

CONTRIBUȚIUNI CLINICE ASUPRA
PERIFLEBITELOR SUPURATE
ALE
SINUSULUI VENOS LATERAL
IN CURSUL MASTOIDITELOR.



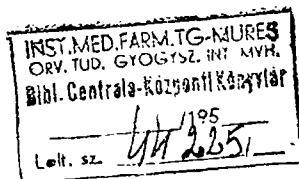
PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI FARMACIE

prezentată și susținută în ziua de 25 Februarie 1937

de

KONDRAJ GRIGORE.

POST EXTERN AL CLJNICELOR.



23 MAY 2005



UNIVERSITATEA "REGELE FERDINAND I." CLUJ
FACULTATEA DE MEDECINĂ

Decan : Prof. Dr. MICHAÏL D.

Profesori :

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

JURIUL DE PROMOTIE

Președinte : D-nul Prof. Dr. Buzoianu

Membrii : }	»	»	»	Popovici
	»	»	»	Sturza
	»	»	»	Aleman
	»	»	»	Tătar

Supleant : Dl. Doc. Dr. C. Veluda.



I. INTRODUCERE.

Periflebita sinusului lateral (sinonime : pachimeningită lovalizată externă, abces extradural perisinusal sau periflebitic, abces epidural) nu este altceva, decât o colecție purulentă situată între dura mater și fața internă a mastoidei cerebeloase. De fapt este o complicație endocraniană a osteitei mastoidiene. Este cea mai frecventă complicație endocraniană a mastoiditelor pentru că reprezintă stadiul inițial al celorlalte complicațiuni. Periflebita este stadiul intermediar al unei infecțiuni a cărei gradațiune evolutivă poate să fie următoarea : amigdalită sau faringită, apoi otită tubară, otită medie, osteomielită endomastoidiană, periflebită, tromboflebită sinusului lateral, septicemie, abces cerebelos sau meningită. Aceste stadii evolutive până la periflebită inclusiv *quo ad vitam* nu sunt grave, însă au un prognostic rezervat. Ceace urmează însă după periflebită are un prognostic foarte grav. Dacă intervenim în caz de periflebită prognosticul postoperator e mult mai bun decât la o tromboflebită sau abces cerebelos. Deaceea e foarte important să cunoaștem și să diagnosticăm periflebita, ca prin intervenție să salvăm bolnavul de complicațiunile mai grave ale otomastoiditelor. Infecția de multe ori nu trece imediat din urechea medie la mastoidă, ci între o otită medei și o mastoidită se intercalează deobicei o pauză mai mult sau mai puțin lungă. La periflebită infecția nu stagnează, ea trece fără pauză în interiorul sinusului, în spațiile sub arahnoidiene, în masa cerebeloasă, dând tromboflebită, complicația temută a periflebitei, meningită sau abces cerebelos. Pentru chirurgul otolog, are {decie mare importanță să nu piardă momentul când infecția este încă în stadiul de periflebită. Scopul acestei lucrări este tocmai accentuarea acestui fapt foarte important din punctul de vedere al prognosticului.

II. CONSIDERAȚIUNI ANATOMICE.

Pentru a înțelege mai ușor patogenia periflebitelor sinusului lateral trebuie să cunoaștem structura apofizei mastoidiene și raportul ei cu sinusul lateral.

Avem trei tipuri principale de mastoide. Tipul *pneumatic*, (37 0/0) care este cel mai important, format din celule mari, separate de septuri foarte subțiri. Tipul *diploic* sau mixt (43 0/0) cu aspect spongios, format din celule foarte mici. Între ele mai găsim și celule mari zise aberante. Tipul *eburnos* (20 0/0) e mai rar întâlnit, se caracterizează printr'un țesut osos compact fără să conțină vreo celulă. Aceste celule se aglomerează în anumite grupuri separate așezate în jurul antrului. Celulele le clasificăm după raportul lor cu antru. Astfel avem: celule exo-antrale, subantrale, preantrale, celule aberante și retro-antrale. Ne interesează mai mult aceste din urmă. Celulele retroantrale sau perisinusale sunt așezate între antru și sinusul lateral, în jurul sinusului, deasupra și dedesubtul lui. Vena emisară mastoidiană traversează celulele situate dedesubtul sinusului.

Corticala internă a mastoidei e în raport cu porțiunea a doua zisă mastoidiană a sinusului lateral. Această porțiune este lojată într'o dedublare a durei mater, situată în șanțul sigmoidian ce e săpat pe fața endocraniană a apofizei mastoidiene. Sinusul lateral se începe la răspântia lui Herophile cu o porțiune orizontală, se continuă cu cea verticală, se termină cu porțiunea transversală și se varsă, prin intermediul golfului venei jugulare, în vena jugulară internă. Din cauza raportului intim cu apofiza mastoidă ne interesează mai mult porțiunea verticală sau sigmoidiană. Partea aceasta a sinusului lateral se poate proiecta foarte ușor pe fața externă a apofizei mastoidiene. Dacă se împarte mastoidă prin trei linii orizontale în trei etaje egale și cu o linie verticală ce trece prin axa osului, în două părți egale, una anterioară și alta posterioară, atunci mastoidă va fi împărțită în șase zone. Sinusul se proiectează pe mastoidă în cadranul postero-superior și în cele două mijlocii. Această proiecție e importantă pentru orientarea din timpul intervenției. Înspre cutia craniană sinusul este în raport cu fața convexă a cerebelului, prin intermediul meningelor moi.

III. ANATOMIA — PATOLOGICĂ.

Studiul anatomo-patologic al leziunilor perisinusale s'a făcut mai mult pe omul viu în cursul operațiilor. Abcesul fiind în raport cu sinusul laterale, e situat în fosa cerebeloasă, între fața internă a mastoidei și meningele cerebelos. Contactul intim cu meningele, cerebel și sinus lateral explică frecvența complicațiilor din partea acestor organe.

După patogeneză lor avem două forme anatomo-patologice mai importante. Avem abcese cari comunică cu focarul osteitic mastoidian, și cari s'au format prin propagarea acestei infecțiuni în jurul sinusului. Această formă ne interesează mai mult fiind cea mai frecventă. Celalaltă formă constituie abcesul în-

chis În aceste cazuri nu găsim leziuni ostetice perisinusale; infecția s'a produs metastatic pe calea veneculelor osoase infectate.

Din punct de vedere anatomo-patologic trebuie să studiem leziunile osoase mastoidiene, meningeale, perisinusale și sinusale.

Leziunile mastodiene sunt deja avansate. Stadiul cataral al infecției e transformat deja într'o osteomielită endomastoidiană cu necroză și distrucție osoasă evidentă. Se formează un adevărat abces intraosos, un empiem mastodian. Acest proces apoi erodând peretele endocranian al mastoidei dă leziuni meningeale și perisinusale. Distrucția corticalei interne uneori este întinsă sau altă dată foarte mică, fiind în funcție de vechimea procesului și virulența agentului patogen. Câteodată nu găsim decât mici fistule subțiri și sinuoase, altă dată sechestre relativ mari.

Leziunile inflamatorii ale durei mater se numesc *durmetrite* sau pachimeningite. În cazurile acute, cari sunt foarte frecvente, dura se prezintă îngroșată, congestionată cu vasele meningeale dilatate. Dacă inflamația, e cronică dela început, sau virulența microbilor e redusă, meningele are timp să se apere. Datorită rezistenței mari a durei, de multe ori inflamația se localizează numai la straturile cele mai externe. Această reacțiune de apărare a meningelui se va traduce printr'un aspect fungos, dura mater fiind acoperită de un țesut granulat. Leziunile meningeale nu sunt totdeauna în raport cu distrucția osoasă. Foarte frecvent înapoia unei mici fistule osoase s'a găsit ascuns o durmetrită întinsă. Reacțiunea granulară produce ridicarea durei depe os acționând ca și o colecție purulentă acută. Uneori procesul inflamator atacă straturile cât și fața internă a durei căptușită de endoteliu, ce atrage după sine o precipitare pe acest loc a fibrinei din lichidul cefalo-rachidian. Excepțional meningele se ulcerează, apoi se fistulizează, ducând la meningită sau prin închistare la un abces subdural. Fistula durei se formează mai ales după o inflamație trombotică a vaselor meningeale.

Leziunile sinusale. Într'un stadiu evolutiv mai înaintat, când corticala mastoidei e profund alterată, vom constata o colecție purulentă în jurul sinusului descoperit ceace numim *periflebită supurată*. Acest abces dacă e mare poată să exercită compresiuni asupra cerebelului și peretelui sinusal. Leziunile inflamatorii ale peretelui sinusal, *periflebită parietală interstițială* este totdeauna prezentă. Macroscopic sinusul, pierzând culoarea sa normală albăstruie, devină galbenă cu aspect purulent comparabilă cu frunza veștedă. Sinusul e îngroșat, edemațiat. Altă dată peretele venos ca și meningele va fi acoperit de fungozități sesile și vegetațiuni

granulative, când avem de a face cu o *periflebită fungoasă*. Propriu zis sub periflebită simplă parietală înțelegem leziuni inflamatorii localizate strict numai pe adventicia și musculoasa vasului, fără leziuni endoteliale. Dacă se produc și leziuni endoteliale atunci se formează deja o tromboflebită a cărei descrierea nu intră în cadrul acestei lucrări. În cursul periflebitelor de multe ori se formează un tromb parietal steril și neobliterant, ceace din punctul de vedere clinic nu se manifestă încă prin nici un simptom de tromboflebită. Acest stadiu anatomicopatologic este deci ultima etapă, când mai putem face diferență din punct de vedere clinic între un abces epidural și o septicemie de origină otică (tromboflebita sinusului lateral) și când prin drenarea abcesului mai putem opri formarea unui tromb septic. Dimensiunile abcesului crescând, el are tendințe să se întinde înspre baza craniului exteriorizându-se printr'unul dintre orificiile găsite acolo (gaura ruptă posterioară, gaura occipitală, canalul hypoglosului) constituind abcese laterofaringiene ale spațiului maxilo-faringean. S'a observat migrațiunea abcesului epidural și prin orificiul venei emisare mastoidiene. Rar s'a constatat exteriorizarea abcesului după erodarea osului. Dacă nu se intervine abcesul de obicei se deschide în spațiile subarahnoidien sau în substanța cerebeloasă.

Examinări bacterologice. Orice microb poate produce infecția periflebitică. În formele acute intervine cel mai des streptococul, iar în cele cronice stafilococul. Streptococul (60 0/0) stafilococul (15 0/0) sunt cei mai frecvenți. Pe lângă aceștia mai întâlnim pneumococul (7 0/0), diplococul (7 0/0), streptococul mucosus, bacilul coli, baciliul proteus, baciliul Pfeiffer, baciliul tific, microbi anaerobi. Baciliul Koch numai rareori a fost pus în evidență. Putem constata și infecțiuni mixte, de exemplu: streptococ + stafilococ, streptococ + pneumococ, pneumococ + diplococ. Se asociază totdeauna acei microbi cari își favorizează reciproc creșterea lor.

IV. ETIOLOGIE. PATOGENIE.

Cauza periflebitei sinusului lateral ce survine în cursul mastoiditelor, e tocmai osteita mastoidiană. Raportul intim între mastoidă și sinusul sigmoidian explică frecvența acestei infecțiuni. Mastoidita la rândul ei este totdeauna secundară unei otite medii purulente. Punctul de plecare al periflebitei e de obicei o otită cronică, cea acută intervine mult mai rar. Abcesul extradural se formează aproape totdeauna în *cursul unui puseu acut a otitei cronice*. Exaltarea virulenței microbiene în cursul acestui puseu poate să aibă diferite cauze. Uneori e secundară unei rino-faringite sau amigdalite. Altă dată mastoidita reincălzită apare după o infecție generalizată (gripă, pojar, scarlatină, pneumonie), reducând rezistența or-

ganismului, virulența microbilor se exaltează. Afară de acești factori mai intervine și terenul debilitat de tbc, sifilis, diabet. O retenție de puroi deasemenea se poate incrimina, când orificiul de drenaj transtimpanic se obstruiază de mucoasa congestionată sau de țesutul granulos. *Obstrucția* se mai poate produce de un corp străin, polipi sau colestetomul urechei medii. Prezența acestor »corpi străini« pe de altă parte întretine o infecție prin iritație continuă a mucoasei din casă, și astfel favorizează propagarea infecției către sinusul lateral. Vom observa deci o oprire sau o abundență anormală a scurgerii auriculare. Altă dată drenajul e oprit de o perforație spontană incompletă, sau o paracenteză insuficient sau tardiv executată. Un traumatism, de obicei operator al mastoidei reducând rezistența locală poate favoriza deasemenea dezvoltarea periflebitei. Mai rar afară de otită cronică intervină și o mastoidită acută după o otită acută.

Deci dela o otită până la periflebită procesul morbid trece printr'un stadiu de mastoidită. Inflamația celulelor pneumatice perisinusale, adică o *mastoidită tip posterior* este indispensabilă la patogeniza abcesului extradural. Infecția se propagă în modul următor: mucoasa celulelor mai întâiu devine congestionată, se tumefiază și se revarsă în lumenul lor un transudat. Aerul trebuie să fie neapărat resorbit, ceace contriube la diminuarea vitalității celulelor mastoidiene. După acest stadiu cataral apare osteita propriu zisă. Țesutul osos invadat de osteoclaste va fi distrus și necrozat după tromboza vaselor. Inflamația astfel trece progresiv din loc în loc până când erodează și corticala internă a mastoidei, ajungând în jurul sinusului, determină formația unei colecții purulente. Locurile predilecte pentru formarea abcesului sunt regiunile tegmenului și a sinusului, nu numai prin faptul că aici se face trecerea infecției, ci mai mult pentru că aici avem posibilitatea deslipirii mai întinsă și mai ușoară a durei de pe os. În anumite locuri, mai ales medial dura se inseră intim pe os așa încât formarea abcesului nu e posibilă fără ruptura durei.

S'a mai observat intervenția mai multor *cauze predispozante*. În ceace privește *etatea* periflebita este mai frecventă în primele trei deceni ale vieții, mai ales în primii douăzeci de ani. Structura apofizei mastoidiană joacă un rol mare în geneza abcesului extradural. O apofiză *pneumatică* se infectează mult mai ușor și se drenează mai dificil decât o mastoidă petroasă. Deaceia la o mastoidită de tip Benzold abcesul extradural este frecvent. Observațiunile arată, că periflebita *la dreapta* e mai frecventă ca la stânga. Aceasta ar putea fi adusă în legătură cu situația mai apropiată a sinusului față de antru pe partea dreaptă, decât pe cea stângă. La brachicefalici deasemenea s'a observat o frecvență mai mare, în ceace privește *sexul* afecțiunea ar fi mai frecventă la bărbați decât

la femei. Probabil bărbații sunt mai expuși infecțiilor naso-faringiene (frig), cari sunt urmate apoi de complicații otomastoidiene.

V. SIMPTOMATOLOGIE.

Abcesul extradural având origine foarte variată, poate fi localizat oriunde în cutia craniană între os și dura mater. Cele mai frecvente sunt însă cele de origine oto-mastoidiană. Afară de acestea mai întâlnim abcese situate în fossa cerebrală mijlocie când infecția se propagă din urechea medie prin tegmen timpani ori tegmen antri. Aceste forme ne interesează mai mult din punctul de vedere al diagnosticului diferențial și de localizare. Ne ocupăm mai pe larg cu simptomatologia abcesului extradural perisinusal, pentru că această formă este cea mai frecventă și cea mai periculoasă. E un abces extradural grav prin situația sa, având raporturi afară de meninge și cerebral încă și cu un sinus cerebral. Deci infecția are posibilitatea să atace nu numai organele învecinate, dar are posibilitatea să pătrundă și în torentul circulator. Frecvența abcesului extradural perisinusal e aratăată și de observația cazurilor din clinică O. R. L. din Cluj. În cursul anilor 1935 și 1936 cele mai multe abcese extradurale s'a constatat sub formă de supurațiuni perisinusale la bolnavii sosiți aproape în ultimul moment pentru operație.

Simptomatologia abcesului extradural este foarte variată și obscură. Simptoamele de cele mai multe ori sunt latente și nesigure, așa încât prin ele nu putem face un diagnostic sigur. Constatând anumite semne *mai mult bănuim decât diagnosticăm prezența abcesului*. Latența periflebitei sinusale se explică prin faptul că semnele de mastoidită ascund prezența abcesului. Pe de altă parte în cursul unei otoree cronice atenția noastră va fi atrasă de puseul acut al otitei.

Totuși în cursul unei mastoidite sau otitei reincălzite, putem bănui prezența unei drumetrite perisinusale bazându-ne pe anumite semne subiective. Astfel găsim o *cefalee* persistentă unilaterală ce-și augmentează intensitatea. Cefaleea se explică prin iritația terminațiilor meningeale ale trigemenului. Durerea are un caracter pulsatil, care dacă dispăre, pe lângă persistența celorlalte semne de infecție, ne face să presupunem o pătrundere a puroiului în spațiile subarahnoidiene. Mobilitatea capului e limitată, mișcările sunt asociate de o durere specială din partea abcesului, ce se întinde înspre gât. Acest *torticolis* trebuie să-l diferențiem de rigiditatea cefei, ce survine în cursul meningitelor. La un abces extradural mișcările de flexiune, extensiune cât și de rotațiune ale capului sunt dureroase, pe când în caz de meningită numai flexiunea și extensiunea sunt asociate de dureri. Bolnavii sunt incapabili de

muncă intelectuală, devin uituci, abătuți, semne cari arată o imbolnăvire mai serioasă.

Local găsim durere la presiune pe regiunea posterioară și superioară a mastoidei, către fosa cerebeloasă. Tot în această regiune se poate constata un ușor edem și hiperemie. Aceste semne au o importanță destul de mare. Dacă durerea e localizată și limitată fix pe regiunea edemațiată, arată un focar osteitic aberant în vecinătatea durei mater.

Semnele de *compresiune cerebrală* au o mare valoare, însă ele se observă destul de rar. Survin mai ales atunci dacă abcesul are un volum mai mare prin care exercită o compresiune asupra cerebelului. Bolnavul va prezenta somnolență, vărsături repetate, zise cerebrale, adică fără efort și neprecedate de greață. Pulsul devine bradicardic în discordanță netă cu temperatura. Excepțional s'au semnalat fenomene de focar, caracterizate de semne cerebeloase și convulsii. În aceste cazuri simptomele nu s'au produs prin compresiune directă, din partea abcesului extradural, ci mai mult de un edem cerebelos localizat.

Bineînțeles ca la orice infecție este atacată și starea generală. Temperatura e mai mult sau mai puțin ridicată. Pulsul, dacă nu intervin fenomene de compresiune cerebrală, crește în concordanță cu temperatura. Bolnavul prezintă insomnie, inapetență, datorită durerii și stării febrile. Pe lângă aceste fenomene mai găsim și semne locale ale unei otomastoidite. *Oftalmoscopia* arată fundul de ochi normal. Rar se constată stază papilară, și nevrită septică. Acesta coincide cu modificările lichidului cefalo-rachidian și arată că infecția nu e bine delimitată.

Cercetări radiologice și de laborator. Examenul radiologic de regulă nu arată nimic specific. Colecția purulentă cât și sinusul e perfect transparent razelor Röntgen, așa încât numai indirect prin modificările osoase perisinusale putem trage concluziuni despre starea sinusului. Găsim aproape constant semne de osteită mastodiană și mai rar leziuni de osteită hipertrofinată perisinusală. Pe film sistemul pneumatic cât și diploele în jurul șanțului sigmatic apare mult mai umbricit ceace denotă o alveolită și distrucție a pereților celulari. În jurul venei emisare mastoidiene modificările sunt asemănătoare. Canalul ei apare anormal de bine delimitat. Leziunile din partea meningelui (plăci de calcifiere) se observă rar.

Lichidul cefalo-rachidian în general e normal. La examinările chimice putem găsi albumina pozitivă, glucoză și puterea reductoară a lichidului mărită. Examenul citologic și bacterologic e uneori negativ, contrastând cu fenomenele de iritație meningeală. Acest sindrom de disociație a simptomelor denotă un abces extradural, sau cerebral. (*Borries*). Lichidul e clar, transparent, aseptice, cu număr moderat de elemente ce-

lulare, cu predominanța limfocitelor. Rar poate să determine abcesul, numai prin prezența sa modificări citologice în lichidul cefalo-rachidian; o meningită puriformă aseptică cu un lichid tulbure, bogat în elemente celulare. În aceste cazuri numai însemnările pe mediile de cultură ne clarifică, că este vorba numai de o reacție meningeală și nu de o meningită evidentă. Tensiunea lichidului cefalo-rachidian, măsurată cu aparatul lui Claude, e normală.

În sânge găsim o *leucocitoză* polinucleară nu prea ridicată. *Hemocultura* e totdeauna negativă.

VI. EVOLUTIA ȘI COMPLICAȚIUNI.

Abcesul extradural, dacă nu e tratat chirurgical evoluiază mai departe și tinde să se deschidă în două direcții; ori în afară înspre tegument, ori în interiorul organelor craniene. Fistulizarea în afară a abcesului prin sutura temporo-mastoidiană e o evoluție într'o direcție bună însă din nefericire excepțională. Dacă nu se intervine chirurgical, abcesul evoluiază și după o fază plină cu complicațiuni se termină cu moartea.

Complicațiunile sunt de mai multe feluri. Vom constata fenomene din partea sinusului lateral, meningelui și cerebelului, la care se mai adaugă complicațiunile cervicale.

Complicația sinusală e *tromboflebita sinusului lateral*. Dacă inflamația erodează și peretele endotelial al sinusului, ca la orice distrucție de endoteliu, va fi pusă în libertate trombochinaza și vom avea formarea unui tromb. Acest tromb se infectează pe urmă, iar microbii și toxinele lor au posibilitate foarte mare să intră în torentul circulator, determinând o stare septicemică. La un bolnav cu stare generală destul de bună cu temperatură nu prea ridicată, deodată starea generală se alterează, apare un frison puternic temperatura se ridică brusc la 40—41°, și scade către dimineața la 37, precedată fiind de o transpirație abundentă. În acelaș timp simptoamele locale otomastoidiene se exacerbează și ele; edemul și durerea la presiunea marginii posterioare a mastoidei se accentuează. În sânge găsim o leucocitoză peste 15 000 și hemocultura pozitivă, mai ales în timpul ascensiunii febrile. Pe lângă aceste semne survin metastaze la distanță prin embolii septice; gangrene pulmonare, abcese pulmonare, p'eurezii, artrite abcese hepatice, splenice etc. Lichidul cefalo-rachidian ne dă semnul lui Queckenstedt pozitiv.

Complicațiunile meningeale sunt: abcesul subdural, meningita septică și meningita puriformă.

Abcesul subdural se naște atunci, dacă dura mater se erodează și se produce o colecție purulentă între ea și arachnoidă. Închistarea colecției meningeale însă recere un proces

infalamator destul de prelungit ce permite formarea aderențelor intrameningeale. Apariția abcesului subdural în cursul abcesului perisinusal e foarte insidioasă. De obicei nu le putem diagnostica decât pe masa de operație. Abcesul subdural însă prezintă două semne pe care nu le găsim totdeauna la cel extradural și anume staza papilară și bradicardia.

Dacă inflamația perisinusală evoluează foarte rapid, infecția nu va fi inchistată ci se va propaga în spațiile subarahnoidiene, producând o *meningită septică acută*. Meningită odată constituită e ușoară de recunoscută, după semnele de inflamație meningeală. Vom găsi contracturi musculare cum e rigiditatea cefei, reflexele exagerate, Babinsky pozitiv, semnul lui Kernig, Brudzinsky, hiperestezie cutanată, dermatografism, bradicardie, constipație. Fenomenele de hipertensiune cerebrală se manifestă prin vomismente caracteristice, cefalee, dispnee. Lichidul cefalo-rachidian are un aspect purulent, cu foarte multe polinucleare, iar inoculările pe mediile de cultură sunt pozitive.

Meningita aseptică puriformă nu e altceva decât o simplă reacție față de infecția perisinusală, sau față de toxinele microbiene. Clinic seamănă cu meningita septică, însă simptomatologia e mai frustă. Diagnosticul între cele două meningite se poate face numai prin puncție lombară. Lichidul hipertensiv are un aspect purulent. Citologic găsim polinucleare și mononucleare în abundență. Bacterologic avem absența microbilor atât la examenul direct, cât și după însemnările repetate. Evoluția e benignă, ele se vindecă spontan, sau după puncțiuni repetate, dacă focarul cauzal a fost bine tratat. Deci totdeauna, în cursul abcesului extradural trebuie să repetăm sistematic examenul bacterologic al lichidului cefalo-rachidian.

Dacă reacția meningeală nu e așa de mare ca să fie vizibilă prin examinarea macroscopică a lichidului, vorbim de *meningita seroasă*, aseptică. Simptomatologia și prognosticul sunt identice cu meningita puriformă.

Formarea *abcesului cerebelos* în cursul periflebitei e explicată prin raportul intim al sinusului cu cerebelul. Propagarea infecției dela abces perisinusal se face progresiv. Leziunile de pachimeningita produc aderența între dură și arahnoidă, iar pe calea acestor aderențe infecția se propagă la cerebral. De multe ori abcesul cerebelos se formează după un abces subdural intercalat. Abcesele metastatice cerebeloase prin mecanismul emboliei micilor vase cerebeloase sunt excepționale. Apariția abcesului cerebelos e foarte lentă și insidioasă. Bolnavul va prezenta simptoame evidente de hipertensiune cerebrală și simptoamele cerebeloase homolaterale. Vom observa tulburări în menținerea echilibrului, tremurături intenționate, incordonarea mișcărilor, adiadochochinezie, hipotonie musculară.

Fenomene vestibulare : vertgi, nistagm spontam și provocat. Mai găsim semne piramidale și bulbare.

Dacă abcesul extradural migrează și se exteriorizează prin găurile osoase situate pe bază craniului, mai ales prin gaura ruptă posterioară, atunci poate provoca formarea unei colecții purulente în spațiul maxilofaringean numit *abces latero-faringian*. Simptoamele apar mai ales din partea faringelui. Peretele lui din partea abcesului bombează în naso-faringe, înaintea sau înapoia amigdalei. Dacă vor fi prinși nervii cari ies din gaura ruptă posterioară (nervul spinal, glosso-faringean, vag) cât și hypoglosul, vom avea sindromul găurii rupte posterioare, cu fenomene de parază, sau paralizie din partea acestor nervi.

E important să diagnosticăm aceste complicațiuni, căci ele survin nu numai înainte dar chiar și după intervenție chirurgicală.

VII. FORMELE CLINICE.

Abcesul extradural are mai multe forme clinice după predominanța anumitor simptoame și după evoluție.

Forma clasică e cea descrisă în capitolele anterioare.

Forma latentă e destul de frecventă și se descoperă numai pe masa de operație, în cursul intervențiunilor pe mastoidă. Se produce dacă virulența microbilor e redusă pe de altă parte rezistența organismului e destul de mare pentru oprirea infecției în stadiul de periflebită. Latența de regulă e relativă. Cefaleea, punctul sensibil retomastoidian sunt semne suspecte. Se intervine pentru otomastoidită cronică și la intervenție se constată că sinusul descoperit cât și meningele dur e acoperit a de fungosități.

Forma toxică are simptoame generale destul de gravă așa încât bănuim o tromboflebită. Bolnavul are temperature ridicată intermitentă. Hemocultura însă e negativă, la intervenție nu găsim decât leziuni de periflebită, puncția sinusului nu pune în evidență în interiorul lor formațiuni trombotice. Se vindecă numai prin simplă drenare a abcesului, pentru că fenomenele generale au fost produse de resorbția toxinelor microbiene foarte puternice.

Dacă evoluția e foarte rapidă avem de a face cu forma *supraacută*. Intervenția vine de obicei târziu, periflebita se complică cu o tromboflebită, sau meningită. *Forma subacută* se confundă cu cea clasică. *Forma cronică* seamănă cu cea latentă eventual semnele locale otomastoidiene sunt mai evidente.

VIII. DIAGNOSTICUL ȘI DIAGNOSTICUL-DIFERENȚIAL.

Diagnosticul periflebitei e foarte greu de făcut. Prezența sigură a abcesului nu s'a diagnosticat, decât foarte rar înainte de intervenție. Gravitatea diagnosticului e justificată prin simptomele fruste ale abcesului mascate de semnele otomastoiditei reincălzite. Totuși bazați pe anumite simptome putem bănui prezența unei colecțiuni purulente în jurul sinusului. Dacă la un bolnav găsim pe lângă semne de otomastoidită cronică reincălzită, mici semne de iritație meningeală și hipertensiune cerebrală, hemicranie, vomismente cerebrale bradicardie, putem suspecta formarea unei colecțiuni purulente. Această bănuială deja ne autorizează să ne decidem la operație. Deci diagnosticul sigur nu-l putem face decât pe masa de operație, când ne putem da seama și despre starea anatomico-patologică a sinusului cât și a meningelui. Semnele găsite la descoperirea sinusului și a leptomeningelui cerebelos le vom descrie la capitolul tratamentului chirurgical. Dacă indicația trepanării e bazată pe simptome de suspiciune, să nu luăm în considerare posibilitatea formării unei tromboze prin simplă denudare. Este pericolos să lăsăm să evolueze o periflebită sub o lamelă osoasă de aparență sănătoasă.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu o serie de alte afecțiuni care imită foarte mult simptomatologia abcesului extradural perisinusal.

Mai întâiu trebuie să facem un diagnostic de *localizare*. Un abces poate fi situat perisinusal în fosa cerebeloasă, sau în fosa cerebrală mijlocie, cari se formează prin propagarea infecției după otită medie transtegmentimpanic. Simptomatologia în ambele cazuri e foarte asemănătoare, însă semnele locale diferă. La abcesul din fosa cerebrală durerea și edemul nu se localizează înapoi pe mastoidă și către fosa cerebeloasă ci deasupra conductului auditiv pe tegumentul corăspunzător temporalului. Operația exploratoare se impune întotdeauna.

Abcesul subdural, abcesul cerebelos și meningitele survin nu numai în cadrul complicațiilor abcesului extradural. Astfel având de multeori etiologie și patogenie străină de abcesul extradural trebuie să le diagnosticăm pe fiecare separat.

Abcesul subdural de origină postmeningitică prin închiștare, are simptome foarte asemănătoare cu abces subdural, așa încât diagnosticul sigur se poate face numai prin trepanația exploratoare. Ne orientează antecedentele meningeale, bradicardia și staza papilară, simptome destul de frecvente la abces subdural și pe cari numai rar le putem găsi la cel extradural. Semnele de otomastoidită sunt absente.

Abcesul cerebelos metastatic îl diagnosticăm pe baza semnelor cerebeloase descrise mai sus. La aceasta variație pa-

togenetică semnele otomastoidiene de asemenea vor lipsi pe când la cea de origine extradurală le vom găsi constant.

Tumorile cerebrale mai ales în faza inițială le confundăm cu a abcesele extradurale indeosebi cu cele latente. Vom găsi semne foarte evidente de focar diferite după localizarea tumorii, însă fără nici un semn de infamație și de mastoidită.

Meningitele atât cronice, (tuberculoase) cât și acute (epidemice, purulente) le putem diagnostica bazându-ne pe semne de inflamație meningeală. Examenul citologic, cât și bahterologic al lichidului cefalo-rachidian ne clarifică complet diagnosticul.

Apoplexia meningeală (colecție hematică între dura și os) are simptoame asemănătoare, însă în etiologia avem un traumatism cranian.

Abcesul, flegmonul, cărbunile, erisipelul, adenita, periostita, sunt afecțiuni inflamatoare, cari dacă se localizează la regiunea mastoidiană imită mai mult sau mai puțin fenomenele locale ale abcesului extradural. Nu găsim însă fenomene de iritație meningeală, semne otice, iar evoluția lor de obicei e benignă.

Otomastoidita e totdeauna prezentă, deci între ea și periflebită nu trebuie să facem diagnostic, însă trebuie să stabilim dacă infecția a trecut la sinus sau nu. Acest fapt îl putem numai bănui și diagnosticul sigur nu-l facem decât în cursul operației.

Diagnosticul *complicațiilor* se face pe baza simptomelor descrise la capitolul respectiv. Prin examenul sistematic și repetat al lichidului cefalo-rachidian, cât și a sângelui (hemocultură) culegem semne foarte prețioase în această direcție.

IX. PROGNOTICUL.

Prognosticul abcesului perisinusal este rezervat. Periflebita dacă nu este tratată chirurgical evoluează mai departe și prin complicațiunile, cari sunt totdeauna grave se termină cu moarte. Posibilitatea norocoasă însă rară de exteriorizare a abcesului nu o vom lua în considerare la stabilirea prognosticului. La un bolnav operat prognosticul se schimbă foarte mult. Știm că periflebita este stadiul inițial al complicațiunilor grave mastoidiene. Dacă drenăm colecția perisinusală am contribuit mult la salvarea bolnavului. Deci prognosticul la un bolnav tratat chirurgical se poate spune că e foarte bun în raport cu unul netratat. Prognosticul operator variază după vârstă; e mai grav la copii sub 5 ani și la bătrâni peste 60 de ani.

În general prognosticul depinde de forma clinică și anatomopatologică a bolii, virulența și felul agentului patogen. Formele acute cu agenți patogeni foarte virulenți sunt mult

mai grave decât formele cronice cu fenomene locale aproape absente, determinată de microbi mai puțin virulenți. Bineînțele o formă latentă nedescoperită, determinând un loc de rezistență minoră la un moment dat poate lua o evoluție acută, așa încât prognosticul și în acest caz devine foarte grav. Periflebita pneumococică e mai benignă decât cea streptococică, care e forma cea mai gravă.

Faza bolii în care se prezintă bolnavul, la otolog încă trebuie luată în considerare. La un bolnav cu un abces intins șansele de vindecare sunt mult mai reduse, decât la anul cu o colecție purulentă mică. Prognosticul complicațiilor variază de la caz la caz. Meningita purulentă și abcesul cerebelos au un prognostic sombru. Abcesul subdural și tromboflebita au un prognostic ceva mai favorabil, dar totuși nu se poate compara cu prognosticul unui abces extradural necomplicat și tratat.

X. TRATAMENTUL.

Tratamentul chirurgical. *Un abces perisinusal trebuie totdeauna operat, altfel nu putem modifica prognosticul într'un sens favorabil.* Operația este indicată în toate cazurile unde avem semne cari ne fac să presupunem o colecție purulentă, adică în orice caz de îndoială. Această este și conduita Clinicii O. R. L. de sub conducerea D.-lui prof. Buzoianu.

Ori care ar fi metoda urmată, principiul este totdeauna eliminarea focarului infecțios primitiv și drenarea colecției perisinusale.

Am văzut că focarul infecțios primar e o infecție oto-mastoidiană. În cazurile acute eliminăm acest focar prin antrocelulotomie maximă, iar în cazurile cronice recurgem la evindarea petro-mastoidiană. Pentru a suspenda inflamația perisinusală, aceste operațiuni vor fi completate de descoperirea sinusului lateral, a meningelui cerebelos și eventual cerebral.

În ceace privește descrierea procedeele operatorii, în cadrul acestei lucrări nu pot să fac altceva decât să rezum capitolul respectiv după Manualul de Otologie recent apărut al D.-lui prof. Buzoianu.

1. *Antrocelulotomie* e o intervenție chirurgicală prin care se deschide antrul, și toate celulele mastoidiene. Anestezia poate să fie generală cu eter sau cu protoxid de azot, dar mai preferabilă e cea locală cu sol. ne novoc. 1 0/0. Primul timp al operației e *antrotomie*. Este nevoie absolută de deschiderea antrului, deoarece infecția se propagă de la antru la celulele mastoidiene. Trepanând antrul drenăm și urechea mijlocie, focarul inițial de supurație și astfel nu vom lăsa în profunzime un focar infecțios din vecinătatea organelor importante. A deschide antrul care e celula mastoidiană cea mai mare însea-

mână a lovi în centrul infecției. (prof. Buzoianu). Punctul de reper clasic la deschiderea antrului e spina lui Hennle. Astăzi punctul de reper constant e marginea superioară a meatului auditiv osos. Nu vom trece cu dalta deasupra liniei orizontale care trece prin această margine, altfel riscăm să intrăm în cutia craniană. Trepanăm mastoida pe o suprafață de 1 cm² dedesubtul acestei linii și cu jumătate cm. înapoia marginei posterioare a conductului auditiv osos. Vom găsi antrul la o profunzime de 1 și 1/2—2 cm. Al doilea timp al operației e *celulotomia*, care este maximă înglobând toate celulele mastoidiene. Procedând altfel n'am satisfăcut principiul eliminării izvorului primitiv al infecției. Trebuie să facem o celulotomie largă; cu o antrotomie simplă riscăm să lăsăm în interiorul apofizei celule bolnave nedeschise cari nu ne garantează vindecarea și pot să dea ulterior complicațiuni de vecinătate. Deci nu vom neglija celulele vârfului, zona intersinuso-facială, focare aberante, situate pe solzul temporalului și occipatului cât și celulele retrosinusale. Sinusul nu-l vom descoperi făcând pe mastoida numai un orificiu prelungit sub formă de tunel, ci sacrificăm osul deasupra, dedesubtul și înapoia venei.

2. *Evidarea petro-mastoidiană* se face în cazurile de otomastoidită cronică reincălzită. (colesteatom, polipi). Prin această operație se face un drenaj și mai larg al casei și al antrului. Anestezia poate fi locală și trebuie făcută separat pentru conductul auditiv extern, timpan, casă, regiunea retroauriculară, mastoidiană și pentru conca.

Timpii operației sunt următorii: 1. *Incizia planurilor moi* în șanțul retro-auricular; 2. *Decolarea periostului*, liberarea peretelui posterior al conductului și a spinei lui Hennle; 3. *Liberarea conductului în totalitate* printr'un depărtător automat. 4. *Explorarea regiunii operatorii*: meatul auditiv osos, conductul auditiv osos, spina lui Hennle, linia temporală. 5. *Căutarea deschiderii antrului*, ce se poate face după mai multe procedee. În Clinica D-lui prof. Buzoianu se aplică cu rezultate bune procedeul lui Schwartz. 6. *Lărgirea antrului* cu daltă și chiureta. 7. *Deschiderea aditusului* prin ablația peretelui extern. 8. *Sculptarea masivului facial*, care desparte în cele două treimi inferioare casa de cavitatea antrală, prin care se elimină peretele posterior al conductului auditiv osos. 8. *Chiuretajul casei* prin care se elimină osicioarele, colesteatomul, polipi, fungosități etc. Chiuretajul este ajutat mult prin cauterizările cu cloruri de zinc 10⁰/o. 9. *Plastia conductului și a conței* prin care se adaptează conductul membranos la noua sa cavitate osoasă.

3. Odată focarul primitiv eliminat printr'unul dintre cele două procedee susamintite, se completează operația cu *descoperirea largă a sinusului lateral și a meningelui cerebelos* pe cari de altfel îi putem găsi cel mai adesea descoperite incom-

plect de leziunile osteitice. Să nu facem deschiderea abcesului făcând numai o mică breșă pe corticala internă a mastoidei ci trebuie să fim conduși de leziunile de durmetrită sacrificând osul până ce ne dăm de dură cu aspect normal. Altfel nu putem face un drenaj complect. Lângă un os sănătos pot să se ascundă fungosități ale durei, cari în contact cu osul opresc scurgerea puroiului. *Vom evita chiuretarea mugurilor fungoși ai durei.* Dacă există fenomene aseptice meningeale, așteptăm 24—48 ore pentru a constata cedarea lor. Persistența acestor fenomene recere o drenare mai vastă cu ablația în cea mai mare parte a corticalei mastoidiene. Sinusul deasemenea trebuie urmărit în jos și în sus până ce apare normal și nu mai găsim semne de osteită a sulcului venos. Deaceia se poate face dela început o incizie cutanată în formă de T sau în lambou patruleteral cu bază indreptată înapoi. (Alexander).

Diagnosticul sigur al periflebitei îl facem numai în cursul operației. Deaceia ne vom ocupa cu aceasta în acest capitol. Vom găsi semne anatomo-patologice caracteristice, adică sinusul colorat în galben în loc de albastrui, sau acoperit de fungosități. Pe lângă acestea vom găsi la palpate un sinus depresibil ce nu pulsează, iar la puncție obținem sânge curat și steril. Dacă pe aceste simptoame, găsite în sala de operație le confruntăm cu cele de laborator, adică hemocultură negativă, leucocitoză nu prea ridicată, și în plus o stare generală bună, putem face cu siguranță diagnosticul de periflebită, fără tromboflebită. În aceste cazuri după cum am văzut e destul dacă eliminăm focarul primitiv și dăm scurgere liberă puroiului. *Denker* a observat că în multe cazuri, unde simptoamele clinice fac să bănuim o tromboză septică a sinusului, însă la descoperirea lui nu găsim decât simptoame de periflebită, ajunge numai eliminarea izvorului infecțios fără să pătrundăm mai profund în sinus. S'a observat dispariția fenomenelor generale cari în aceste cazuri au fost produse de resorbția toxinelor microbiene.

Tratamentul prostoperator al plăgii. După terminarea operației se toarnă tra. de iod în întreagă cavitatea osoasă, *marginile plăgii nu vor fi suturate*, ele rămân larg deschise pentru un drenaj cât mai complect. Drenajul se face cu meșe de tifon imbibate cu eter iodoformat. În caz de evidare petromastoidiană plaga se pansează pe cale retro-auriculară și transmeatică. *Pansamentele vor fi făcute zilnic.* După *D-lui prof. Buzoianu* metoda clasică de a lăsa primul pansament în plagă timp de 2—3 zile este periculoasă. Organismul trebuie să se debaraseze cât mai rapid de orice colecție purulentă, ce nu putem face numai prin pansamente aseptice zilnice. La pansamente se folosesc desinfectante, ca eter iodoformat, sol. Callot, Dakin, apa oxigenată, ozonogen, ect. În clinica Ot-rino-larincologică din Cluj se aplică totdeauna un *bandaj cer-*

vico-cefalic ce dă o fixate mai mare a pansamentelor decât cel simplu cefalic. Mugurii cărnoși exuberanți ai plăgii cutanate se cauterizează cu nitrat de argint, sau sunt chiuretați. Dacă burjeonarea exuberantă e rebelă la cauterizare, se poate aplica și radioterapie. După evidare rar poate fi nevoie de plastie cutanată retro-auriculară.

Incidente operatorii. Dificultatea găsirei antrului mai ales în cazurile de mastoide petroase cu antrul prea mic. Mai survin: *hemoragia sinusului* după lezarea lui, *fistula labirintică*, *atingerea nervului facial*.

Complicațiuni postoperatorii. *Paraliziile nervului facial* au un prognostic benign. *Tromboflebita sinusului lateral* produsă ori prin propagarea infecției în sinus, ori prin traumatism operator instrumental sau printr'o eschilă osoasă. Dacă apar fenomene generale septice, punția sinusului e negativă, Queckenstedt și hemocultura pozitivă, trebuie procedat la deschiderea sinusului și legarea venei jugulare interne chiar dela început. *Meningita purulentă*, *abcesul subdural* și *cerebelos* postoperator survin mai rar. *Infecția secundară a plăgii*, *pericondrita pavilonară* se previne prin aplicarea riguroasă a aseptiei. *Intoleranța la iodoform* produce congestie locală și inmuguriri anormale. *Stenozarea conductului auditiv extern* se produce prin osteo-periostită hipertrofică.

Rezultate operatorii. Dacă operația a fost corect executată, cu deschiderea tuturor focarelor septice, temperatura și durerea trebuie să cadă complect după 2-3 zile. Persistența febrei arată un focar aberant nedeschis sau că este vorba de o complicație postoperatorie. Puroiul ce scurge abundant în cursul operației dispare complect. Timpul cicatrizării în caz de antrocelotomie este 3-6 săptămâni, iar la evidare 4-8 săptămâni. Astăzi operațiunile asupra sinusului în caz de periflebită sunt aproape fără nici un pericol, în mâna unui specialist bine pregătit. Rezultatele bune postoperatorii atât imediate, cât și tardive reies din observația cazurilor operate în ultimii doi ani la Clinica O. R. L. din Cluj.

Tratamentul medical. Tratamentul medical completează pe cel chirurgical. Aplicat sistematic *mărim șansele de vindecare după operație* și diminuăm frecvența complicațiilor. *Susținem cordul* prin injecțiuni mari de oleu camphorat ($2 \times 5 \text{ cm}^3$ pe zi) sau caffeină. *Chininalcaloidele*: chinin-uretan, sub formă de injecțiuni intramusculare, Optochin, Eucupin, Vucin, sunt desinfectante generale și pulmonare puternice. Cu ele prevenim mai ales complicațiunile pulmonare după narcoză. Ca *antipiretic* administrăm chinină. *Chimioterapie* se încearcă cu desinfectante generale. În Clinica O. R. L. din Cluj se aplică în mod sistematic injecțiunile de *urotropină* sau *urotropină-iod*, după orice operație unde putem aștepta o complicație endocraniană. Acest desinfectant bine suportat, trece foarte ușor

bariera meningeală intrând în spațiile subarahnoidiene. Mai utilizăm Trypaflavină, formaldehida, iodaseptină, septicenină, lantol, albastru de metilen, melubrină, clorură de calciu, gluconat de calciu. Preparație de calciu măresc leucocitoza și sunt hemostatice. Preparate de *argint coloidal* excită funcțiunea sistemului reticulo endotelial, iar unele pe lângă aceasta sunt și desinfectante generale. Avem: Electrargol, Collargol, Argatoxyl, Argochrom, Argoflavia, Septakrol etc.

XI. OBSERVAȚIUNI CLINICE.

Observația I. H. I, 26 ani comerciant, necăsătorit din Sighet, întră în serviciul clinicii O, R, L. în ziua de 7 Dec. 1936.

Antecedente heredo-colaterale și personale: nimic important.

Historicul bolii actuale. De 6 ani prezintă otoree dreaptă ce survine în mod intermitent care însă nu jena bolnavul, nefiind asociată de dureri. De 12 zile scurgerea e mai abudentă. Această agravare bolnavul o aduce în legătură cu o »răceală«. A avut dureri auriculare intense și continue, cari s'au exacebrat în timpul nopții din care cauză a avut insomnii, a prezentat ascenziuni termice, cefalee, amețelii, inapetențe. Examinat de un medic particular din Sighet a fost trimis în serviciul Clinicei O. R. L. din Cluj.

Starea prezentă. Temperatură: 38.3 pulsul 90, starea generală mulțumitoare. La examenul local observăm o otoree ușor sanghinolentă, meatul e acoperit de cruste provenite din concretizarea puroiului vâscos. Otoscopia arată un timpan perforat în partea inferioară și prezența polipilor în casă. Regiunea mastoidiană se arată ușor tumefiată, dureroasă ce este mai accentuată pe partea postero-superioară. Examenul acui-metric ne arată o diminuare a acuității auditive, vocea șoptită e slab percepută, Weber lateralizat pe partea bolnavă, Rinné negativ, Schwabach prelungit. R. W. negativ.

Dg. preoperator: otită medie cronică supurată dreaptă, mastoidită cronică reincălzită, polipii ai casei.

Se bănuiește un abces perisinusal, de aceea se intervină fără întârziere chiar în ziua internării, procedând la evidare petro-mastoidiană.

Operator: Prof. Buzoianu. *Ajutor:* Dr. Bogdan.

Operație se face sub narcoză cu eter. Sinusul intradevăr era descoperit, de unde s'a eliminat o mică cantitate de puroi. Tegmenul antral a fost sechestrat în două bucăți, pe cari eliminându-le s'a descoperit dura cerebrală cu leziuni de durmetrită. Temperatura, ce era ridicată la 38.3 a scăzut a treia zi după operație, la normal. Plaga este curată, nu secretă și toate semnele arată că vindecarea se va face fără nici un ac-

cident. Bolnavul e încă internat în serviciul Clinicei, unde își face pansamente sterile în fiecare zi.

Diagnosticul postoperator: Otită medie supurată dreaptă polipoasă, mastoidita cronică reincălzită, abces perisinusal, durmetrită cerebrală, sechestre (două) a tegmenului antral.

Observația II. S. F. 17 ani, casnică, necăsătorită din jud. Bihor. Întră în serviciul Clinicei O.R.L. în ziua de 3 Aug. 1935.

Antecedentele heredo-colaterale și personale: nimic deosebit.

Boala actuală. Bolnava din copilărie prezintă otoree cronică stângă cu diminuarea acuității auditive, care până acum a evoluat fără acuze subiective. A urmat tratament conservativ, după indicațiunile mai multor medici, însă numai cu rezultate terapeutice trecătoare. De două săptămâni fenomenele din partea urechei stângi s'au accentuat, otoreea a devenit mai abundentă asociat subiectiv de dureri auriculare. În această stare se prezintă la serviciul Clinicei.

Starea prezentă. Temperatura 36,4. Starea generală bună. La examenul otoscopic vedem conductul auditiv extern stâng eczematizat de o secreție purulentă ce scurge destul de abundent. La examenul cu speculul observăm o perforație a timpanului în partea inferioară. Acuitatea auditivă arată o scurtare a duratei percepției al tuturor diapazoanelor. Schwabach prescurtat, Rinne pozitiv. R. W. negativ. Urina: negativă.

Dg. preoperator: Otită medie supurată cronică stângă.

La 22 Sept. 1935 se procedează la evidare petro-mastoidiană stângă.

Operator: Prof. Buzoiuanu. Ajutor: Dr. Ionescu.

În cursul operației se constată sinusul lateral descoperit și presărat cu numeroase fungozități. Se completează descoperirea până ce sinusul apare, sănătos. Mersul postoperator fără nici un accident. Plaga se granulează frumos sub pansamentele sterile zilnic aplicate în prima săptămână. În ziua de 10 Oct. bolnava părăsește Clinica urmând să-și continue pansamentele uscate la un medic din localitate.

Observația III. D. F. 40 ani econom căsătorit din jud. Câmpulung. Întră în serviciul Clinicei O. R. L. din Cluj la ziua de 17 XI. 1935.

Antecedente heredo-colaterale: nimic deosebit.

Antecedente personale: Suferă de ulcer gastric, Neagă alte maladii.

Boala actuală datează aproximativ din vârsta de 4—5 ani, de când are o scurgere purulentă din conductul auditiv stâng. Otoreea această a evoluat în mod intermitent, fără acuze subiective. De două săptămâni însă în urma unei răceli otoreea a devenit mai abundentă, ușor sanghinolentă asociate de du-

teri auriculare. În ultimele 6 zile a observat că regiunea retro-auriculară stângă se tumefiază, devine dureroasă, iar scurgerea auriculară diminuează. Starea generală s'a alterat, a avut ascenziuni termice, hemicranie, insomnie.

Starea prezentă. Temperatura 38. Starea generală alterată. La examenul obiectiv se constată o scurgere purulentă din urechea stângă. Otoscopia ne arată o perforație largă a timpanului și prezența unui polip în casă, ce prin palpație cu un stilet arată o implantație pe peretele superior. La acuimetrie se constată o diminuare pronunțată a audiției. Vocea șoptită nu e percepută, Weber lateralizat la stângă, Schwabach prescurtat. Regiunea mastoidiană e roșie tumefiată și dureroasă la presiunea porțiunii postero-superioară. R. W. negativ.

Dg. preoperator: *Otită cronică supurată stângă, polipi ai casei.* Se procedează la evidare petro-mastoidiană în ziua de 17 Sept. în narcoză cu eter.

Operator: Prof. Buzoianu. *Ajutor:* Asistent Dr. Naghi.

În cursul operației se constată polipi multipli ai casei, iar distrucțiunile osoase ne conduc până la sinus ce trebuie descoperit prezentând leziuni de periflebită. A doua zi după operație temperatura revine la normal. Starea generală e bună. Deaici înainte mersul postoperator este afebril, fără accidente. Bolnavul părăsește serviciul Clinicii în ziua de 25 Ian. 1936. complect vindecat.

Dg. postoperator. *Otită cronică supurată stângă poli-poasă, periflebită sinusului lateral.*

Observația IV. B. I. 24 ani plugar, necăsătorit, din jud. Sălaj. Întră în serviciul Clinicii la 16 Aprilie 1936.

Antecedente hereditare și personale. Acum 3 ani a suferit de pneumonie. În rest neagă alte maladiile.

Boala actuală a debutat brusc acum două luni după o stare gripală. Bolnavul ne spune, că a avut dureri auriculare foarte intense din partea stângă, iar peste câteva zile regiunea retro-auriculară s'a tumefiat, devenind sensibilă la presiune. Din conductul auditiv extern mai întâiu s'a eliminat un lichid sero-sangvinolent, care apoi a devenit purulent. Acum trei săptămâni a observat că regiunea masioidiană stângă se tumefiază și mai mult ce a interesat și regiunea cervicală corespunzătoare. Mișcările gâtului au fost însoțite de dureri vii, a avut ascenziuni febrile, amețeli, hemicranii. În această stare consultă serviciul Clinici.

Starea prezentă. Prezintă o stare febrilă cu temperatură 38°. Starea generală relativ mulțumitoare. La examenul obiectiv al urechei găsim că timpanul drept este alb, mat, triunghiul luminos nu se vede; timpanul stâng prezintă un diverticul în porțiunea inferioară, care incizat a dat naștere la eliminarea unui puroiu galben. Regiunea mastoldiană stângă,

occipitală, cât și părțile laterale corespunzătoare ale gâtului sunt tumefiate, iar la palpație extrem de dureroase și fluctuente. Examenul aparatului acustic arată Weber localizat la stângă, Rinne negativ, Schwabach prelungit la stânga. La rhinoscopie se constată o hipertrofie moderată a ambelor cornete inferioare și deviație la dreaptă a septului nasal. Examenul faringelui arată amigdalele ușor hipertrofiate. R. W. negativ Leucocitoză 16.000.

Dg. preoperator: Otomastoidită acută fistulizată, abces latero-cervical stâng. În ziua internării se procedează la antrocelulotomie maximă.

Operator Prof. Buzoianu. Ajutor: Dr. Giurgiu.

Operația se face sub narcoză cu eter. După incizie retroauriculară dintre buzele plăgii se scurge un puroi gălbui, iar la primele lovituri de ciocan din mastodia țâșnește puroiul sub tensiune mare. După chiuretarea alveolelor mastoidiene sinusul se constată descoperit de culoare alb-gălbui, acoperit de false membrane. La vârful mastoidei se constată două fistule care se comunică cu regiunii latero-cervicală. Presiunea acestei regiuni face apariția puroiului din fistule. Două zile după operație temperatura scade la normal și se menține așa în tot timpul internării. Bolnavul părăsește serviciul Clinicei la 10 Maiu cu o plaga complect curată pe cale de închidere, continuând pansamentele la un medic particular localnic.

Dg. postoperator: Oto-mastoidită acută fistulizată stângă cu abces latero-cervical, periflebită sinusului lateral stâng.

Observația V. S. N. 22 ani soldat diu Reg. 83 din Cluj. E adus la 2 Dec. 1937 în serviciul Clinicei O. R. L. din Spitalul Militar »Principesa Ileană« din Cluj.

Antecedente personale și hereditare: nimic deosebit.

Boala actuală a debutat în mod brusc acum două săptămâni. Bolnavul ne spune, că după o rinofaringită a simțit dureri mari la nivelul urechei stângi. A doua zi a apărut și o scurgere purulentă cu un puroi vâscos și ușor sanghinolent. Acum 2 zile a observat tumefierea regiunii mastoidiene, accentuarea durerilor, cari au interesat întreaga jumătate stângă a capului. Audiția din partea urechei bolnave a fost aproape dispărută. În această stare e adus pentru intervenție.

Starea prezentă. Temperatura 37.5. Starea generală multumitoare. La examenul otoscopic se constată eliminarea unui puroi gălbui, cremos și fetid. Curățind conductul prin speculul timpanic se constată o distrucție a timpanului în partea posterioară, iar în casă prezența polipilor. Prin spălarea casei cu canula Hartmann, în soluția antiseptică identificăm câteva resturi colesteatomatoase, lame epidermice, alb, sidefii. Regiunea mastoidiană e edemațiată, hiperemică și dureroasă la presiune.

Acuimetria ne arată diminuarea pronunțată a acuității auditive. Vocea șoptită nu este percepută.

Dg. preoperator: Otită medie supurată cronică stângă, mastoidită reincălzită, polipii ai casei, colesteatom. În ziua de 2 Dec. 1936 se procedează la evidare petro-mastoidiană în narcoză cu eter.

Operator: Prof. Buzoianu. Ajutor: Dr. Lct. Arghir.

În cursul operației se constată sinusul lateral descoperit prezentând leziuni de periflebită, iar colesteatomul are o situație în antrul mastoidian. Mersul postoperator e afebril, plaga e aseptică. Bolnavul fiind internat în Spitalul Militar sepansează ambulator în Clinica O. R. L.

Dg. postoperator: e acelaș ca și cel preparator plus colesteatom antro-mastoidian, periflebită sinusului lateral.

Observație VI. P. A. 18 ani, cascică, necăsătorită, din Cluj. Întră în serviciul Clinicei O. R. L. la 25 Iul. 1936.

Antecedente hereditare și personale. La etate de 6 ani a suferit de scarlatină. În rest neagă maladiile infecto-contagioase.

Boala actuală a debutat după scarlatina suferită la etate de 6 ani, de când are o scurgere purulentă din conductul auditiv drept. Această otoree a fost de multe ori asociată de dureri auriculare, cefalee când și scurgerea a devenit mai abundentă. De o săptămână se simte iarăși mai rău, are ascenziuni termice, cefalee, foarte accentuată în regiunea occipitală dreaptă asociată de pu'sațiuni și senzații de greutate a capului. În acelaș timp o observat că regiunea mastoidiană s'a tumefiat, a devenit hiperemică și dureroasă. Cu aceste acuze întră în serviciul clinicei.

Starea prezentă. Temperatura 38·2, puls 90, starea generală proastă. Examenul local ne arată o otoree purulentă, membrana timpanică distrusă în partea superioară. Tegumentul în regiunea retro-auriculară e edemațiat și hiperemiatic cu temperatura locală ridicată și durere maximă la presiunea marginii postero-superioară a mastoidei. Examenul acuimetric ne arată o diminuare a acuității auditive din partea dreaptă. *Examine de laborator:* urina: albumina ușor pozitivă; leucocitoză: 12000; R. W. negativ.

Dg. preoperator: Otită medie supurată cronică reincălzită, mastoidită acută dreaptă. Suspectând o complicație endocraniană se intervine chiar în ziua internării procedând sub narcoză cu eter la antrocelulotomie.

Operator: Asistent Dr. Vaida. Ajutor: Dr. Weinstein.

În cursul operației se constată leziuni de osteită și pe tabla internă a mastoidei. Se procedează la descoperirea sinusului lateral când se constată evacuarea unei colecțiuni puru-

lente perisinusale, cu leziuni de periflebită. Mersul postoperator foarte bun. Temperatura a doua zi cade la 36. 9. Starea generală se ameliorează mult. Pansamentele mai întâiu se reînnoiesc în fiecare zi, apoi tot a doua zi. Bolnava părăsește serviciul Clinicei la Sept. 1936, cu o plagă complect închisă, otoreea a cedat complect.

Dg. postoperator: Otomastoidită cronică reincălzită, abces extradural perisinusal.



XII. CONCLUZIUNI.

1. *Periflebita sinusului lateral este o infecție localizată în fosa cerebeloasă în jurul sinusului lateral, între corticala internă a apofizei mastoidiene și dura mater cerebeloasă. Ea face parte din grupa abceselor extradurale cari constituiesc cea mai frecventă complicațiune endo-craniană a mastoiditelor, reprezentând punctul de plecare a celorlalte complicațiuni-*

2. *Situația anatomică a sinusului lateral arată că el are un raport foarte intim cu apofiza mastoidă, ceace explică ușor frecvența periflebitei în cursul mastoiditelor.*

3. *Din punct de vedere anatomo-patologic găsim leziuni inflamatorii acute sau cronice cari interesează mastoida, dura mater și peretele sinusului lateral.*

4. *Cauza cea mai frecventă a periflebitei sinusului lateral este o infecție oto-mastoidiană cronică reincălzită, survenind mai rar în oto mastoiditele acute. Reincălzirea oto-mastoiditelor cronice se observă după o infecție generalizată întrecurentă care prinde rinofaringele (gripă, scarlatină, etc.); se produce sau o suprainfecție sau se diminuează rezistența organismului și deci virulența microbilor din casa timpanică va fi exaltată. Alte cauze cari pot duce la periflebita ar mai fi osteita parietală, prezența colesteatomului și a polipilor casei timpanului, cari prin retenția secreției purulente favorizează propagarea infecției spre sinusul lateral.*

5. *Simptomatologia periflebitei nu este carecteristică Bazați pe anumite simptoame nu putem face un diagnostic sigur, ci de prezumție. Aceste simptoame sunt: hemicranie, durerea maximă pe marginea posterioară și superioară a mastoidei stare febrilă, semne de compresiune cerebrală și eventual sindrumul meningeal când există. Periflebita supurată ori fungoasă a sinusului lateral este în foarte numeroase cazuri o descoperire operatorie.*

16. *M. Lăzaeanu și M. V. Pătrașcanu*: Asupra unui caz de abces extraural complicând o otomastoidită cu evoluție supraacută. Spitalul Nr. 4. 1936.

17. *E. G. Mayer*: Otologische Röntgendiagnostik. 1930.

18. *E. Michline*: Sur les cas non typiques de thrombophlébite de sinus, d'abcès perisinusien et extradural et de mastoïdite. Revue 1934.

19. *H. Neumann*: Considerations sur l'etiologie, le diagnostic et le traitement de la meningite otique. Revu 1934.

20. *M. M. P. Ramadier et P. Vessele*: Thrombophlébite suppurée, abcès extradural et intrameningeal a symptématiologie »minima». Annales 1935.

21. *M. M. Richier et Bernard*: Action de la radiothérapie (a minima) sur l'es cavités d'evidement pétro-mastoidien. Annales 1935.

22. *Schmaus—Herxhkimer*: A kórbonctan alapvonalai. 1926.

23. *Ștefanu Al. și Dumitrescu I.*: Oto-mastoidită cronică, cholesteatom, abces extradural, paralizie facială. Rev. Rom. de O. R. L. Nr. 2., 1935.

24. *L. Testut*: Traite d'Anatomie Humaine 1928.

25. *C. J. Urechea, Mihăilescu*: Tratat de Patologie Neuro-Mintală, 1930.

