

*Președinte :*

*Decan :*

*(ss.) Dr. GH. BUZOIANU. (ss.) Dr. D. MIHAIL.*





## BIBLIOGRAFIE

- Alpin (I). Zur Chirurgie der bosartigen Geschwülste de Orbita und der Nasennebenhöhlen (Berlin 1931. vol. XXX. fasc. 2. p. 174—181).
- Angelescu C. și Buzoianu G. Incercările de imunizare contra cancerului în terapeutică umană *România Medicală* 1. Mai 1931.
- Baillart et Boldenweck. Ostéome de l'ethmoïde à développement orbitaire. *Rev. hebdomadaire de Laryngologie*. 1932.
- Baldenweck (M). A propos des kystes mucoïdes du vestibule nasal com. la societ. de oto-rhino-laryng. Lion 1933.
- Barzilai. De l'épithélioma des fosses nasales. Thèse de Paris, 1885.
- Bertemés. Polypes muqueux et épithélioma des fosses nasales. *Rev. hebdomadaire de laryngologie*, 1900, II, 318—325.
- Bourgeois (P). Les tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Thèse de Paris 1902.
- Bourgeois (H). Cancer récidivé de l'ethmoïde traité par la diathermie. Comunicare la societatea de laringologie 16 Decembrie 1929 Paris.
- Bourguet. Considérations sur l'ablation des tumeurs malignes de l'ethmoïde. *Rev. hebdomadaire de laryngologie*, Paris, 1912, II, 273—281.
- Broeckaert. Lymphangiosarcome développé dans un polype de la muqueuse nasale. *Rev. hebdomadaire de laryngologie*, 1901, vol. XXIV. p. 689.
- Bruzzone. Osteome de l'ethmoïde Congrès de la société italienne d'oto-rhino-laryng. 29—31. Oct. 1928.
- Buzoianu G. și Gheorghiu Em. Contagiunea cancerului, *Buletinul medical al Asig. Sociale* Iunie 1934.
- Buzoianu G. Reflecții relative la tratamentul tumorilor maligne ale rinofarnigului „Spitalul” Februarie 1935.
- Buzoianu G. și D. Jonescu: Cilindrom al mezostructurii stângi și cancer bazocelular al aripei nasului. *Reuniunea anatomică Cluj*. Febr. 1936. *Clujul medical* Aprilie 1936, pag. 264.
- Burger (H). Pyopneumotocele carcinomatosa der Stirn- und Siebbeinhöhen. *Rev. hebdomadaire de laryngologie*, 1933 Paris p. 264.

- Casablanca. Des affections de la cloison du nez. Thèse de Paris, 1876.
- Citelli (S). Traitement des tumeurs malignes en Oto Rhinolaryng. par non traitement „Onco-Vaccino-Thérapeutique“. (Oto Rhinolaryng. Paris 1933.
- Claverie. Étude sur les tumeurs malignes des fosses nasales Thèse de Bordeaux. 1886.
- Causse (I). Étude Anatomique-Clinique des tumeurs osseuses dysgénétiques ou ostéomes du sinus frontal. Anal. de Oto Rhyno-Laryng. Paris, 1934 p. 1123.
- Delstanche et Marique. Cancer épithélial primitif de la fosse nasale gauche. Presse méd. belge, Bruxelles, 1884, XXXVI, 409—415.
- Desourteaux. Contribution à l'étude anatomique clinique des tumeurs de l'éthmoïde. Thèse de Bordeaux. 1904.
- Duyse (Van.) Exophtalmie pulsatile par fibro-sarcome muqueux pseudocystique. Arch. ophth. Paris 1904 t. XXIV, 288 - 309.
- Englam (H). Strahlentherapie in der Oto Rhino-Laryng. (In Zeitschr. für Hals. etc. Leipzig, t. XXX. fasc. I p. 187—128.
- Fossé (Charles). Du chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire. Thèse de Lyon, 1914.
- Gerdy. Des polypes et de leur traitement. Paris 1833.
- Gouguenheim et Helary. Tumeurs malignes de la cloison. Ann. des mal. de l'oreille, p. 295, 1893.
- Hegener (I). Strahlen therapie in der Laryng-Rhino Otologie. B. Klinischer Teil (In Zeitschr. für Hals etc. t. XXXI<sup>1</sup> fasc. I. p. 36—87. Leipzig 1932.
- Holtrusen (H). Strahlen therapie in der Oto-Rhino Laryng. Radiologischer Teil Zeitschr. für. Hals. etc. Leipzig 1932 t. XXXI. p. 1—35.
- Howard Norris. Mélanosarcome du méat inférieur. Archives of Oto Laryng. 1930.
- Huet C. P. et Renard G. En marche du traitement des tumeurs ethmoïdo maxillaires. Ann. de Oto-Rhino-Laryngie.
- Iacod Maurice. Les paralysies oculomotrices dans des tumeurs malignes du nasopharynx. Comunicare la societatea de Oto Rhino Laryngologie — 6 Mai 1933 Lyon.
- Just (T.-H.) Carcinoma of left ethmoïde region. Proc. Roy. Soc. med. Lond., 1921—1922, XV, Sect. Laryng, 34.
- Lagrange. Traitement des tumeurs de l'orbite et des annexes, 1904. Rapport sur le diagnostic et le traite-

- ment des tumeurs de l'orbite, Soc. franc. d'opht. 1903.
- Lannois et Jacod. Sur un cas de sarcome mélanique du nez. Revue de laryngologie, Paris, 1923, XLIV, 355—361.
- Lugli Gualtiero. Chondrome de l'ethmoïde (Chondromo del l'ethmoïde Rev. hebdomadaire de laryngologie. 1932.
- Moure E. I. Revue de laryngologie, 1898, XVII, 1913—1924 — Traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. Revue de laryng., Paris, 1922, nouv. série, XX, 240.
- Moure, Liéblault, Canuyt. Technique chirurgicale, 2e fasc. — Fosses nasales, naso-pharynx, cavités accessoires. Doin, éditeur, Paris, 1924.
- Mosher (H. P.) Anatomie chirurgicale du labyrinthe ethmoïdal. Ann. of. Otolaryngology, t. XXXVIII. No. 4.
- Ohngren (L. G.) Malignant tumors of the maxillo-ethmoidal region (act. Oto Laryng.) Helsingfors 1933, Supplementum.
- Papilian Victor. Anatomie descriptivă.
- Paletta. In Exercit. pathol., p. 7, Milan, 1820.
- Picque (A.—F.) Essai sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. Ann. des mal. de l'oreille, 1890, p. 141.
- Portmann G. et Retrouvey. Le cancer du nez, des fosses nasales, des cavités accessoires et du naso-pharynx. Paris 1927.
- Schmiegelow, Tumeurs malignes primitives des fosses nasales. Revue de laryngologie, 1889.
- Sébileau. Ann. des mal. de l'oreille, 1906 t. II, p. 446—448.
- Stănculeanu. Rapports anatomiques entre le sinus et l'orbite, Thèse de Paris, 1902.
- Siméon (I. F.). Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde. Thèse de Bordeaux 1925.
- Testut. Traité d'anatomie humaine.
- Wornos (G.) Sarcome de l'ethmoïde à forme de polypose nasale récidivante. Comunicare la societatea de laryngologie Paris 1929.
- Zuckermandl. Normal und pathol. Anat der Nas., Vienne, 1882.