

# Hipertrofia posterioară (coanală) a cornetelor



**DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 27. *Maie* 1937

DE

FLAVIUS P. RĂDULET

# Hipertrofia posterioară (coanală) a cornetelor

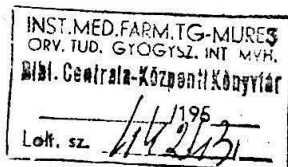


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE *27 Maiu*.....1937

DE

FLAVIUS P. RĂDULEȚ

23 MAY 2005



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

**Decan: Prof. Dr. D. MICHAİL.**

*Profesori:*

Clinica stomatologică . . . . .	D-1 Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Microbiologie . . . . .	" "	<i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei . . . . .	" "	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	" "	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologia umană	" "	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologica umană .	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală . . . . .	" "	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	<i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală . . . . .	" "	<i>Hașteganu I.</i>
Medicina legală . . . . .	" "	<i>Kernbach M.</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>
Clinica chirurgicală . . . . .	" "	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare . . . . .	" "	<i>Popovici Gh.</i>
Clinica infantilă . . . . .	" "	<i>Sturza M.</i>
Balneologie . . . . .	" "	<i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	<i>Țeposu E.</i>
Clinica urologică . . . . .	" "	<i>Thomas P.</i>
Chimia biologică . . . . .	" "	<i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	<i>Vasiliu T.</i>
Anatomia patologică . . . . .	" "	<i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologia umană (supl.) . . . . .	" "	<i>Popovici Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl)	" "	



**JURIUL DE PROMOTIE**

Președinte : Prof. Dr. Gh. Buzoianu

- Membrii : { Prof. Dr. Al. Pop  
" " I. Aleman  
" " E. Țeposu  
" " V. Bologa

Supleant: Docent Dr. I. Gavrilă.

# Hipertrofia posterioară (coanală) a cornetelor.

## I. Considerațiuni anatomo-fiziologice.

Înainte de a trata însăși hipertrofia voiu face o scurtă descriere anatomo-fiziologică.

În primul rând să vedem ce sunt cozile de cornet. Pe peretele lateral al foselor nasale se găsesc niște formațiuni anatomice, care poartă numele de cornete și sunt în număr de trei de fiecare parte. Acestea sunt: cornetul superior, mijlociu și inferior. Cornetul superior și mijlociu fac parte din etmoid, cel inferior este un os independent. Fiecare cornet prezintă două porțiuni: una anterioară numită capul cornetului și una posterioară care este coada cornetului și care ne va interesa în lucrarea de față.

Din punct de vedere anatomic sunt formate dintr'un schelet osos, care este tapisat de o mucoasă, care se continuă liber înapoi cu mucoasa faringelui și în rest cu mucoasa peretelui extern nasal, continuându-se direct prin canalele, care se deschid pe acest perete către formațiunile respective (sinusuri, celule edmoide etc.)

Mucoasa este foarte bogată în vase, un țesut cavernos foarte vascularizat, dotat cu proprietăți erectile. Fiețele nervoase nu sunt mai puțin numeroase, de unde și nenumăratele reflexe care își au originea în nas.

Pentru a putea înțelege mai bine tulburările, pe care le poate produce hipertrofia cozilor de cornete, voiu relata pe scurt fiziologia și rolul foselor nasale în stare normală.

Putem împărți rolul lor în trei părți.

1. *Funcțiunea respiratorie.* În stare normală aerul înspitat trebuie să treacă prin fosele nasale, prin segmentul respirator format de meatul inferior și spațiul dintre cornetul inferior și sept, care are rolul de a da aerului toate calitățile necesare pentru a ajunge în plămâni (temperatură, umiditate). Grație umidității mucoasei nasale și cililor vibratili, aerul respirat este debarasat de particulele de praf și de microbii suspendați în aer. După cercetările lui *Lermoyez Wurtz*, mucusul nasal este bactericid, distrugând microbii din aer, opriți pe mucoasa nasală.

Din cauza hipertrofiei cornetelor bolnavul fiind silit să respire pe gură, aerul nu va suferi schimbările fiziologice mai sus menționate, așa că faringele, laringele, trachea, bronhiile și pulmonul vor fi în acest caz mai expuse a se îmbolnăvi, iar secrețiile stagnante în cavitatea nasală favorizează supurația organelor, care sunt în raport direct cu aceasta.

2. Al doilea rol este *rolul olfactiv*. Zona olfactivă este situată la partea superioară a foselor nasale de unde se deduce că tulburările olfactive vor fi produse mai ales prin hipertrofia cornetelor mijloci și superioare.

3. În fine, al treilea este *rolul în fonație*, căci împreună cu rino-faringele ele constituie cutia de rezonanță pentru voce. Dacă fosele nasale sunt obstruate vocea ia un timbru caracteristic, voce nasonată.

## II. Examinarea bolnavului.

Din examenul complex al foselor nasale nu vom săruia decât asupra lucrurilor, ce sunt în directă legătură cu obiectul acestei teze. Obiectiv, cozile de cornet ne sunt accesibile prin așa numitul examen rinoscopic, fie prin rinoscopie anterioară, fie prin rinoscopie posterioară.

1. **Rinoscopia anterioară.** Pentru rinoscopia anterioară ne servim de speculul special pentru nas, *tip Duplay*, sau *tip Vacher*, ale cărui fante laterale permit mai liber mănuierea speculului, sau speculul obișnuit cu mâner. La copii din cauza îngustimei orificiilor nasale, vom întrebuința în lipsa unui specul nasal de o dimensiune atât de mică, un specul de ureche de o dimensiune corespunzătoare.

*Tehnica examinării.* Observatorul plasat în fața bolnavului, va așeza oglinda frontală astfel ca fascicolul luminos să cadă asupra narinilor. Introducem apoi speculul nasal închis, în mod lent în narina de examinat, angajându-l oblic în sus sub un unghi de aproximativ  $45^{\circ}$ , ținându-l în plan sagital pentru a evita lezarea septului. Deschidem apoi speculul și avem în față fosa nasală luminată. Pentru a vedea cozile cornetelor trebuie să dăm o înclinare corespunzătoare capului, (ceea ce vom nota mai jos) și să nu avem alte formațiuni patologice (creastă de sept, hipertrofie de cornet, polipi etc.) cari ar putea să împiedece vizibilitatea noastră până în partea posterioară a foselor nasale. În cazul când avem o mucoasă congestionată și hipertrofiată, care împiedică vizibilitatea, putem recurge la badijonarea acesteea cu cocaină - adrenalină. Vom întrebuința o soluție de cocaină.  $\frac{1}{20}$

sau  $\frac{1}{10}$ , amestecată cu câteva picături de adrenalină  $\frac{1}{1000}$ , pe care o aplicăm direct cu ajutorul unui tampon de vată hidrofilă. Se obține în câteva minute o retractare a mucoasei, dându-ne astfel o vizibilitate mai bună. Trebuie să ținem seama de aceea că se produce o anemie, o albire a mucoasei, ceea ce-i modifică aspectul (culoarea).

Pentru a ne da seama de consistența formațiunilor putem întrebuința palparea prin un stilet special.

Ținând capul bolnavului orizontal, vom vedea cornetul inferior în întregime și deci și ceea ce ne interesează pe noi, coada cornetului inferior. Pentru a vedea coada cornetului mijlociu și superior trebuie să inclinăm bine capul bolnavului pe spate.

Nu vom vedea prea mult prin rinoscopia anterioară, rămânându-ne ca metodă suverană, în ceea ce privește explorarea cozilor de cornete, rinoscopia posterioară.

**2) Rinoscopia posterioară.** Rinoscopia posterioară sau faringosopia superioară utilizează viziunea indirectă cu ajutorul unei oglinzi introdusă înapoi și deasupra luatei, pentru a reflecta orificiile coanale.

Două instrumente sunt indispensabile pentru rinoscopia posterioară: un apăsător de limbă și o oglindă rinoscopică de un diametru apropiat celui al istmului faringian al individului de examinat. Cel mai comun este cel cu diametru de 15 mm. Poziția observatorului și a bolnavului este cea dela rinoscopia anterioară, bolnavul ținând capul foarte puțin flectat.

*Tehnica examinării:* Apăsăm încet limba cu ajutorul apăsătorului de limbă, dirijăm fascicolul luminos către peretele posterior al faringelui, recomandăm bolnavului să respire liber pe nas, ținând gura larg deschisă. Acest tip de respirație e greu de obținut la bolnavii cari au fosele nasale astupate, dar trebuie să insistăm pentru a ne ușura examenul rinoscopic. Introducem oglindă rinoscopică puțin încălzită pentru a evita aburirea ei și deci pentru a avea o imagine clară. Dirijem oglinda cu fața în sus și înainte, dându-i o înclinație potrivită pentru a ne reflecta imaginea orificiilor coanale.

*Imagina coanelor.* Inapoi fosele nasale se termină prin două orificii ovalare cu marele ax vertical, care nu sunt altceva decât coanele. Diametrul lor vertical este cam 20 mm. iar cel transversal este cam 12 mm. Ele sunt formate de extremitatea posterioară a orificiilor nasale și separate între ele prin marginea posterioară a vomerului. Acesta se vede ca o linie verticală dreaptă, fiindcă chiar în deviațiile mari de sept, foarte rar se

întâmplă ca să avem o deviație și a acestei porțiuni posterioare. De-o parte și de alta a acestei margini se văd niște formațiuni rotunde, care sunt cozile cornetelor. Ele sunt de mărimi diferite, cele ale cornetelor inferioare, fiind mai mari, iar cele ale cornetelor mijlocii și superioare sunt mult mai mici. Marginile externe ale orificiilor coanale se găsesc în un plan mai anterior decât marginea internă comună, formată de vomer. Extremitatea posterioară a cornetelor (cozile cornetelor) se găsește normal înaintea acestui plan. În caz de hipertrofie, ele proemină mult mărite înapoi. Marginea superioară a coanelor este în raport cu sinul sfenoidal.

### **Dificultățile rinoscopiei posterioare**

Rinoscopia posterioară este o manoperă foarte delicată, care cere multă paciență, delicateță și perseverență. Numeroase exerciții sunt necesare pentru a ajunge s'o practicăm bine.

Dificultățile rinoscopiei posterioare pot ține de cauze multiple și variate, dintre care putem enumera ca principale următoarele:

1) *Indocilitatea individului.*

2) *Nervozitatea, emotivitatea.*

3) *Exagerarea reflexelor faringiene* la indivizii atinși de angine acute, de faringite catarale cronice, și peste tot de faringite hipertrofice, care creiază o veritabilă stare permanentă de faringism, mai ales la fumători.

4) *Hipertrofia amigdalelor palatine*, care pot obstrua istmul faringian.

5) *Strâmtarea istmului naso-faringian*, din care rezultă o atingere aproape permanentă a vălului cu peretele posterior faringian.

6) *Din partea limbei* la nevropați, psihopați, la alcoolicii atinși de excitabilitate neuro-musculară — acești indivizi mișcă limba convulsiv în contact cu apăsătorul de limbă și de multe ori ne trebuie o forță destul de mare pentru a învinge rezistența limbei.

7) *Lueta prea lungă* jenează introducerea oglindei.

Mijloacele de-a învinge dificultățile. Singură paciența este de cele mai multeori suficientă pentru a ajunge la un rezultat dorit, mai ales la copii. Dacă este însă cazul putem recurge și la alte mijloace, cum este anestezia locală cu cocaină sau cu stovaină, care ne pot mult facilita examenul naso-faringian.

Dacă nici în felul acesta nu reușim, trebuie să facem o anestezie mai atentă (tot locală) și să întrebuițăm ridicătorul de văl. (Sunt diferite feluri de ridicătoare de văl, după diferiți autori

și se introduc fie pe cale bucală, cum e de exemplu ridicătorul lui *Moritz — Schmidt*, fie pe cale nasală, ridicătorul lui *Mahn*).

### III. Etiologie și patogenie.

Frecvența afecțiunilor nasale este explicată prin situația lor, expuse tuturor cauzelor externe de iritație și inflamație. Una din cauzele frecvente ale hipertrofiei este congestia acută repetată și congestia cronică a mucoasei de orice natură ar fi ea. Această congestie a mucoasei este favorizată de prezența vaselor în număr mare, precum și de dispoziția lor specială la acest nivel.

*Corizele acute*, (care sunt provocate de o serie întreagă de cauze cum sunt: frigul și în deosebi frigul umed, curenții de aer și frig prelungit, acțiunea locală a diferitelor substanțe sub formă de praf sau vapori etc.) *corizele simptomatice* (produse de diferite boli: gripă, tuse convulsivă etc.) și în deosebi *corizele cronice* joacă un rol preponderant în dezvoltarea și evoluția hipertrofiilor posterioare de cornet. La fel hipertrofia poate fi produsă de toate cauzele care favorizează stagnarca secrețiilor nasale ca: atrezia congenitală a foselor nasale, anomalii ale maxilarului superior, malformațiunile septului, (deviațiile septului, crestele de sept). Mai putem adăuga influența vegetațiilor adenoide.

Absența unei circulații normale în fosele nasale favorizează producerea stazei sângvine și a inflamațiilor nasale. Toate inflamațiile cronice locale sau secundare unei inflamații de vecinătate, (amigdalite, catar naso-faringian, adenoidite, sinuzite, caria oaselor, corpuri streine etc.) pot produce hipertrofie.

Astmul nasal acompaniat de hidroree, întâi paroxistică, apoi cronică, se complică după un timp cu o degenerescență hipertrofică a mucoasei, cu infiltrația edematoasă și dezvoltarea exagerată a țesutului conjunctiv.

Artriticii, alcoolicii, copiii sifilitici, cei cu constituție scrofuloasă sunt predispuși hipertrofiilor.

Deci în rezumat: toate rinitele, iritațiile, inflamațiile, congestiile cronice sau frecvent repetate provoacă o îngroșare a mucoasei, o dilatație vasculară, hipertrofie cronică și ulterior a degenerescență a mucoasei.

### IV. Anatomie patologică.

După cum am văzut mucoasa pituitară prezintă o mare vascularizație iar în straturile profunde ale ei, veritabile



sinusuri cavernoase. Această conformație ne explică ușoară congestie a ei sub influența cauzelor iritative sau reflexe. La început avem o simplă congestie difuză fără hiperplazie caracterizată prin o umflare, o turgescență a mucoasei și apoi ramoliment. Hipertrofia urmează după aceea și poate fi difuză (hipertrofia cornetelor în întregime) sau localizată (numai la partea lor posterioară, la cozile cornețelor).

Vedem deci că din punct de vedere anatomo-patologic, putem descrie două feluri de hipertrofii sau mai bine zis două stadii :

a) Primul: simplu congestiv, hiperemic cu aspect roșu, neted, dur. Aceasta este hipertrofia dură vaso-motrice.

b) Al doilea stadiu: hipertrofia moale cu hiperplazia mucoasei.

La un examen anatomo-patologic macroscopic, mucoasa hiperplazică se prezintă de cele mai multe ori neregulată și granulată, având la presiunea stiletului o oarecare rezistență. Ea este foarte îngroșată, prezentând numeroase orificii, care ar corespunde conductelor glandulare excretorie foarte dilatate. Câte odată putem constata și prezența unor eroziuni superficiale.

Microscopic mucoasă prezintă epitelii foarte îngroșate, celulele păturei superficiale sunt lăfite, cubice sau cilindrice. Vasele sunt îngroșate și dilatate. Este caracteristică extrema bogăție a mucoasei hipertrofiate în rețele venoase cari explică hemoragiile, adesea considerabile, produse în urma ablației cozilor de cornet.

Țesutul perivascular este infiltrat de celule rotunde într'un număr destul de considerabil. Țesutul interstițial este mai mult sau mai puțin infiltrat și edemațiat.

Țesutul osos poate el însuși să participe la hipertrofie, precum a arătat *Terrilon* și *Bryau Delavau*. Se poate însă ca această hipertrofie osoasă să fie adesea mai mult o malformațiune decât o leziune inflamatorie propriu zisă. Astfel putem nota transformarea buloasă a capului cornetului mijlociu, cavitatea dezvoltându-se în un chist intra-osos, care poate fi foarte voluminos fără o îngroșare osoasă sau mucoasă notabilă.

## V. Simptomatologie.

### A) Simptome funcționale.

De multe ori hipertrofia posterioară a cornetelor, mai ales când nu e prea mare, nu tulbură în mod evident viața bolnavului; altele din contră tulburărilor locale și regionale aduc de timpuriu bolnavul la consultațiile noastre. Simptomatologia e

foarte variată. Uneori avem toată gama simptomatologică, alteori nu se trădează decât printr'un simptom, care poate fi local sau din contră printr'una din tulburările, pe care le produce hipertrofia cornetelor (tulburări auriculare, reflexe etc.)

Simptomul principal al hipertrofiei este obstrucția și ca o consecință directă jena respiratorie. Respirația poate să fie total sau parțial oprită pe drumul ei normal, calea nasală, după cum este vorba de o hipertrofie mai mare sau mai mică, adică dacă obstruiază complet sau incomplet coanele. Această obstrucție este permanentă sau intermitentă, după cum ne găsim în primul stadiu sau în al doilea de hipertrofie. Când obstrucția e pur congestivă, jena respiratorie survine în circumstanțele favorizante ale hiperemiei active sau pasive. Deci obstrucția la început este intermitentă, pentru ca mai târziu, odată cu instalarea hipertrofiei propriu zisă, să devină permanentă. Cozile de cornet se extind la maximum când bolnavul este culcat pe spate, împiedcând respirația și producând un somn neliniștit. Când bolnavul este culcat în decubit lateral, narina de partea, pe care e culcat bolnavul, va rămâne singură obstruată. Timpul umed, frigul etc. măresc jena respiratorie. După cum am mai spus, această variabilitate se prezintă la început, când leziunea vaselor și a mucoasei nu sunt definitive. Cu instalarea leziunilor definitive jena respiratorie devine constantă.

Obstrucția nasală aduce o respirație defectuoasă cu toate consecințele sale; pe care le vom studia în capitolul următor.

Când hipertrofia nu este așa de pronunțată și deci când avem obstrucție parțială, întrebare fiind bolnavul, dacă respiră bine pe nas, el ne va răspunde afirmativ. În aceste cazuri insuficiența respiratorie nu se manifestă decât în timpul unui efort, în exerciții de sport sau în o simplă urcare a scârilor. În aceste cazuri partea neobstruată a nasului nu este suficientă de a furniza aerul necesar respirației, așa că bolnavul este silit să respire pe gură.

Hipertrofia se acompaniază des de un catar mai mult sau mai puțin accentuat. Bolnavul trebuie să-și sufle nasul, pe care-l simte totdeauna plin. Secrețiile de o abundență variabilă sunt, în general, sero-muco-purulente; rar, mucoase sau simple purulente. Aceste secreții prin situația lor o parte se scurg în cobum și în felul acesta întrețin o faringită cronică, care se prezintă la majoritatea indivizilor cu hipertrofia posteriară a cornetelor. Secrețiile adunate în naso-faringe bolnavul le elimină în cantitate mai mare dimineața. Aceasta e și natural, căci cele formate în

timpul zilei bolnavul le elimină prin suflarea nasului, iar în timpul nopții ele se acumulează în naso-faringe și sunt eliminate dimineața. Acestea produc bolnavului o senzație destul de neplăcută și îi provoacă o tuse, prin care sunt eliminate. Senzația bolnavului am putea-o compara cu cea produsă de un corp strein în naso-faringe și pe care bolnavul se forțează prin suflarea nasului și prin tuse, ca să le elimine. Sforțările, pe care le face bolnavul spre a le elimina, pot produce, în deosebi la copil, chiar vărsături.

Secrețiunile, care sunt mai mult sau mai puțin bogate în microbi, conțin globule de puroi, celule epiteliale și sunt de obicei inodore. Câte odată au un miros fetid, în deosebi cele purulente.

### **B) Simptome fizice.**

Simptomul de căpetenie și singurul care ne dă un diagnostic sigur, este evidențierea hipertrofiei. Aceasta o facem prin rinoscopie. Am văzut cum se face o rinoscopie, am văzut de asemenea, că de multe ori prin rinoscopia anterioară nu putem vedea prea mult, mai ales când avem o hipertrofie a întregului cornet, deviație, creștet de sept etc., așa că rinoscopia posterioară ne rămâne ca metodă de investigație suverană. Or. de câte ori suspectăm o hipertrofie posterioară a cornetelor, rinoscopia posterioară ne va spune totdeauna, dacă este sau nu.

Prin acest examen ne putem da seama de intensitatea hipertrofiei, de localizarea ei, dacă este localizată unilateral, bilateral, mai accentuată de-o parte sau de alta. Vom reflecta cu oglinda rinoscopică imaginea coarnelor, în care se vor proiecta cozile cornetelor. Partea hipertrofiată se prezintă ca o formațiune rotundă, ovalară, muriformă, de-o culoare roșie-violacee în primul stadiu sau din contră, în al doilea stadiu al hipertrofiei va fi palidă-gri, având aspectul unor polipi. Când avem o hipertrofie bilaterală, vor apare ca niște mase simetrice de o parte și de alta a vomerului.

## **VI. Tulburările produse de hipertrofia posterioară a cornetelor.**

Tulburările produse de hipertrofia posterioară a cornetului sunt multiple și rezultă în deosebi din obstrucția foselor nasale, care sunt, după cum am văzut, un loc de pasaj pentru aerul respirației. Din această obstrucție rezultă simptome locale chiar la

nivelul cavității, consecințe de vecinătate prin jena funcțiunii organelor vecine, tulburări prin repercutare la distanță asupra organelor, la nivelul cărora aerul respirat are utilitatea sa.

Voiu împărți aceste tulburări după indicațiile Domnului profesor Dr. Buzoianu în: *tulburări mecanice, tulburări infecțioase și tulburări reflexe.*

### **A) Tulburări mecanice.**

Obstrucția mecanică a foselor nasale prin hipertrofia posterioară a cornetelor aduce după sine o serie întreagă de tulburări dintre care unele regionale, prin împiedecarea acțiunii fiziologice a foselor nasale, iar altele cu repercuțiune asupra stării generale a organismului, survenite din aceeași insuficiență a foselor nasale.

Vom avea tulburări ale mirosului mai mult pronunțate în obstrucția accentuată sau când se asociază hipertrofia totală a cornetului mijlociu, care prin obstrucția fantei olfactive împiedecă aerul de a pătrunde prin ea.

Am văzut la capitolul fiziologiei nasului, că gura, nasul și faringele constituiesc o casă de rezonanță pentru voce, în sensul că se suprapun vibrațiilor corzilor vocale vibrațiuni de rezonanță cecece dă vocii un timbru obișnuit al ei. Ori prin obstrucția nasală se va obține un timbru cu totul special al vocii (voce nasalonată), în sensul că diftongii și consoantele nasale vor deveni mai puțin nete dacă nu înlocuite cu altele de ex. m va deveni b (baba în loc de mama).

Tulburările mecanice cele mai importante sunt însă tulburările respiratorii, în sensul că aerul ne mai putând să traverseze prin fosele nasale, bolnavul va fi silit să respire pe gură. Aerul nu va mai fi încălzit, umidificat, purificat, și astfel va ajunge în căile respiratorii și în plămâni mai puțin purificat, uscat și rece. Faringele, laringele, traheea și plămânii vor fi mai expuși infecției. Bolnavul va avea gâtul mereu uscat, va prezenta arsuri apoi iritații, faringite și angine frecvente, traheo-bronșite cronice.

Un bolnav, care are obstrucție survenită la vârsta mai tânără, va avea toracele de partea obstruată insuficient dezvoltată.

Vom putea observa la unii bolnavi consecutiv unei impermeabilități nasale, o atelectazie a vârfurilor pulmonare, care se manifestă prin o voalare, ce se clarifică la tuse (*Dr. Hațieganu*).

*A. T. Bondarenko*, ne atrage atenția, că mulți bolnavi atinși de o afecțiune nasală sufăr de tulburări intestinale (tulburări de secreție și de motilitate),

*Riccí și Luscher* au demonstrat, că respirația bucală dă o diminuare a rezervei alcaline a sângelui. *Kreerinsch* a determinat cantitatea acidului lactic în respirația bucală experimentală și patologică la om prin metoda *Disché și Laszlo*. Cantitatea normală în respirația nasală este de 15-26 mgr. p. 100. Suprimarea artificială a respirației nasale la un individ normal dă în câteva ore o augmentare de 35 p. 100, care dispăre cam în tot atâta timp, dacă respirația nasală este restabilă. În respirația bucală patologică este o mare diferență individuală, însă augmentarea, care este cronică, în medie se ridică până la 35 la 100.

O obstrucție completă a coanelor nu permite reînnoirea aerului din cavitatea naso-faringiană și ca atare vom avea o insuficiență a ventilației urechei mijloci, care se traduce prin *fenomene auriculare*.

La fel va produce și obstrucția mecanică a orificiului faringian al trompei lui Eustache prin partea hipertrofiată—coada cornetului. Tulburările auriculare sunt frecvente în hipertrofia posterioară a cornetelor și în deosebi când avem hipertrofia cornetelor inferioare. Fenomenele auriculare se prezintă dela simple fenomene de obstrucție mecanică, congestie locală (la orificiul faringian al trompei lui Eustache), până la fenomene inflamatorii destul de grave.

În cazul când avem o simplă obstrucție mecanică a trompei, fenomenele auriculare pot să se prezinte cu interinență, după starea de congestie sau retrocedarea stării de congestie a cozii cornetelor. Când se instalează fenomenele inflamatorii ale trompei, simptomatologia rămâne continuă. Caracteristic pentru obstrucția tubară sunt: senzația de tensiune în urechi, burdonamente și diminuarea auzului.

## **B) Tulburări infecțioase.**

Nu mai puțin importante decât precedentele sunt tulburările infecțioase. Din cauza obstrucției secrețiile nasale stagnează și astfel un mediu propice pentru ivirea infecțiilor întâi locale (rinite cronice), apoi prin propagarea dealungul canalelor, care se deschid în nas, poate produce sinuzite și chiar tulburări oculare.

Prin căderea secrețiilor înapoi în naso-faringe se întreține o iritație cronică a acestuia și de aici iau naștere naso-faringitele, faringitele cronice și faringitele cronice hipertrofice.

De asemenea complicații asupra arborelui broncho-pulmonar pot proveni din obstrucția nasală. Mă mărginesc de a aminti aici

rino-bronșitele descendente, care au punctul de plecare totdeauna la nivelul foselor nasale.

Dintre tulburările infecțioase frecvente sunt la nivelul organului auditiv începând dela catarul tubar, otitele catarale până la otitele cronice supurate.

Pentru a explica mai bine aceste tulburări, î-mi permit a face câteva considerațiuni asupra rolului fiziologic al trompei lui Eustache. Știm că trompa lui Eustache este un canal, care pleacă din casa timpanului (urechea mijlocie) și se deschide prin orificiul faringian al ei în naso-faringe. Rolul ei este de-a menține echilibrul între presiunea cavității naso-faringiene și urechea mijlocie. În consecință ea participă în mod activ la acomodarea aparatului auditiv. Pe de altă parte ea este o cale de eliminare, de drenare a secrețiilor cavității timpanice către cavum, prin mișcările vibratile ale epitelului. În fine, ea joacă rolul de organ de protecție a urechii mijlocii. Prin obstrucția tubară funcțiunea fiziologică se modifică și alterațiile patologice se pot instala.

Hipertrofia posterioară a cornetelor prin rino-faringitele, pe care le produce și prin obstrucția mecanică a trompei lui Eustache provoacă destul de rapid congestia și inflamația ei. Această inflamație a trompei (salpingită) aduce după sine ivirea fenomenelor, care decurg din suspendarea funcțiunii fiziologice normale a ei.

Din cauză că aerația casei timpanului nu se mai poate face, aerul stagnat aici se va resoarbe încetul cu încetul și ca o consecință a acestei resorbții timpanul se va infunda din cauza presiunii atmosferei. Prin conexiunea oscioarelor scărița se va infunda și ea producând o mărire a presiunii labirintice și ca efect senzație de tensiune auriculară, văjăituri și vertij. La examenul obiectiv al timpanului îl vom găsi infundat, iar apofiza ciocanului proeminentă.

De multeori timpanul este alb, scleros și aderent de promontoriu din cauza unei otite adese.

Tulburările ventilației tubare sunt cauzele cele mai frecvente ale diminuării acuității auditive, prin modificarea condițiilor normale de tensiune ale membranei timpanului și proprietăților vibratorii ale lanțului oscioarelor. Roure afirmă că 90 la 100 din cazuri au această origine.

De multe ori însă inflamațiunea nu rămâne localizată la trompă, ci se propagă mai departe producând otita. Multe din otitele acute sau cronice sunt consecința afecțiunii tubare. În aceste cazuri membrana timpanului va fi bombată înafară din

cauza acumulării exudatului seros sau când s'a instalat deja o inflamație (supurația casei), din cauza secreției muco-purulente care o apasă în afară.

Asupra unor otite interminabile obținem rezultate excelente intervenind asupra cozilor cornetelor chiar ușor hipertrofiate. Asupra unor astfel de bolnavi cataterismul nasal nu dă decât rezultate insuficiente și momentane, pe când o aerație largă a foselor nasale ne dă rezultate definitive.

### C) Tulburări reflexe.

Ultimul fel de tulburări îl formează cele reflexe. Obstrucția nasală poate să fie o cauză de iritație, susceptibilă să producă diverse tulburări reflexe, în deosebi la cei predispuși, la neuro-artritici, etc.

*Sajous* împarte cavitatea nasală în trei zone :

1. O zonă anterioară, inervată de etmoidal, ale cărui iritații determină lăcrimarea, strănutul, fotofobia, cefaleile, pluritul facial și palpebral.

2. O zonă posterioară, inervată de filete din pterigo palatin, cauzatoare de tuse, astm și fenomene, care se petrec alături de ale vălului palatin.

3. A treia zonă, zona mijlocie, intermediară, inervată de ramurile terminale ale celor două zone precedente, producând prin iritare simptomele uneia sau celeilalte.

*Sargnon* denumește partea posterioară a cornetului mijlociu un adevărat punct simpatico-trigemenar al nasului și al ochiului.

Dintre cele mai frecvente tulburări reflexe sunt cefaleile, care sunt mult mai frecvente decât s'ar crede. Ele sunt cronice și foarte rebele în aparență. Prin raportul congresului de oto-neuro-oftalmologie dela Bordeaux din 1929, s'a stabilit frecvența cefaleilor de origine nervoasă oculară și nasală și că majoritatea cefaleilor de origine nasală sunt cele cauzate de leziunile posteroare.

Cefaleia este după localizarea sa unilaterală sau bilaterală, anterioară sau mixtă. Intesitatea ei este variabilă dela cefalei ușoare până la cefalei foarte intense. Partea posterioară a cornetului mijlociu este în deosebi punctul de plecare al cefaleilor. S'au văzut cazuri de cefalei foarte rebele, vindecate complet după rezecția acestei porțiuni.

Hipertrofia posterioară, care lucrează ca o spină iritativă, poate să producă la un individ predispus o criză de astm sau să întrețină o stare astmatică.



Șpina nasală poate fi punctul de plecare a unui dezechilibru vago-simpatic, a unei excitații a pneumogastricului, care antrenează la distanță contracția mușchilor bronșici sau o inhibiție a simpaticului, antagonistul vagului. Acest dezechilibru vago-simpatic duce organismul în starea de a se produce criza de astm.

Pentru a produce o stare spasmică este destul o augmentare de volum a mucoasei, provocată de condițiile atmosferice, fizice sau chimice. La fiecare puseu congestiv pereții nasali intră în atingere, dacă această atingere se produce într'o zonă, unde sensibilitatea este mărită (coada cornetului mijlociu în deosebi), se produce o criză, care poate fi senzitivă (cefalee) sau fenomene vasomotrice și secretorice, producând criza spasmodică (astmul).

Pentru a vedea acest rol al spinei nasale în declanșarea astmului, dau mai jos un caz publicat de *Halphen*.

Drei B. . . . în săptămâna premedicată menstruației îi survenea o tulburare respiratorie cu coriză, exoftalmie, cefaleie, sâchipnee, apoi dacă nu se instituia nici o terapie, se prezinta o adevărată criză de astm cu eliminarea de secreții filante, diarei, polakiurie, și poliurie. Dacă se practică o badijonare a cozii cornetului mijlociu cu Bonain la începutul crizei, toate fenomenele se opreau. Dacă intervenția se făcea după declanșarea crizei de astm, fenomenele nasale senzitive și abdominale se opreau, criza tracheo-bronșică persista, însă atenuată.

Mai putem aminti între tulburările, care survin în legătură cu aparatul respirator tusea nasală, asupra căreia *Lermoyez* ne atrage atenția. Ea are caracterul de a fi seacă, convulsivă, irezistibilă, progresivă. Apoi mai putem aminti spasmul faringian și spasmul laringian.

S'au mai descris tulburări nevralgice, care se manifestă în teritoriul trigemenului. Se cunosc nevralgiile nasale cu sediul posterior, care se manifestă prin veritabile crize paroxistice. Mai putem aminti tulburări oculare și ambliopii.

## VII. Evoluția afecțiunii.

Hipertrofia are un mers lent, cronic. Ea nu prezintă nici o tendință de a se vindeca spontan. Se poate întâmpla să rămână însă staționară, adică să nu mai evolueze din stadiul în care a ajuns. Această staționare poate să dureze mai mult sau mai puțin timp, pentru ca în cele din urmă să ajungă la o degenerescență polipoidă a mucoasei sau la formarea de polipi adevărați.



## VIII. Prognosticul.

Prognosticul este rezervat nu atât pentru afecțiunea însăși, cât pentru complicațiile multiple la care expune pe bolnav.

Am trecut în revistă tulburările produse de hipertrofia posterioară a cornetelor și am văzut, că unele pot fi destul sau chiar foarte serioase. Surditatea produsă de afecțiunea trompei, otitele pornite dela acest nivel și toate complicațiile, care pot rezulta dintr'o otită, ne sunt destule exemple despre seriozitatea lor.

Prognosticul se schimbă și putem afirma că este benign pentru aceia, care se supun unui tratament potrivit și înainte de ivirea complicațiilor ireparabile.

## IX. Tratamentul.

Tratamentul acestei afecțiuni este aproape exclusiv chirurgical.

Foarte rar am putea să ne gândim la un tratament medical când avem o hipertrofie puțin accentuată, care nu produce tulburări remarcabile. În acest caz ne-am putea gândi în primul rând la un tratament cauzal.

Intrebuințarea causticelor și termocauterului atât de mult întrebuințate de unii oto-rino-laringologi în hipertrofiile părții anterioare a cornetelor, se întrebuințează foarte rar sau aproape de loc în hipertrofia lor posterioară. Aceasta e motivată prin faptul grelei accesibilități a acestei părți, cât și prin pericolul de-a leza orificiul faringian al trompei lui Eustache, ale cărui consecințe atât de serioase le-am văzut deja.

Galvano-cauterizarea, fie pe cale anterioară, fie pe cale posterioară faringiană perforând coada cornetului dinapoi înainte, am pute-o întrebuința la indivizii, care refuză intervenția radicală.

În cele ce urmează voi descrie tehnica tratamentului chirurgical, așa zisa ablație a cozilor de cornet, stăruind de asemenea și asupra complicațiilor și a tratamentului post-operator.

### A) Pregătirea preoperatorie.

Asepsia și antisepsia preoperatorie se îndreaptă asupra bolnavului, asupra operatorului și asupra materialului și instrumentelor folosite pentru operație.

Asepsia și antisepsia preoperatorie îndreptată asupra bolnavului erau înțelese în diferite feluri de oto-rino-laringologi. Unii practicau sistematic un duș nasal antiseptic înaintea ori

cărei operații, argumentând că astfel ar distruge toți germeni patogeni conținuți în cavitatea nasală. Alți autori, mult mai sceptici și încrezători în puterea bactericidă a sucului nasal, se obțin dela aplicarea acestor spălături preoperatorii, care înafară de altele sunt foarte neplăcute mai ales la copii. Acești autori se rezumă la antisepsia pielii din vecinătatea narinelor și antisepsia gurei.

Totdeauna însă trebuie să ne adaptăm necesităților impuse dela caz la caz. Astfel de exemplu sunt cazuri, unde este indicată o acțiune deterzivă și antiseptică asupra pituitarei, cum sunt cazurile acelea, unde avem o infecțiune manifestă a cavității nasale (ozenă, rinită septică, secundară unui corp strein etc.) E bine ca în aceste cazuri să facem un tratament medical și numai după aceea vom proceda la operație.

În general recomandăm bolnavului, ca înainte de operație să procedeze la desinfecția bucală prin gargarisme cu antiseptice ( $H_2O_2$ ) și în deosebi la desinfecția cavității nasale prin întrebuițarea de oleuri antiseptice (ex. oleu gomenolat sau oleu mentolat), prin introducerea lor sub formă de picături în nas, de trei ori pe zi.

Imediat înainte de operație vom pune bolnavul să-și sufle bine nasul, pentru a-l debarasa de eventualele secreții acumulate în el, apoi să-și spele bine fața cu apă și săpun.

După toate acestea vom desinfecța jurul nasului și gurei cu alcool 90%.

Operatorul va trebui să se desinfecțeze și să respecte toate regulile prevăzute de marea chirurgie. De asemenea instrumentele și materialul întrebuițat la operație vor fi sterilizate după metodele de sterilizare întrebuițate în marea chirurgie.

Pentru luminaj întrebuițăm oglinda Clar, care se fixează de un ajutor, pentru ca operatorul să n'o atingă cu mâinile desinfectate.

Pozitia bolnavului va fi cea obișnuită la rinoscopia ordinară pe fotoliul lui Jansen.

Mulți autori recomandă a se face această operație fără anestezie din motivul, că anestezia locală cu cocaină-adrenalină ar face să se retracte tumoreta hipertrofică și că ar fi mai greu astfel a o prinde în ansă.

Mult mai bine este însă, să se facă anestezie locală cu cocaină 5—10%, căci în felul acesta operația ne este ușurată prin eliminarea reflexelor foarte neplăcute atât pentru bolnav, cât și pentru operator. Această anestezie o facem fie prin pulverizarea

repetată de 2—3 ori a unei soluții de cocaină cu ajutorul unui pulverizator sau mai bine prin badijonare cu un tampon de vată înmuiată în soluție. După cinci minute putem trece la operația propriu zisă.

## **B) Ablația cozilor de cornet.**

Ablația cozilor de cornet este o operație destul de grea de practicat. Este foarte dificil a vedea ceea ce trebuie să facem într'o regiune atât de posterioară a foselor nasale, calea nasală fiind singura autorizată pentru a rezeca convenabil această porțiune de cornet.

Prima condiție pentru a aborda cu înlesnire este, de a avea un acces larg către această regiune. Astfel este mai convenabil de-a înlătura într'un prim timp obstacolele mai anterioare care ne împiedică pătrunderea în profunzime și numai după aceea să facem ablația cozilor. Aceste obstacole sunt date de ridicături, spine de sept mari, deviațiile de sept și hipertrofiile pronunțate ale capului cornetului.

Ablația o facem cu un instrument special. Unii recomandă ansa galvanică din motivul, că nu produce hemoragii prin coagularea, pe care o produce. Alții, din contră, recomandă ansa rece.

Se recomandă mai mult întrebuintarea ansei reci, care are avantajul, că dă mai puține fenomene reacționale, dureroase și congestive. Ansa rece este și ea aproape tot așa de hemostatică ca și ansa galvanică însă cu condiția, să secționăm lent; astfel se sdrobește țesutul în același timp când se secționează și hemostaza se găsește prin aceasta asigurată. Chiar dacă se produce o hemoragie, aceasta este mică și în mod normal ea se oprește destul de repede dela sine.

Ansa caldă (galvanică) dacă nu produce momentan o hemoragie, prin faptul că țesuturile sunt coagulate, ea expune mult mai mult la hemoragie tardivă, când se elimină țesutul coagulat, ceea ce are o înportanță mult mai mare. Aceste hemoragii sunt de obicei mai abundente și apoi întrucât bolnavii în cele mai multe cazuri după această operație, fiindcă starea lor generală nu este prea mult influențată, nu sunt opriți în clinică, respective în sanatoriu, deci în caz de nevoie nu suntem imediat la dispoziția lor, pentru a le da ajutor.

### *a) Technica operatorie cu ansa rece.*

Condiția esențială este de a sesiza bine coada, de-a plasa înapoia ei o ansă prin care să o traversăm perpendicular până

la bază, apoi să strângem ansa, care sugrumă la acest nivel coada, detașându-o.

*G. Laurens* recomandă după doctorul *Cousteau* un truc de montaj, care permite introducerea în nas a ansei vertical, care la un moment precis poate să execute o mișcare de rotație de 90% și să se așeze perpendicular pe axa foselor nasale. Procedeu este următorul: o ansă ordinară ovalară o îndoim puternic în afară ca să formeze cu corpul instrumentului un unghiu de 90%. După aceea tragem de mânerul mobil ca ansa să intre puțin în tub. În felul acesta ansa se va micșora puțin și va lua o poziție longitudinală (în prelungirea tubului aparatului). După ce am introdus ansa în nas, când avem nevoie facem să iasă puțin din tub iar ea, fiind de oțel, va lua din nou poziția inițială, pe care i-am dat-o prin o rotație de 90%, perpendicular pe aparat.

Decursul operației îl putem împărți în trei timpi:

1) Primul timp este introducerea ansei, preparată după cum am descris mai sus, fie sub controlul vederii cu ajutorul speculului lui Vachez sau fără control (à l'aveugle), cu mâna stângă ridicând lobulul nasului cu policele, celelalte patru degete având punctul de sprijin pe frunte. Este recomandabil a se introduce ansa sub controlul vederii și cu ajutorul speculului și luminajului cu oglinda frontală.

Ansa în poziție verticală, atingând planșeul, o trecem de-a lungul lui încet până la peretele posterior al faringelui, pe care îl simțim foarte ușor. Aceasta ne-o previne și bolnavul, care simte în acel moment o greutate, ceea ce denotă, că ansa a atins vâlul și cavumul.

După aceasta urmează timpul doi.

2) Angajăm tumora în ansă după cum urmează: În primul rând scoatem speculul și prindem aparatul în mâna stângă ținându-l în aceeași poziție, în care l-am introdus. Cu mâna dreaptă deșurubăm până la capăt viza de strângere. După aceea luăm din nou aparatul în mâna dreaptă și tragem lin înainte partea mobilă pentruca firul (ansa) de oțel să iasă complet din tub (în acest caz ansa se desface complet) iar grație îndoiturilor, pe care le-am dat la început, ea se va așeza perpendicular pe axa fosei nasale și deci pe axa cozii cornetului.

Este foarte important a intra buința fire de oțel netede și nu ruginite (rugoase) căci altfel firul nu lunecă pe coada cornetului și nu putem să o prindem la baza ei.

3) Al treilea timp este prinderea cozii și secționarea ei. Pentru aceasta tragem încet de instrument și aducem ansa în

aşa poziție, ca să prindă și să lungească dealungul cozii cornetului până la baza ei. Dacă coada a fost bine sesizată, atunci o putem prinde foarte ușor. Tumora odată prinsă și ansa bine fixată pe ea, procedăm la secționarea ei prin o învârtire lentă a vizei de presiune. O senzație de declanșare ne avizează că a fost tăiată, așa că retragem de asemenea încet aparatul și adesea acesta va aduce atârnat la capătul lui partea secționată. În cazul când coada secționată nu rămâne atârnată de capătul instrumentului, ea cade în faringe, de unde bolnavul o scuipă prin gură afară, sau dacă rămâne în fosa nasală, o dă afară prin suflarea nasului.

Facem secționarea încet, deoarece în felul acesta putem evita, în majoritatea cazurilor, hemoragia.

### *b) Tehnica operatorie cu ansa caldă (galvanică).*

Pentru ablația cu ansa galvanică întrebuițăm aproape aceeași tehnică, pe care am întrebuițat-o la ablația cu ansa rece.

Voiu reproduce după *Garel* cele ce urmează: *Garel* ne dă tehnica următoare: se alunecă ansa pe marginea internă a cornetului și când simțim că își pierde contactul (punctul de aplicație) înapoi, se înclină ansa înapoi, apoi o tragem ușor puțin înainte. Simțim în acest moment o rezistență, care nu este altceva decât coada cornetului, care s'a prins în ansă. Închidem puțin circuitul, pentru ca ansa să se adâncească în mucoasă. Strângem ansa care prinde astfel bine coada cornetului și procedăm apoi la secționarea ei. Aceasta se face încet, prin mici presiuni asupra întrepătorului de curent, pentru a nu depăși încălzirea la roșu închis a firului. Aceasta o facem din precauție, căci ansa încălzită la roșu-alb poate expune la hemoragie și fenomene reacționale prea intense.

Secțiunea odată terminată, rezistența, care ținea ansa prinsă, cedează și scoatem ansa, care la capăt are atârnată partea secționată, sau dacă nu aceasta este dată de bolnav din naso-faringe prin gură afară.

## **C). Tratamentul post-operator**

După operație vom ține câteva ore bolnavul pe loc, în deplin repaus, culcat pe un scaun de grădină. Aceasta, pentru a vedea dacă nu survine unul din accidente cele mai frecvente post-operatorii, hemoragia imediată.

Dacă totul este în regulă, atunci nu ne rămâne altceva de făcut, decât să recomandăm bolnavului o desinfecție nasală cu oleu desinfecțant (mentolat, gomenolat) până la completa vindecare,

Nu vom pierde din vedere hemoragiile, care survin după 24 ore sau cele tardive și să fim deci la dispoziția bolnavului pentru a interveni, dacă este necesar.

## X. Accidentele post-operatorii, evitarea și tratamentul lor.

Accidentele post-operatorii le putem împărți în două grupe: Accidente hemoragice și accidente infecțioase.

### I. Accidentele hemoragice.

Cele mai frecvente complicații sunt hemoragiile. În general ablația cozilor de cornet este puțin sângeroasă. Anestezia locală cu cocaină adrenalizată face ca țesutul erectil al cornetelor să se retracte, deci o anemie locală, ceea ce face ca uneori operația să fie aproape fără scurgere sanguină.

La unii indivizi însă, la scurt timp după perioada de anestezie, urmează o mică scurgere de sânge, care se manifestă prin ivirea (scurgerea) de sânge picătură cu picătură. Nu vom face nimic, vom spune numai bolnavului să respire liniștit ținând capul aplecat deasupra unei tăvițe și, în majoritatea cazurilor, scurgerea de sânge se va opri după cinci sau zece minute.

*G. Leibault* recomandă ca bolnavul după operație să stea într'un repaus absolut, să nu meargă, căci dacă bolnavul se agită, atunci hemoragia se mărește.

El recomandă internarea și ținerea bolnavului după orice operație endo-nasală cel puțin o zi în pat, ceea ce ne-ar pune la adăpost de a avea hemoragie la un individ normal.

Câte odată însă hemoragia ivotă nu încetează, ci din contră ea devine abundentă și atunci trebuie să intervenim.

În afară de aceste hemoragii zise imediate, mai avem hemoragii după 24 de ore și al treilea fel, hemoragiile tardive, care survin după opt zile și sunt datorite în majoritatea lor unei stări hemofilice sau hemogenice.

Hemoragiile post-operatorii nu sunt datorite secționării vreunei ramure arteriale, deoarece nicio dată nu se poate pune în evidență o scurgere sanguină în jet (ceea ce se întâmplă când tăiem vre-un vas), care ne-ar îndreptății să afirmăm aceasta. Hemoragia survine din țesutul erectil al mucoasei, care în mod normal se contractă oprind ușor o hemoragie. În stare patologică acest țesut pierzându-și această proprietate și devenind scleros (fibros) vasele după secționare rămân deschise și aceasta ne ex-

plică persistența hemoragiilor. Această hemoragie însă este limitată, deoarece organismul are și alte mijloace, pentru a lupta (coagularea sanguină). Pentru a explica hemoragiile rebele, fie în ceea ce privește durata sau rebele ca repetare, trebuie să adăugăm factorului local și o predispoziție generală.

*Ce trebuie să facem pentru a preveni o hemoragie?* Pentru a putea preveni o hemoragie noi trebuie să depistăm indivizii, care sunt predispuși, Această predispoziție o putem afla fie prin antecedente, (dacă bolnavul a mai avut sângerări mari și înainte) sau prin examenul sângelui.

Din aspectul local nu putem prevedea o eventuală hemoragie, deoarece se poate, ca unele mucoase congestionate, îngroșate, violacee să nu dea hemoragie, până când o mucoasă de aspect anemic, palidă și subțire, să dea totuși o hemoragie destul de pronunțată.

Pentru prevenirea hemoragiilor este important de-a studia două lucruri și anume:

a) Hemofilia este caracterizată prin o alungire a timpului de coagulare, ceea ce privează organismul de una din cele mai mari mijloace de luptă contra hemoragiilor.

b) Sindromul hemogenic, caracterizat prin prelungirea timpului de sângerare.

Dacă am pus în evidență la un bolnav unul din aceste sindrome, nu vom face operație decât după ce vom fi instituit deja un tratament corespunzător, asupra căruia nu insist (ne intrând în cadrele acestei lucrări).

*Ce facem când s'a ivit o hemoragie?* Dacă hemoragia nu este prea mare, vom lăsa bolnavul să stea liniștit cu capul aplecat deasupra unei tăvițe și în cele mai multe cazuri hemoragia se oprește dela sine prin chiagurile de sânge, care se formează.

Dacă hemoragia este persistentă vom reculege la tamponare, care totdeauna este în măsură să oprească o hemoragie. Tamponul nu este bine să-l lăsăm mai mult de 24 ore, pentru motivul că expune la infecții. Este de recomandat că acestui tamponaj să-i asociem un tratament general cu substanțe, care măresc coagulabilitatea sângelui: seruri biologice, săruri de calciu, extract de plăcuțe sanguine etc.

Putem rezuma după *G. Liebau* o conduită generală, prin care ar fi posibil de-a evita complicațiile hemoragice la un individ normal, la care au fost luate toate precauțiile de-a depista o stare hemofilică sau hemogenică;



a) De a ține pe cel operat în supraveghere cel puțin 24 de ore.

b) De-a administra bolnavului o substanță coagulantă (săruri de calciu) în ajunul și în dimineața operației.

c) De-a nu tampona sistematic (vezi accidente infectioase).

d) Dacă tamponamentul este necesar, să-l facem cu o meșă impregnată cu o substanță desinfectantă destul de energică, pentru a putea lăsa tamponul pe loc timp suficient și a nu fi expuși la infecție.

## 2). Accidente infectioase.

Ele sunt mult mai rare decât cele hemoragice, deoarece în general fosele nasale prezintă o toleranță remarcabilă față de germeii infecțioși.

Crustele formate post-operator favorizează stagnarea secrețiilor și ca atare furnizează microbilor un mediu de cultură favorabil și ivirea rinitelor supurate.

Mai des dau complicații locale și regionale tamponajele. Mulți autori, între cari citez pe *Dteulafoy* au arătat rolul în patologie al cavităților închise. Cât timp o infecție se dezvoltă pe o suprafață liberă sau o cavitate deschisă, dezvoltarea germenilor este înceată, iar progresarea în profunzime nu se poate face, deoarece microbii și produșii toxici sunt încontinuu eliminați. Dacă însă cavitatea se închide, puterea lor de dezvoltare crește și infecția ia un mers mult mai grav, date fiind condițiile de dezvoltare prielnice microbilor. Ori noi prin tamponare astupăm diferite orificii ale cavităților, care se deschid aici și favorizăm dezvoltarea germenilor. În consecință se va putea dezvolta o sinuzită sau, dacă tamponul obstruiază trompa lui Eustache, o salpingită cu consecințele ei.

Prin urmare trebuie să evităm pe cât posibil tamponamentul și în deosebi cel prelungit și hermetic.

## XI. Observațiuni clinice

În clinica oto-rino-laringologică din Cluj, în ultimii trei ani (1 Ianuarie 1934—1 Ianuarie 1937) s'au executat 150 operații asupra cozilor cornetelor (ablație).

În anul 1934 s'au operat 45 de cazuri, în 1935 s'au operat 27, iar în 1937 s'au operat 78 de cazuri.

Cazurile operate le putem repartiza după cum urmează:

1) Sex	{	Bărbați . . . . .	107
		Femei . . . . .	43



2) Vârsta	}	Intre 1—10 ani . . . . .	1 caz . . . . .	0,68%
		" 10—15 " . . . . .	8 cazuri . . . . .	5,32%
		" 15—20 " . . . . .	35 " . . . . .	23,40%
		" 20—30 " . . . . .	76 " . . . . .	50,62%
		" 30—40 " . . . . .	25 " . . . . .	16,66%
		Peste 40 ani . . . . .	5 " . . . . .	3,32%
3) Luni	}	Januarie . . . . .	9 cazuri . . . . .	6,00%
		Februarie . . . . .	5 " . . . . .	3,32%
		Martie . . . . .	12 " . . . . .	8,00%
		Aprilie . . . . .	14 " . . . . .	9,32%
		Mai . . . . .	15 " . . . . .	10,00%
		Iunie . . . . .	27 " . . . . .	18,00%
		Iulie . . . . .	14 " . . . . .	9,32%
		August . . . . .	8 " . . . . .	5,32%
		Septembrie . . . . .	14 " . . . . .	9,32%
		Octombrie . . . . .	7 " . . . . .	4,66%
		Noembrie . . . . .	14 " . . . . .	9,32%
		Decembrie . . . . .	11 " . . . . .	7,42%
4) Localizarea	}	Coadă cornetului inf. stg. . . . .	32 cazuri	
		" " " " dr. . . . .	23 "	
		" " " " mijlociu . . . . .	3 "	
		Mai multe cozi afectate . . . . .	92 "	
5) Afecțiuni asociate	}	Vegetații . . . . .	17 cazuri	
		Hipertrofia totală a cornet. . . . .	29 "	
		Polipi . . . . .	4 "	
		Astm . . . . .	1 "	
		Amigdale hipertrofice . . . . .	2 "	

Intre altete această statistică ne arată frecvența mai accentuată la bărbați decât la femei și frecvența mai mare între 20 și 30 de ani.

*Obs. I.* — S. M., Femeie 30 ani, vine la consultațiile clinice în Decembrie 1935. Bolnava se plânge că aproximativ de doi ani a simțit că nu mai poate să respire bine pe nas, fără să prezinte alte tulburări. Din primăvara anului trecut însă avea foarte frecvent cefaleie.

La examenul clinic starea generală bună, în antecedente ereditare și colaterale nimic important,

La examenul rinoscopic se observă de ambele părți hipertrofia cornetelor inferioare cu degenerescența polipoidă a cozilor.

Se face operație și în decurs de șapte zile bolnava părăsește clinica, vindecată și putând respira foarte bine pe nas.

*Obs. II.* — T. I. Bărbat 23 ani. Vine la consultațiile clinice în Iunie 1936. Bolnavul ne spune, că acum o lună își simțea, gâtul uscat, prezenta jenă la deglutiție și câte odată dureri în urechi și dureri de cap.

La examenul faringelui se constată amigdalită cronică și faringită cronică.

La examenul rinoscopic cozi de cornet hipertrofiate.

Se recomandă intervenția operatorie, pe care bolnavul o acceptă. Se face ablația cozilor de cornet, iar după două săptămâni bolnavul pleacă complet vindecat.

*Obs. III.* — B. C. Bărbat de 36 ani, minier, vine la consultațiile clinice în Martie 1936. Bolnavul se plânge, că în toamna anului 1935, în urma unei stări gripale, are o amigdalită și rămâne cu o ușoară alterare a auzului, care a progresat.

Starea generală a bolnavului este bună. Sero-reacția B. W. este negativă. La examenul urechii se găsește proeminența apofizei ciocanului, în special la dreapta.

La examenul funcțional al urechii prezintă: Weber indiferent, Rinne negativ la ambele urechi, Schwabach prezent la ambele urechi, vocea șoptită, nu aude bine dela  $\frac{1}{2}$  de metru.

La examenul rinoscopic se observă: la rinoscopia anterioară o hipertrofie a mucoasei cu o sinechie între sept și cornetul inferior drept și deviație de sept., la rinoscopia posterioară se constată cozi de cornete hipertrofiate.

La examenul faringelui prezintă o faringită granuloasă și amigdale murdare scleroase.

Se face ablația cozilor și amigdalectomie.

Post-operator se fac insuflații cu sonda. După cinci săptămâni bolnavul părăsește clinica vindecat și cu auzul foarte mult ameliorat.

*Obs. IV.* — S. I. Bărbat de 42 ani, tâmplar, se prezintă la consultațiile clinice în Iunie 1936 și se plânge că de 4 ani a început să simtă o umflare a nasului, insuficiență respiratorie și este nevoit să-și sufle nasul, foarte des.

La examenul rinoscopic se constată: la rinoscopia anterioară o deviație de sept și hipertrofia cornetelor inferioare. După cocainizare meatul mijlociu liber (fără puroi), iar cornetul mij-

lociu hipertrofiat; la rinoscopia posterioară se observă cozi de cornete de ambele părți ale coanelor.

Se face ablația cozilor cornetelor inferioare și după câteva zile bolnavul părăsește clinica vindecat.

*Obs. V.* — R. A. de 15 ani se prezintă la consultațiile clinice în Noemvrie 1935. Bolnavul se plânge că de câțiva ani nu poate respira bine pe nas, fiind silit să respire mai mult pe gură. Noaptea doarme cu gura deschisă, iar dimineața are gâtul plin de secreții, pe care abia poate să le dea afară. În continuu trebuie să-și sufle nasul și prezintă cefalei foarte rebele.

La examenul faringian se constată secreții, care curg din naso-faringe și o faringită cronică. Amigdalele sunt hipertrofice.

La rinoscopia anterioară cornetul inferior stâng ușor hipertrofiat și o deviație de sept cu creastă la dreapta; la rinoscopia posterioară se găsește o hipertofie pronunțată a cozilor de cornete.

Operația se face în doi timpi. În primul timp se face rezecția subpericondro-mucoasă a septului nasal și în al doilea timp, ablația cozilor cornetelor inferioare.

Bolnavul se vindecă complet, dispărând toate simptomele descrise mai sus.



## CONCLUZIUNI.

1) Hipertrofia coanală a cornetelor este o mărire de volum a extremităților posterioare a cornetelor.

2) Diagnosticate prin rinoscopie posterioară cozile hipertrofice se prezintă, clinic, ca o formațiune rotundă, ovalară, muriformă, de culoare roșietică sau cenușie.

3) Ele sunt susceptibile de-a produce o serie multiplă de tulburări, pe care le putem situa în trei grupe :

1. *tulburări mecanice*, (obstrucție nasală, respirație bucală, voce nasonată, obstrucția trompei).

2. *tulburări reflexe*, (cefalee, tulburări oculare, ambliopii, spasme faringiene și laringiene, tulburări astmatice) și

3. *tulburări infecțioase*, (rino-faringită cronică, salpingită otică, otită catarală, otită cronică).

4) Evoluția hipertrofiei este cronică, poate să rămână staționară un oarecare timp într'un stadiu la care a ajuns, pentru ca în cele din urmă să ajungă la o degenerescență polipoidă a mucoasei sau la formarea de polipi adevărați.

5) Prognosticul este benign pentru acei, care se supun unui tratament potrivit și înainte de ivirea complicațiilor.

6) Indicația operatorie ne-o dau fenomenele de obstrucție, insuficiența respiratorie sau complicațiile, pe care le produce această hipertrofie.

7) Tratamentul este exclusiv chirurgical și pentru aceasta recomandăm întrebuințarea ansei reci cu fir de oțel.

8) Trebuie să fim atenți la accidentele post-operatorii (hemoragii imediate, după 24 de ore și tardive, precum și la accidentele infecțioase), pe care trebuie să le prevenim.

9) În clinica oto-rino-laringologică din Cluj s'au operat 150 cazuri dela 1 Ianuarie 1934 până la 1 Ianuarie 1937, obținându-se rezultate bune. Din statistică reese o frecvență mai accentuată la bărbați (107 cazuri) decât la femei (43 cazuri), predominanța mai accentuată între 20 și 30 de ani.

Decanul facultății :  
(ss) Prof. Dr. Michail

Președintele tezei :  
(ss) Prof. Dr. Buzoianu



## BIBLIOGRAFIE.

*Prof. G. Buzoianu*: Noi contribuțiuni clinice la semiologia cefaleei de origine nasală. (Revista medicală „Spitalul” Sept. 1934).

*Dufourmentel*: Les accidents consecutifs aux petites opérations endo-nasales. (Revue No. 4. 1932).

*A. Denker und Brünings*: Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege, einschliesslich der Mundkrankheit.

*E. Escat*: Technique, Oto-Rino-Laringologique.

*Dr. P. L. Errecart*: Obstruction permanente de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache. (Revue de laringologie otorhinologie No. 5, 1933).

*L. Cuisez*: Maladies des fosses nasales et des sinus.

*Halphen*: Les lésions nasales dans le déterminism de l'asthme (Revue de presse No. 8, 1933).

*G. Laurens*: Précis d'oto-rhino-laringologie.

*M. Lannois*: Précis de maladies de l'oreille du nez, du pharynx et du larynx.

*Georges Liebault*: L'obstruction nasale, ses causes, ses conséquences (VI — éme conférence).

*Georges Laurens*: Chirurgie oto-rhino-laringologique.

*Dr. G. Liébault*: Comment éviter certains accidents hémorragique consecutifs aux petits opérations endo-nasales (Revue de oto-rhino-laringologie No. 9, 1932).

*V. Papilian*: Tratat de anatomie umană.

*G. Roger = Widal = Teissier*: Nouveau traité de médecine (Fascicola XI).

*Sargnon*: Les céphalées d'origine nasale. (revue de laringologi -oto-rhinologie No. 2, 1934).

*Testut = Latargét*: Traité d'anatomie humaine.

