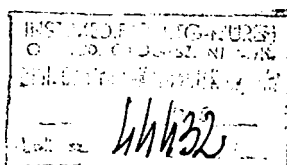


# NASUL ȘI PATOLOGIA GENERALA



PENTRU  
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 30 NOEMBRIE 1933

DE  
**ENE AOLTĂN** 204 MAY 2005  
fost extern titular al clinicilor.



# UNIVERSITATEA DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINA

Decan: Domnul Prof. Dr. STURZA M.

### Profesori :

Clinica stomatologică . . . . .	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Bacteriologie . . . . .	" "	BARONI V.
Fiziologia umană . . . . .	" "	BENETATO GR.
Istoria medicinei . . . . .	" "	BOLOGA V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	" "	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" "	BUZOIANU GH.
Istologia și embriologia umană . . . . .	" "	DRAGOIU I.
Semiologia medicală . . . . .	" "	GOIA I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	" "	GRIGORIU C.
Clinica medicală . . . . .	" "	HATIEGANU I.
Medicina legală . . . . .	" "	KERNBACH M.
Chimia biologică . . . . .	" "	MANTA I.
Clinica oftalmologică . . . . .	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică . . . . .	" "	MINEA I.
igienea și igiena socială . . . . .	" "	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală . . . . .	" "	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" "	PAPILIAN V.
Clinica chirurgicală } Medicina operatorie }	" "	POP A.
Clinica infantilă . . . . .	" "	POPOVICIU GH..
Farmacologia și farmacognozia . . . . .	Sufl.	" POPOVICIU GH.
Chimia medicală . . . . .	Prof.	" SECĂREANU ȘT.
Balneologia . . . . .	" "	STURZA M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	TĂTARU C.
Clinica urologică . . . . .	" "	ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	URECHIA C.
Anatomia patologică . . . . .	" "	VASILIU T.
Biologia generală . . . . .	" "	RAVOIȚA E.
Chimia . . . . .	Agr.	SECAPEANU ȘT
Fizica medicală . . . . .	Conf.	BĂRBULESCU N.

### JURIUL DE PROMOȚIE :

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. Gh. BUZOIANU

MEMBRII :	{	" " " M. STURZA
		" " " I. HAȚIEGANU
		" " " A. POP
		" " " GR. BENETATO
SUPLEANT	" Doc. GAVRILĂ	

## INTRODUCERE

*Intre diferitele organe, aparate și sisteme ale organismului uman atât în stare normală cât și patologică — există o strânsă corelație. Imbolnăvirea unui organ poate aduce cu sine prepercursiuni dintre cele mai variate asupra altui sau altor organe, precum și asupra întregului complex uman. Din această cauză, prin specializare în medicină nu se poate înțelege cunoașterea patologiei unei singure părți a organismului, ignorând cu desăvârșire toate celelalte ramuri medicale; nenumărate sunt corelațiile ce există între patologiiile diverselor organe, pentru care un medic nu poate fi bun specialist decât cunoscând patologia generală. Specialitățile sunt create în urma incapacității minții omeneste de a cuprinde manifestările patologice ale organismului în totalitate și amănunțit. Ele tind spre o cât mai mare precizie a științei medicale, însă în același timp trebuie să fie într-o contiună legătură.*

*Aparatul nazal, constituit dintr'o serie de cavități mai sau mai mult puțin septice strâns unite între ele, într'un continuu contact cu mediul exterior atât de bogat în agenți patogeni și având multiple legături cu restul organelor organismului, reprezintă din toate punctele de vedere o regiune capabilă de a avea o patologie extrem de variată; imbolnăvirile acestui aparat produce — frecvent — multiple determinări patologice locale, regionale ori la distanță, după cum — invers — patologia generală poate avea repercursiunile sale nefavorabile asupra*

*nasului, Un specialist otorinolaringolog, implicit un rinolog, trebuie pe deoparte să cunoască bine patologia generală iar pe de altă parte să conlucreze întotdeauna când va fi necesar cu celelalte specialități.*

*Având în vedere extinderea care ar trebui dată unui studiu al raporturilor dintre patologia nazală și patologia generală, din cauză nenumăratelor aspecte sub cari se prezintă această problemă, este greu de a reda în gâgăniile unei teze ietreg materialul necesar în amănunțime. Pentru aceasta, voi căuta să fiu cât mai concis, arătând intrurât spațiul imi va permite — după o scurtă privire asupra noțiunilor de anatomie, fiziologie nazală strict necesare, variabilitatea influențelor exercitate de aparatul nazal asupra patologiei generale și de această din urmă asupra nasului iar, la finele lucrării, voi arăta în lumina unei serii de observațiuni clinice luate din clinica boalelor de nas, gât și urechi din Cluj de sub conducerea domnului profesor Dr. Gh. Buzoianu, marea importanță a subiectului ce mi s'a dat spre tratare.*



## NOȚIUNI DE ANATOMIE

Înainte de a intra în tratarea directă a corelațiilor patologice existente între aparatul nasal și patologia generală, este necesar de a descrie în linii generale anatomia acestei regiuni și anume aceea a piramidei nasale, a foselor nasale și a sinusurilor anexe.

### A) Piramida nasală

Piramida nasală este un organ impar situat pe linia mediană a feței și care servește la apărarea foselor nasale. Se limitează în sus cu incizura nasală, în jos cu o linie orizontală care trece prin porțiunea cea mai inferioară a subcloasonului, lateral cu linia nazo-geniană iar în profunzime cu fosele nasale. Are forma unei piramide triunghiulare cu vârful în sus și prezintă de studiat: două fețe laterale sub-divizate prin septul naso-labial în corpul și aripa nasului, aripile nasului situate între șanțul nasolabial și linia oblică ce pornește din aceasta din urmă, baza așezată deasupra buzei superioare, vârful sau rădăcina nasului care se unește cu fruntea, creasta dorsală întinsă dela incizura nasală la lobulul nasal și lobulul nazal care reprezintă porțiunea cea mai anterioară a bazei nasului.

Din punct de vedere al constituției anatomice, piramida nazală cuprinde planuri superficiale și un plan pro-

fund. Cele superficiale sunt reprezentate de piele, țesut celular subcutan, mușchi (piramidal transversal nasului mirtiform, ridicător comun, dilatator al narinelor) și periost. Arterele acestui plan își au originea în porțiunea superioară din nazală iar în celelalte regiuni din dorsala nasului și artera subcloasonului. Venele descind în vena facială și unghiulară iar limfaticile în ganglionii submaxilari și suprahioideni mediani. Inervația motorie este făcută de ramuri ale facialului iar cea sensibilă de ramuri ale oftalmicului. Planul profund reprezintă scheletul piramidei nazale și este format din oase (oasele proprii nazale, apofizele ascendente și palatină am axilarului superior) cartilagii principale (septal, laterale și ale aripilor nazale), cartilagii secundare (patrate, sesamoide vomeriene) și membrana fibroasă.

## B) Fosele nasale

Foseie nasale, în număr de două, sunt dispuse în sens antero-posterior și delimitate înaintea de vestibulul nazal iar înapoi de orificiul coanal. Ele sunt formate dintr'un schelet osos (maxilar superior etmoid, cornet interior, palatin și vomer), singură partea antero-inferioară fiind de natură cartilăginoasă și sunt acoperite de membrana pituitară.

Membrana pituitară, sau pituitara, are o culoare rozată, o grosime normală de 2—3 mm., este aderentă la periost și pericondru și pătrunde în interiorul sinusurilor anexe pe cari le căpătușește în totalitate.

*Vestibulul nazal* prezintă un perete intern sau septal, unul extern sau alar, un orificiu interior care comunică cu exteriorul și un orificiu superior ce se deschide în fosele nazale, Este acoperit în interior de tegumente bogate în foliculi piloși cari se continuă pe neobservate cu membrana pituitare.

*Orificiile coanele* delimitează fosele nazale în partea posterioară, au o formă ovală cu marele ax vertical și se întind dela boltă cavumului până la vălul palatului. Sunt despărțite median de marginea posterioară a septului nazal.

*Peretele intern* al foselor nazale este reprezentat de septul nazal, întins mai mult în lungime decât în înălțime, acesta este format un schelet osteo-cartilaginos (oase : vomerul și lama perpendiculară a etmoidului, cartilagii : cartilagiul patrat și porțiunea internă a cartilagiilor aripilor nazale) și din mucoasa pituitară, care în această regiune este bogat vascularizată mai ales în partea antero-inferioară (zona lui Kiesselbach).

*Peretele extern*, cuprinde o porțiune anterioară, nedată și una posterioară în care se află cornetele și meatele. Cornetele au forma unor aripioare suprapuse cari cuprind între ele meatele. Sunt în număr de patru : cornetul și meatul inferior, mijlociu, superior și al lui Santorini.

Cornetul inferior se întinde dela vestibulului nazal până la 1 cm, dela orificiul faringian al trompei. Meatul inferior este situat între planșeul foselor nazale și fața inferioară a cornetului. Peretele extern este în raport cu sinusul masilar. În acest meat se deschide canalul lacrimo-nazal.

Cornetul mijlociu, ceva mai mic, este separat de septul nazal prin fanta olfactivă și delimitează meatul mijlociu pe al cărui perete extern se observă apofiza unci-formă și bula etmoidală cari cuprind între ele hiatul semilunar în interiorul căruia se deschid sinusul maxilar și sinusul etmoidal anterior. Tot în acest meat se găsește canalul nazo-frontal. Meatul mijlociu, prin multiplele accidente pe cari le prezintă și prin faptul că la nivelul său se deschid trei sinusuri, formează regiunea cea mai importantă a foselor nazale.

Cornetul superior, și mai mic, se găsește în recesul sfeno-etmoidal și delimitează meatul superior în care se deschid prin trei orificii celulele etmoidale posterioare.

Cornetul lui Santorini, când există, se prezintă ca o mică proeminență.

*Bolta foselor nazale*, de forma unui jghiab antero-posterior, este constituită din trei porțiuni: ascendentă în raport cu oasele proprii ale nasului, orizontală formată de frontal și etmoid și verticală reprezentată de fața anterioară a corpului osului sfenoid pe care se găsește orificiul de deschidere a sinusului sfenoidal.

*Planșeul foselor nazale* este alcătuit din lamele orizontale ale maxilarelor superioare și oaselor palatine.

*Arterele* sunt reprezentate prin artera sfeno-palatină ramura terminală a maxilarei interne și arterele etmoidale anterioare și posterioare cari provin din oftalmică.

*Venele* sunt dispuse în trei grupe: anterior ce se varsă în facială. posterior în plexul venos, maxilar intern și superior în vena oftalmică.

*Limfalicele* merg la ganglionii rinofaringieni, carotidieni superiori și submaxilari,

*Inervația* este reprezentată prin nervii sensibilității generale cari cuprind ramuri din sistemul cerebro-spinal și din sistemul vegetativ și de nervii sensibilității speciale olfactive.

### C) Sinusurile anexe

Sinusurile anexe foselor nazale sunt împărțite într'un grup anterior și unul posterior. Din primul grup fac parte: sinusurile maxilare, frontale și etmoidale anterioare iar din ultimul: sinusurile etmoidale posterioare și sinusurile sfenoide.

*Sinusurile maxilare.* Sunt două cavități osoase situate în oasele maxilare, de dimensiuni variabile (mari, mijlocii și mici), având forma unor piramide dreptunghiulare. Ele



prezintă: un perete anterior în raport cu fosa canină, un perete postero-inferior în raport cu fosa pterigo-maxilară și regiunea zigomatică, un perete superior subțire în raport cu orbita, o bază constituită din peretele extern al fosei nasale corespunzătoare și un vârf în raport cu osul molar. Cavitatarea acestui sinus poate să aibă mărimi variabile, este uneori unică sau este subdivizată prin pereți incomplecți în mai multe cavități. Sinusul maxilar se deschide în meatul mijlociu.

*Sinusurile frontale*, Sunt două cavități săpate în interiorul osului frontal. Ele se găsesc dispuse deoparte și de alta a liniei mediane, în porțiunea antero-inferioară a acestui os. Au o mărime inconstantă, uneori putând lipsi iar alteori putând atinge dimensiuni neobișnuite. De cele mai multe ori asimetrice. Adesea peretele care le desparte este întrerupt; cele două sinusuri comunicând între ele. Alteori, ele prezintă numeroși diverticuli. Fiecare sinus frontal are forma unei piramide triunghiulare și prezintă: un perete anterior care răspunde frunții, un perete posterior ce vine în raport cu cavitatarea craniană (meninge, lob frontal, sinus longitudinal superior), un perete intern subțire, uneori incomplect, care separă între ele cele două sinusuri, un perete inferior care răspunde în partea sa externă orbitei și în cea internă foselor nazale și un vârf. De pe peretele inferior pernește canalul fronto nasal care se deschide în meatul mijlociu.

*Sinusurile etmoidale*, Sunt cuprinse în grosimea maselor laterale ale etmoidului și sunt alcătuite din mai multe celule cari se grupează într'un sinus etmoidal anterior și unul posterior. Numărul lor variază 5—14 și sunt despărțite prin pereți osoși foarte subțiri. Sinusul etmoidal se subdivide în alte trei grupe: unul intern care se deschide la nivelul hiatului semilunar și ultimul cu deschiderea în jghiabul bular. Grupul posterior se imparte în celule ale meatului superior și o celulă inconstantă a meatului lui Santorini. Intreg complexul celulelor etmoidale are o

formă triunghiulară care vine în raport cu cavitatea craniană, cu orbita și cu fosele nazale.

*Sinusurile sfenoidale.* Sunt săpate în corpul sfenoidului și răspund părții postero-superioare a foselor nazale. Au o formă cuboidală sunt separate între ele printr'un sept median și prezintă: un perete superior în raport cu șeaua turcească, un perete posterior în raport cu protuberanța și sinusul occipital transvers, un perete extern cu o porțiune orbitală și una craniană, un perete intern sau intersinusal un perete interior în raport cu bolta orificiilor coanele și a cavumului și un perete anterior cu un segment nazal și unul etmoidal. Pe segmentul nazal al acestuia din urmă perete se găsește orificiul de deschidere al sinusurilor sfenoidale. Din punct de vedere al capacității lor, putem avea sinusuri sfenoidale mari, mijlocii și mici.

*Mucoasa* care căptușește sinusurile anexe foselor nazale nu este decât o continuare a mucoasei acestei fose,



## NOȚIUNI DE FIZIOLOGIE

### 1. Fiziologia piramidei nazale

Rolul fiziologic al piramidei nazale este de a apăra fosele nazale de mediul exterior, de a lua parte la expresia fizionomieii, de a da o anumită direcție aerului inspirat și expirat și de a contribui la estetica figurii.

### 2. Fiziologia foselor nazale.

Fosele nazale au următoarele cinci funcțiuni; respiratorie, olfactivă, reflexă, vocală și lacrimală.

*Funcțiunea respiratorie.* Respirația normală, fiziologică, este îndeplinită numai de fosele nazale. Pentru aceasta, cavitățile foselor nazale diminuează viteza coloanei de aer inspirat dând posibilitate pituitarei: de a acționa asupra sa prin triplul rol ce îl posedă, îndepărtează în mare măsură pulberile și bacteriile din aer, mărește conținutul acestuia în vapori de apă, îl încălzește și regulează ritmul și amplitudinea respirațiunii.

*Funcțiunea olfactivă.* Permite perceperea odorivelor prin bombardarea moleculară prin punerea în vibrație a cililor celulelor olfactive, sau prin combinare chimică. Pentru ca olfacțiunea să fie normală, este necesar ca fosele nazale și căile nervoase olfactive să fie întregi, ca mucoasa olfactivă să nu fie nici prea uscată, ca aerul respirat să se răspândească în etajul superior al foselor nazale și ca odorantul să acționeze masiv în nivelul zonei

olfactive. Olfacțiune i-și exercită acțiunile sale reflexe asupra aparatului digestiv, respirator și cardio-vascular.

*Funcțiunea reflexă.* Este datorită bogatei inervațiuni a pituitarei (sistemul nervos trigemino-simpatic.) Prin aceasta, fosele nazale asigură o bună funcționare a respirațiunii, stimulându-o în caz de nevoie. Excitarea centrului reflex bulbar a mișcărilor respiratorii se face prin elementul umoral (compoziția sa chimică) și elementul organic (sensibilitatea proprie a mucoasei nazale, diferite segmente ale conductului aerian). Apoi reflexe cu repercuție nazală, numeroase și cari acționează asupra foselor nasale, asupra sistemului cranio-facial sau altor organe îndepărtate. Apoi reflexe cu repercuție nasală, constând în modificări vaso-constrictorii sau dilatatorii a mucoasei foselor nasale și cari depind de tonusul reacțional al sistemului trigemino-simpatic, o mărire a tonusului simpatic dând anemie iar o mărire a funcției vago-trigeminale dând vaso-dilatație. Turburările organice digestive, genitale, renale sau cardiace, pot determina perturbațiuni în tonusul sistemului vago-simpatic nasal.

*Funcțiunea vocală.* Aceasta constă în reflexul naso-respirator care modifică tonusul funcțiunii respiratorii, reflexul naso-fonator modificator al tonusului muscular faringo-laringean și nasalizarea vocii prin care fosele nasale participă la emiterea anumitor sunete.

*Funcțiunea lacrimală.* Fosele nazale regulează umiditatea lacrimală oculară, excesul de lacrimi trecând prin canalul lacrimo-nasal în meatul inferior, deci în cavitățile nasale.

## **CORELAȚIA PATOLOGICĂ DINTRE APARATUL NASAL CELELALTE ORGANE ȘI ORGANISMUL ÎN ÎNTREGIME**

Imbolnăvirile foselor nazale și a sinusurilor alăturate, pot produce numeroase determinări patologice la nivelul altor organe sau a organismului în întregime. Deasemenea, bolile altor organe sau boli generale, pot avea repercursiuni asupra aparatului nazal.

Bine înțeles, se pot întâlni concomitent imbolnoviri ale nasului și ale altor organe fără nici o legătură de cauzatitate între ele. Din această cauză, nu putem considera ca fiind în corelație patologică decât imbolnăviri cari au o interdependență dela cauză la efect.

Problema legăturilor patologice dintre nas, celelalte organe și întreg organismul o vom descrie în două capitole: în primul rând bolile sau simptomele altor organe ori generale cauzele de leziuni nazale, în al doilea rând determinările patologice nazale datorite altor organe sau organismului întreg.

### **Bolile și simptomele rinogene**

Înțelegem prin această denumire prima categorie, adică acele boli și simptome ale diferitelor organe, cari iau naștere sub dependența vre'unei boli nasale.

#### **A) Piramida nasală.**

1. *Diformitățile* piramidei nasale: convexitate, concavitate, lărgime sau lungime exagerată, deviație laterală

sau deformație la uivelul lobulului ori al aripilor, sunt malformațiuni nazale cari în afară de schimbarea esteticeii feței și obsesia psihică pe care o produc, nu dau simptome funcționale.

2. *Traumatismele nazale* pot interesa tegumentele sau scheletul osos. Se vindecă rapid, producând : a) schimbări estetice cari acționează asupra psihicului și b) turburări funcționale. Aceste din urmă pot fi : simptomele sindromului de insuficiență nazală, turburări olfactive (anosmie, hiposme), turuurări reflexe (hipoestezii, nevralgii faciale) turburări ale căilor lacrimale. Complicațiunile infecțioase sunt cele mai grave : cranio-encefalice (meningite sau infecțiuni encefalice localizate). pulmonare sau generale (septicemie).

## B) Fosele nazale

1. *Atreziile foselor nazale* pot fi anterioare, mijlocii și posterioare. Cele anterioare sau stenozele narinare sunt extrem de rar congenitale, frecvent câștigate, de cele mai dese ori unilaterale. Atreziile mediane sunt cuprinse în porțiuneu mijlocie a foselor nazale, sau unei desvoltări insuficiente a foselor nazale. Turburările cari se produc sunt datorite diminuării foselor nazale și pot fi : mecanice ; simptome de insuficiență respiratorie nazală ; reflexe : cefalee, nevralgii faciale, epiforă ; infecțioase locale (rinită cronică) regionale (rinofaringiene, sinusale, oculare, auriculare și la distanță (pulmonare).

Atreziile posterioare, cunoscute sub numele de imperforație coanală, dau simptome variind cu etate : la sugar când e totală duce la moartea, când e incompletă dă cianoză și tiraj ; la copil se observă sindromul insuficienței respiratorii iar la adult turburări în olfacțiune, diminuarea respirațiunii nazale.

2. *Corpui străini ai foselor nazale*, extrem de variați (de natură vegetală, animală și minerală) se manifestă prin: obstrucție nazală și hidroree. Când acești corpi sunt mici în jurul lor se depozitează calcare dând naștere la rinoliți. Pot produce complicațiuni locale: leziuni inflamatorii și ulcerative ale mucoasei pituitare; complicațiuni regionale: cefalee, nevralgii faciale, fenomene astmatiforme, epiforă, diplopie, otite medii catarale sau supurate, acute sau cronice. Manoperele brutale de extracție se pot complica cu: erizipel, flegmoane ale feței, extrem de rar meningite.

3. *Epistaxisul* este variabil, în raport cu cauza care l-a provocat-o. Când hemoragia este redusă, nu are nici o gravitate. Hemoragia abundentă se manifestă prin simptome generale alarmante: puls frecvent și mic, tegumente și mucoase decolorate, vertij prin anemie labirintică.

4. *Rinitele vestibulare* sunt foliculita, impetigo, furunculoza și exema vestibulului nazal.

a) *Foliculita* vestibulului nazal este întâlnită de obicei la bolnavii cu leziuni nazale care produc rinoree, la cari secrețiunile nazale macerează tegumentele vestibulului, predispunându-le la infecție. Pot fi asociate cu leziuni identice ale buzei superioare și se pot complica cu exemă.

b) *Impetigo* vestibular se poate însoți de: febră ușoară, hipodinamie, turburări digestive; în cele de natură streptococică se poate întâlni tumefacție dureroasă a ganglionilor regionali.

c) *Furunculoza* vestibulară, prin anastomozele venoase dintre capilarele narinare și vena oftalmică, se poate complica de: tromboflebita sinusului cavernos septicemie, septicemie.

d) *Exema* vestibulară, acută sau cronică, se poate complica printr-o impetiginizare, infecție furunculoasă, erizipel.

5. *Patologia septului nasal* cuprinde: malformații septale, hematumul septului, abcesul septului polipul sângerând al septului, chistele septului și perforațiile septului.

a) *Malformațiile septului*. Orice deformare a septului (deviație cartilaginoasă, deviații, osteo-cartilaginoase, creste de sept, pintene de sept) este capabilă să dea naștere la turburări funcționale. Aceste malformațiuni pot fi spontane cauzate de turburări de dezvoltare și câștigate cauzate de traumatisme. Avem deviații cartilaginoase (luxația marginei anterioare a cartilagiului, luxație condro-vomeriană, luxația marginei anterioare a cartilagiului, luxație condro-vomeriană, luxație condro-etmoidală, deviații antero-superioare) și deviații osteo-cartilaginoase prin interesarea vomerului și a lamei perpendiculare a etmoidului.

Aceste deformări ale septului nazal pot produce următoarele complicațiuni: simptome de insuficiență respiratorie nazală, de ordin mecanic, infecțios și reflex; simptome reflexe locale (rinoree, rinită spasmodică), regionale: (cefalee, nevralgii faciale, turburări oculare), la distanță (broncho-pulmonară); simptome inflamatorii sinusale, rinofaringiene, oculare, auriculare, bronchopulmonare etc.

b) *Hematumul septului*, este o colecție de sânge între mucoasă și scheletul septal. Rar se resoarbe spontan. Produce epistaxis ușor, durere, obstrucție nazală. Insuficiența respiratorie, poate de cefalee.

c) *Abcesul septului*, este o colecție de sânge între mucoasă și scheletul septal. Rar se resoarbe spontan. Produce epistaxis ușor, durere, obstrucție nazală. Insuficiența respiratorie, poate de cefalee.

c) *Abcesul septului* este o colecție purulentă între mucoasa septală și scheletul despărțitoare nazale. Poate fi de origine traumatică și netraumatică (dentară, cutanată și nasală, rino-faringiană, nasală metastatică). Simptome: durere virulență, febră, tumefierea și roșeața tegumentelor. Poate prinde tegumentele învecinate (jugale, buza superi-



oară). Dă fistule, deformațiuni nasale consecutive necrozei cartilagiului patrat. Rar se complică prin erizipel sau tromboflebită a sinusului cavernos.

d) *Polipul hemoragic* al septului produce epistaxis și obstrucție nasală unilaterală, care depinde de gradul obliterării culoarelor nasale.

e) *Chistele septului* (tumori chistice reale și pseudo-tumori chistice), totdeauna bilaterale, cu o evoluție lentă, au ca urmare diformarea piramidei nasale și produc fenomene de obstrucție nasală.

f) *Perforațiile septului* sunt traumatice, toxice, tumorale, inflamatorii și trofice. Uneori-existența lor trece neobservată, alteori produce turburări locale (ușoare epistaxisuri și senzații de jenă locală, formare de cruste), cari dispar după cicatrizarea definitivă a marginilor.

6. *RINITELE* sunt inflamațiunile mucoasei feselor nasale și se impart în : rinite acute și rinite cronice.

a) *Rinitele acute* prezintă simptome locale caracterizate într'o primă fază prin obstrucție, într'o a doua fază prin scurgere seroasă iar în cea de a treia și ultima prin scurgere muco-purulentă ; simptome generale manifestate prin : febră legeră, frison, inapetență. Complicațiunile corizei acute pot interesa : sinusurile anexe foselor nasale (sinusită) aparatul auricular) otite medii supurate acute), laringele (laringite), trahea (tracheite, tracheo-bronșite), bronchiile și plămânii (bronșite, congestii pulmonare, pneumonii, broncho-pneumonii), aparatul ocular (epiforă, dacriocistite, conjunctivite), olfacțiunea (anosmii).

Rinitele sugarilor produc fenomene grave de obstrucție nasală, căci împiedeca alimentația și cari pot fi însoțite de : complicațiuni laringiene (spasm), broncho-pulmonare auriculare (otită medie supurată sau latentă), oculare (conjunctivite) digestive.

b) *Rinitele cronice nespecifice* cuprind : rinita catarală cronică hipertrofică și rinita cronică atrofică.

*Rinita catarală cronică* se caracterizează prin hipersecreție nasală și se mai numește rinită cronică purulentă. Se manifestă prin două simptome principale: scurgere nasală și obstrucția cavităților nasale. Aceste fenomene se exacerbează în timpul corizelor acute. Complicațiuni: auriculare, bronchice (rino-bronșite descendente), pulmonare (pneumonie, broncho-pneumonii), digestive, renale (pielite) — Numeroasele manifestări infecțioase ale rinitei catarale cronice se explică prin tipul perfect de infecție locală pe care îl reprezintă fosele nasale în decursul acestei afecțiuni.

*Rinita cronică hipertrofică* se caracterizează prin hipertrofia mucoasei pituitare. Evoluția ei cuprinde o fază de hipertrofie moale, una de hipertrofie reală și una de degenerescență polipoidă. Produce obstrucție nasală care e însoțită de fenomenele insuficienței respirației nasale: semne mecanice voce nasală, turburări olfactive, auriculare, semne inflamatorii (faringiene, auriculare, laringo-tracheo-broncho-pulmonare), semne reflexe (cefalee, epiforă, astm).

*Rinita cronică atofică* simplă sau ozenatoasă poate produce următoarele complicațiuni: faringiene (faringită cronică) laringiene (ozenă laringiană), tracheale (ozenă tracheală, bronchice (ozenă bronhică), pulmonare (semne de tuberculoză), auriculare (catar tubar, otite catarale și supurate cronice), sinusale (sinusită ozenatoasă), oculare (epiforă, daciocistită, conjunctivită, cheratită.)

c. *Rinoscleromul* constă într-o infiltrare sclerosantă progresivă a mucoaselor rino-faringiene. Procesul scleromatos se întinde succesiv la orificiile trompelor, vălul palatului, epiglotă, trachee, bronhii.

7. *Polipii mucoși nasali* sunt o degenerescență conjunctivo-edematoasă a mucoasei pituitore post inflamatorie.

Produc obstrucție nasală cu dificultăți respiratorii mărite în expirație. Complicațiile, sunt legate de fenomenul de obstrucție și sunt: mecanice, reflexe (astm, cefalee),

olfactive (hipoosmie sau anosmie), infecțioase (auriculare laringiene etc.

### C. Sinusurile anexe

1. Sinusitele sunt infamațiunile mucoasei sinusurilor anexe feselor nasale. Ele pot fi: catarale acute, catarale cronice, supurate acute și supurate cronice.

*Sinusitele catarate acute* sunt concomitente cu o cauză acută. Avem simptome nasale (obstrucție nasală însoțită de fenomenele mecanice, infecțioase și reflexe), și simptome sinusale: cefalee intensă cu localizări diferite după sinusul afectat, hipodinamie, capacitate de lucru redusă, inapetență, fenomene gripale cu ascensiuni termice. Durerea în sinusita catarală acută frontală e însoțită de hemicranie și dureri oculare, cu perioade de exacerbare și fotofobie. Sinusitele sfeno-etmoidale produc cefalee occipitală și dureri retroauriculare.

*Sinusita maxilară acută supurată* poate avea origine nasală sau dentară. Se manifestă prin dureri, scurgere muco-purulentă și cacosmie subiectivă. Netratată trece în stare cronică. Sinusurile osteo-necrotice și osteomielitice acute se pot complica de septicemie. Sinusitele acute ale suparilor produc necrozarea rebordului alveolar.

*Sinusitele maxilare cronice supurate* pot produce numeroase complicațiuni de vecinătate sau la distanță. Complicațiunile de vecinătate cari pot surveni sunt: flegmoane ale orbitei produse prin osteita plășeului orbital, flegmoane ale fosei pierigo-maxilare consecutive fistulelor peretelui posterior al sinusului maxilar, fistule jugale sau vestibulo-bucale, dacriocistite, inflamația mucoaselor sinusurilor frontal și etmoidal. Complicațiunile la distanță sunt datorite pioreei sinusale. Ele pot fi: digestive, broncho-pulmonare, generale (septicemie).

*Șinusita frontală supurată acută* poate produce :  
1. exteriorizare, la nivelul peretelui anterior sau inferior, de formă infiltrativă, colectată sau fistulizată : 2. osteomielită craniană ; 3. complicațiuni intracraniene (abces extradural, tromboflebita sinusurilor longitudinal și cavernos, abces cerebral, meningită) ; 4. complicațiuni orbitare.

*Sinusita frontală supurată cronică* determină următoarele complicațiuni : a) infecția sinusurilor învecinate (etmoidal și frontal) : b) reîncălzirea infecției și consecințele ei : exteriorizare, manifestări intracraniene, orbitare.

*Sinusitele etmoidale* au o simptomatologie și complicațiuni variate după natura lor. În etmoidita polipoasă, se produce obstrucție nasală și consecințele ei. Etmoidita supurată deschisă anterioară prezintă : scurgere purulentă, cefalee fronto-orbitară, ușoare turburări vizuale, turburări reflexe (crize de strănut, de lăcrimare, hidroree nasală). Etmoidita supurată deschisă posterioară, produce prin scurgerea puroiului în cavnm infecțiuni cronice descendente broncho-pulmonare și digestive.

Etmoidita supurată închistată anterioară produce : dureri la nivelul peretelui orbital intern, cefalee exteriorizare mai des orbitară. mai rar intranasală, rar endocraniană. Etmoidita supurată închistată posterioară determină : cefalee, ambliopie, nevrite, optice retro-bulbare.

*Sinusitele sfenoidale*, acute sau cronice, hiperplazice sau supurate, pot determina : infecțiuni de vecinătate pe cale osoasă, vasculară, sau prin intermediul dehiscențelor. Complicațiunile sunt : intracraniene (meningite difuze, abcese encefalice, tromboza sinusului cavernos) oculare (paralizii motoare și nevrita optică).

*Sinusitele latente* pot produce : fenomene oculare (paralizii motoare oculare, coroidite irite cheratite, nevrită optică retro-bulară), fenomene dureroase (migrenă, cefalee profundă, nevralgiile faciale), fenomene reflexe la distanță datorite iritațiunilor trigemino-simpatice).

2. **MUCOCELUL.** Această atecțiune `sinusală, în stare latentă produce dureri frontale, nevralgii supraorbitare, diminuarea vederii, edem papilar. In faza de exteriorizare produce deformațiunea regiunii naso-orbitare și diplopie. Rar, dă o interiorizare craniană extradurală prin erodarea peretelui posterior sinusal. Complicații: atrofii papilare, ulceratii ale corneei, compresiuni intracraniene, compresiuni ale cailor lacrimale cu epiforă consecutivă, învadarea sinusului frontal opus.

3. *Țraumatismele sinusurilor,* pot produce complicațiuni grave, intracraniene, atunci când peretele posterior al sinusului frontal este fisurat (complicațiuni cerebrale sau maningeale).

4. *Corpii streini intrasinusali,* prin prezența lor dau naștere la sinusite supurate și în consecință la toată gama complicațiunilor regionale și generale ale acestor suprațiuni.



# APARATUL NASAL, CELELALTE ORGANE ȘI ORGANISMUL ÎNTREG

## I. Aparatul nasal și funcțiunea respiratorie nasală

Toate leziunile nasale, care constituie o piedecă în buna funcționare a respirației nasale normale, sunt capabile de a da naștere la complicațiuni locale, regionale sau generale extrem de variate, care în totalitatea lor formează *sindromul insuficienței nasale respiratorii*.

Simptomele sindromului de insuficiență nasală respiratorie sunt multiple și pot fi de natură mecanică, infecțioasă sau reflexă, cu determinări asupra: aparatului circulator, aparatului digestiv, sistemului nervos, aparatului auricular, aparatului ocular, dezvoltării generale.

## II. Aparatul nasal și dezvoltarea generală

Turburările de dezvoltare datorite bolilor nasale se produc printr'o acțiune mecanică. Toate leziunile nasale ce au ca urmare insuficiență respiratorie nasală sunt capabile de a da aceste turburări. Ele sunt distrofice și se observă la nivelul scheletului facial, cutiei toracice și coloanei vertebrale. Mai frecvent sunt întâlnite deformațiunile toracelui și ale coloanei vertebrale.

2. La nivelul scheletului facial se produc: atrezii ale

osului maxilar superior, deformațiuni ale bolții palatine, implantări dentare vicioase.

2. La nivelul cutiei toracice întâlnim; torace în carenă, turtit, asimetric, în șorț.

3. Deformațiunile coloanei vertebrale se produc după tipul cifotic sau scoliotic.

### III. Aparatul nasal și aparatul respirator

Determinările patologice ale bolilor cavităților nasale asupra aparatului respirator sunt multiple și pot fi de ordin: mecanic, chimic, reflex și infecțios.

A) *Turburări mecanice.* Toate leziunile nasale obstructive sunt capabile să determine turburări mecanice respiratorii. La nivelul cutiei toracice, ele dau deformațiuni ale acesteia și scăderea incursiunilor respiratorii. Produc o debilitate pulmonară care predispune la tuberculoză. La majoritatea bacilarilor (peste 80%) se constată existența leziunilor nasale.

Turburările respiratorii produse pot imita tuberculoza pulmonară incipientă. Avem așa numitele false tuberculoze pulmonare. Din această cauză, întotdeauna când ne aflăm în fața unei diminuări a murmurului vezicular la nivelul vârfurilor pulmonare, este bine să examinăm și fosele nasale, aceste fenomene, putând avea o origine nasală. În aceste cazuri permeabilizarea foselor nasale aduce cu sine dispariția simptomelor pulmonare.

B) *Turburări chimice.* Acestea constau într'o insuficiență a hematozei consecutivă desechilibrului acidobazic.

C) *Turburări reflexe.* În producerea acestor turburări avem nevoie pe deoparte de o spină iritativă nasală, care poate fi constituită de orice leziune nasală sau sinusală, iar pe de altă parte de o instabilitate specială a sistemului nervos organo-vegetativ. La aceste două cauze se

asociază secundar factorul microbial și impermeabilitatea foselor nasale.

Dintre leziunile pulmonare de origine nasală produse printr'o acțiune reflexă, cea mai frecvent întâlnită este astmul. Pentru aceasta, întotdeauna este bine ca la astmatici să se cerceteze și fosele nasale cu cavitățile anexe și în cazul existenței de leziuni nasale acestea să fie îndepărtate pentru a restabili permeabilitatea foselor nasale și prin aceasta a înlătura unul din factorii producători ai astmului.

Tusea nasală este cauzată de iritarea mucoasei pituitare. Ea are următoarele caractere: este uscată, convulsivă și progresivă. După îndepărtarea spinei iritative, dispare.

*D) Turburări infecțioase.* În etiologia turburărilor infecțioase găsim leziuni naso-sinusale extrem de variate (inflamațiuni ale mucoasei foselor nasale și ale sinusurilor anexe) însoțite de obicei de insuficiență respiratorie nasală. Factorul microbial joacă un rol important.

Mecanismul de producere se înțelege prin trecerea secrețiilor muco-purulente din cavitățile nasale în interiorul naso-faringelui iar de aici prin migrațiune în laringe, trachee și bronchii. Prin aceasta se înțelege interesarea în aceiaș măsură atât a căilor aeriene superioare, cât și a căilor aeriene inferioare.

1. La nivelul căilor aeriene superioare se pot produce inflamațiuni ale mucoasei faringiene, angine epifaringiene, laringite caracterizate prin afonii matinale, tracheite.

2. La nivelul căilor aeriene inferioare, pe lângă cauzele arătate mai sus un rol important este jucat de debilitatea consecutivă insuficienței respiratorii nasale. Prin aceasta sistemul broncho-pulmouar este pregătit formând un teren favorabil pentru infecțiuni. Tot în această ordine de idei, abcesele pulmonare cari sunt consecutive intervențiilor operatorii rino-faringiene, executate sub anestezie



generală la bolnavii cari prezintă afecțiuni ale acestei regiuni, pot fi datorite unei acțiuni narcotice favorizante producerii emboliilor pulmonare.

Leziunile broncho-pulmonare de natură infecțioasă, la cari recunoaștem o cauză nasală sunt extrem de variabile, fiind posibile toate formele clinice. Inflamațiunile acute pulmonare, au o evoluție caracterizată sau prin fugacitate și recidivă, sau printr'o evoluție subacută cu recidivă, sau printr'o evoluție subacută cu recidive mai puțin grave.

#### IV. Aparatul nasal și sistemul nervos

La acest capitol vom studia turburările nervoase datorite leziunilor mai mult sau mai puțin accentuate ale foselor nasale și cunoscute sub numele de sindrome reflexe nasale.

Mecanismul de producere ai sindromelor reflexe de origine nasală cere următoarele două condițiuni: 1. o spină iritativă nasală, care să dezechilibreze sistemul trigemino-simpatic pituitar, constând din orice leziune nasală indiferent de natura ei (mecanică, toxică, infamatorie, tumorală); 2, un teren endocrino-vegetativ dezechilibrat, care să favorizeze producerea acestor leziuni.

*A. Turburările reflexe endo-nasale*, aparțin sensibilității sau vaso-motricității nasale. In primul rând putem avea anestezia sau hiperestezia, iar în al doilea rând rinita spasmodică și hidrorea.

*B. Turburările reflexe regionale* interesează endocraniul, regiunea facială și aparatul ocular.

*1. Cefaleea rinogenă.* La nivelul endocraniului, turburările reflexe nasale localizează pe meninge, constituind cefaleea de origine nasală.

În etiologia cefaleei rinogene putem avea: traumatisme ale foselor nasale și a sinusurilor anexe, produse în mod accidental sau operator; corpi streini intranasali; deformațiuni ale septului nasal; creste de sept, pintene, cornete hipertrofice, cozi de cornete; intoxicațiuni de origine nasală; inflamațiuni acute sau cronice ale cavităților nasale; formațiuni tumorale nasale; alterări nervoase funcționale nasale. Aceste cauze le putem întâlni izolate sau asociate două, ori mai multe între ele.

Mecanismul de producere poate fi direct ori indirect. Calea directă este mai rară și constă în meningite produse prin extensiunea directă a leziunilor nasale până la meninge. Aceste leziuni pot fi: sinusite supurate frontale, etmoidale și sfenoidale, tumori invadante. Calea indirectă este cea preferată și se constată la marea majoritate a cazurilor. Cefaleea se produce printr'o diminuare a capacității respiratorii nasale, o iritație locală a sistemului neurovegetativ nasal și o iritare a nervilor naso-dilatatori meningeali.

Cefaleea rinogenă poate interesă întreaga regiune craniană sau poate fi localizată în regiunea fronto-orbitală, temporo-parietală, bazei craniului sau occipitală. Are o intensitate diferită.

Cefaleea nasală datorită unui dezechilibru al tonusului trigemino-simpatic și în care nu avem leziuni nasale evidente, poate fi însoțită de turburări regionale: secretori (hidroree nasală), congestive (rinită congestivă (oculară) congestie conjunctivală, astenopie acomodativă), faringiene paresterii ale mucoasei, tuse spasmodică, algii ale laringelui superior). După restabilirea tonusului normal trigemino-simpatic, atât cefaleea cât și simptomele învecinate dispar.

2. *Nevralgiile faciale rinogene.* Aceste se pot prezenta sub forma unor algii faciale comune, cauzate de leziuni nasale adesea minime, acționând pe un teren pregătit printr'un dezechilibru al sistemului trigemino-simpatic; sub forma sindromului nevralgic sfeno-palatîn, când leziunile

obiective nasale lipsesc fiind în cauză numai sistemul simpatic sau trigemino-simpatic. Algiile au un caracter profund orbito-occipital și sunt iradiante. Ele pot fi însoțite de lăcrămare și rinoree; sub forma sindromului nervului nasal caracterizat prin inflamație oculară, coriză însoțită de hidroree algiilor naso-orbitare,

3. *Turburări reflexe oculare.* Avem turburări oculare organice și funcționale: fotofobii, blefarospasme, epifore, astenopii acomodative, glaucome, nevrite optice, etc., cari pot avea o origine nasală reflexă.

C. *Turburări reflexe la distanță.* Acestea se pot localiza la nivelul aparatului broncho-pulmonar, cardiovascular, digestiv, pelvian sau produc manifestări psiho-nervoase.

1. Turburării broncho-pulmonare: tusea nasală și fenomenele astmatiforme.

2. Turburări cardio-vasculare: aritmii, tahicardii.

3. Turburări pelviene: dismenorei, algiilor pelviene, priapism.

4. Turburări digestive: constipații reflexe, dispepsii, spasme esofagiene.

5. Turburări psihice: epilepsie reflexă, coree, modificări ale caracterului.

## V. Aparatul nasal și aparatul ocular

Turburările oculare de origine nasală se datoresc strânselor raporturi anatomice și fiziologice dintre ochi și nas. Aceste turburări sunt numeroase și pot interesa aparatul lacrimal, conjunctiva, globul ocular, orbita și conținutul ei.

Mecanismul de transmisiune se explică prin: 1. Continuitate tisulară (cale directă cutanată sau afecțiunea pereților osoși), 2. cale sanguină directă sau metastatică (ex-

plicată prin anostomozele venoase orbito-nasale), 3, cale nervoasă (prin mecanism reflex).

Leziunile aparatului nasal pot interesa fosele nasale sau sinusurile anexe.

### A. FOSELE NASALE ȘI APARATUL OCULAR.

a) *Aparatul lacrimal.* Acțiunea patologică a foselor nasale asupra aparatului lacrimal se explică prin: continuitatea mucoasei nazale cu mucoasa conjunctivală, grosimea redusă a peretelui osos despărțitor, deschiderea canalului lacrimal în meatul inferior și numeroasele coprelații vasculare, limfatice și nervoase,

Majoritatea afecțiunilor inflamatorii ale căilor aeriene au o origine nasală, Ele constituiesc din punct de vedere clinic sindromul lacrimal, a cărui evoluție cuprinde trei etape: epifora, dacriocistita purulentă, acută sau cronică,

b) *Conjunctiva.* Mare parte din conjunctivitele acute ori cronice, unele bine caracterizate, altele simple iritații, pot fi cauzate de o lipsă a permeabilității naso-lacrimale. Concomitent cu afecțiunile mucoasei conjunctivale, se pot observa leziuni ale pleoapelor, constituind leziuni de blefarită. Toate conjunctivitele sau blefaro-conjunctivitele cari rezistă la tratamentul obișnuit, sunt de origine nasală.

c) *Globul ocular.* Avem turburări obiective: cherațite acute sau subacute, ulcerul serpiginos cornean, irite, irido-coroidite; turburări subiective: pareze sau paralizii ale acomodației, dureri oculare asociate sau nu cu fotofobii, ambliopii.

d) *Orbita și continutul ei.* La nivelul nervului optic putem avea: papilite optice sau inflamațiuni nervoase juxta-bulbare, nevrite retro-bulare consecutive hipertrofiilor cornetelor inferioare sau mijlocii în urma cărora se formează o nevrită retro-bulbară homolaterală. La producerea alterațiilor nervului optic se asociază un catar sinusal sfeno-etmoidal, oare este indispensabil în formarea

acestei afecțiuni. Sau citat cazuri de nevrită retro-bulbară consecutivă ozenei.

Paraliziile oculare se observă în traumatismele foselor nasale și sunt consecutive hamoragiilor sau fracturilor.

La nivelul țesutului celular și grăsos orbital se produce flegmonul orbitei însoțit de exoftalmie, imobilitate oculară, dilatație pupilară și inflamație difuză a pleoapelor (învadare septică).

Infecțiunile venelor orbitare în urma unei afecțiuni nasale pot produce flebita sinusului cavernos, caracterizat prin: chemozis palpebral, tumefacție frontală sau jugală, semne meningeale.

## **B) Sinusurile anexe și aparatul ocular**

Complicațiunile orbitare ale sinusitelor acute sau cronice, se explică prin raporturile anatomice imediate dintre sinusuri și orbită. Propagarea infecției se face direct prin intermediul osteitei, prin dehiscențe și prin vase. Aceste complicațiuni sunt mai des întâlnite din partea sinusurilor etmoidal și frontal, mai rar din partea sinusului sfenoidal sau maxilar.

Leziunile orbitare post-sinusale pot interesa peretele osos (osteo-periostite), țesutul celular (flegmoane), mușchii (paralizii) venele (flegmoane oftalmice și cavernoase), nervii (paralizii motoare și sensitive).

Osteomielite orbitară se observă în decursul sinusitelor fronto-etmoidale. Se caracterizează prin: edem palpebral și frontal, febră, luxația globului ocular în afară și în jos. Se poate complica prin: abces palpebral, dacriocistită, pericistită, flegmon al orbitei.

Abcesul palpebral este consecutiv sinusitelor frontale acute sau reîncălzite. Se observă și în decursul sinusitelor maxilare. Avem tumefacție palpebrală și durere. Globul ocular este mobil.

Dacriocistitele și pericistitele sunt produse de : sinu- site etmoidale, sinusite frontale, sinusite maxilare. Se constată mai ales în decursul sinusitelor etmoidale (perforarea laminei papiracee).

Flegmonul orbitei produce : edem palpebral, chemozis, exoftalmie, imobilitate a globulului ocular. Poate produce complicațiuni intracraniene mortale : tromboflebita sinusului cavernos, meningită.

## VI. Aparatul nasal și cavitatea craniană

Afecțiunile intracraniene produse de leziuni ale foselor nasale și sinusurilor anexe sunt frecvente, datorită rapor- turilor imediate dintre acest aparat și cutia craniană.

Fracturile nasale cari iradiază la etajul anterior al bazei craniului sau masivul facial, poate da naștere prin infecție la complicațiuni cranio-encefalice : meningite, infecțiuni encefalice localizate.

Furunculoza vestibulului nasal, abcesul septului nasal, prin intermediul venei oftalmice pot produce tromboza si- nusului cavernos.

Complicațiunile craniene ale sinusitelor sunt cele mai frecvente și se întâlnesc mai des în cursul sinusitelor fron- to-etmoidale și sfenoidale, mai rar în cele maxilare. Infec- ția se propagă sau pe cale directă ; prin dehiscențe în pe- reții sinusurilor, prin zone de osteită ; sau pe cale indi- rectă : vasculo-limfatică, explicată prin numeroasele anasto- moze venoase cu sinusurile prin venele diploice. Determi- nările patologice craniene de origine sinusală sunt : osteo- mielita craniană, abcesul extradural, meningita septică, ab- cesul cerebral, tromboflebita sinusului cavernos sau longi- tudinal.

Osteomielita craniană, este o complicațiune rară, da- torită probabil desvoltării exagerate a diploeiului la anumite persoane. Este extrem de gravă, are mai multe forme cli-

nică : supraacută fulgerătoare, acută, subacută, cronică și se poate complica de complicațiuni intra-craniene, extradurale sau intradurale.

Abcesul extradural prezintă de obicei o simptomatologie latentă fiind în cele mai multe cazuri diagnosticat pe masa de operație.

Meningitele septice pot fi preoperatorii (rare) sau postoperatorii (mai frecvente).

Abcesul cerebral este situat de obicei la baza encefalului și anume la nivelul primei circumvoluțiuni frontale. Poate fi superficial sau profund, unică sau focare multiple. Uneori se găsesc la nivelul lobului temporo-sfenoidal.

Tromboflebita sinusului longitudinal superior survine extrem de rar în raport cu aceea a sinusului cavernos. Aceasta din urmă se poate produce în urma complicațiilor orbitare a sinusitelor frontale sau maxilare, trombozei venei oftalmice cauzată de sinusitele etmoidale sau sfenoidale.

## VII. Aparatul nasal și aparatul auricular

Toate leziunile foselor nasale și a sinusurilor anexe, sunt capabile de a produce determinări patologice auriculare (traumatisme nasale, atrezii, corpi streini, malformațiuni septale, rinite acute, rinite cronice hipertrofice, rinite cronice atrofile, sinusite). Mecanismul de producere al acestor afecțiuni auriculare poate fi: 1. Prin acțiune infecțioasă, prin transmiterea infecției din fosele nasale în rinofaringe, iar de aici prin trompe în casa timpanului; 2. Acțiune mecanică, obstruantă prin împiedicarea aerației normale a trompelor.

Leziunile auriculare în cari recunoaștem o etiologie nasală interesează numai urechea mijlocie și pot fi: otita acută catarală, otita acută supurată, otita cronică supurată sau catarală, otita latentă.

## VIII. Aparatul nasal și digestiv

Turburările conductelor digestive și determinate de îmbolnăviri ale aparatului nasal, se produc sau pe cale infecțioasă sau pe cale reflexă.

Turburările infecțioase digestive, sunt datorite trecerii secrețiunilor muco-purulente din fosele nasale în rinofaringe, iar de aici prin migrațiuni în esofag, stomac și intestine. Avem așa-numiții înghițitori de puroi. Orice leziune obstructivă a foselor nasale este capabilă de a produce turburări infecțioase ale tubului digestiv. Avem turburări ca: aerofagie, dispepsii atonice, entero-colite, accese de apendicită.

Turburările digestive rinogene produse printr'un mecanism reflex, sunt: constipațiile reflexe, dispepsii, spasme esofagiene.

## IX. Aparatul nasal și aparatul renal

Fosele nasale alcătuiesc frecvent tipul perfect al unei infecțiuni focale. Astfel în decursul rinitei catarale cronice, evoluția acestei leziuni prezintă numeroase puseuri acute. Prin aceasta se explică turburările infecțioase exercitate de îmbolnăvirile foselor nasale asupra altor organe îndepărtate, turburările digestive și turburările renale. Complicațiunile renale infamatorii pot însoți bolile nasale, pot fi acute sau cronice și nu dispar decât după îndepărtarea focarului infecțios. Pielitele copiilor au frecvent o origine naso-sinusală.

## X. Aparatul nasal și aparatul circulator

La nivelul sistemului cardio-vascular, leziunile nasale și sinusale pot determina turburări reflexe și turburări consecutive insuficienței respiratorii. Se pot observa: tachicardii, aritmii, pseudo-hipertrofii cardiace, hipertensiuni, di-



minuarea globulelor roșii sangvine, diminuarea procentului de hemoglobină, creșterea numărului leucocitelor.

## XI. Aparatul nazal și aparatul olfactiv

Leziunile aparatului nasal pot produce la nivelul aparatului olfactiv următoarele turburări: anosmie, hiperosmie, parosmie și cacosmie.

a) *Anosmia* este pierderea totală a olfacțiunii. Mecanismul de propucere al acestei afecțiuni olfactive cauzată de îmbolnăvirile foselor nasale și ale sinusurile anexe, este, sau prin interpunerea unui obstacol la nivelul fantei olfactive, obstacol care împiedecă particulele odorivectoare de a ajunge la nivelul zonei sensoriale, sau prin alterarea epitelului olfactiv.

Afecțiunile nasale capabile de a da anosmii prin acțiune mecanică de obstrucție a deschizăturii olfactive, sunt numeroase: stenoze narinare, hipertrofiile de cornete, malformațiunile septului nasal, sinechiile nasale, polipoza nasală, tumori nasale, impermeabilitatea fantei olfactive.

Leziunile nasale și sinusale cari produc anosmie prin alterarea epitelului olfactiv, sunt inflamațiunile nasale acute sau cronice: corize acute, ozenă, sinusite maxilare, sinusite etmoidale, sinusite frontale.

b) *Hiperosmia* este exagerarea capacității de olfacțiune normală. Turburările reflexe nasale, se pot uneori asocia cu o hiperexcitabilitate olfactivă, producând această afecțiune.

c) *Parosmia* este perceperea eronată a unei senzații olfactive reale. Se poate observa după corizele gripale sau de altă natură.

d) *Cacosmia obiectivă* poate fi produsă în urma prezenței unui corp strein în fosele nasale sau în urma unei sinusite maxilare.

## **XII. Aparatul nasal și secreția nasală**

Leziunile aparatului nasal pot produce asupra secreției nasale diminuarea ei sau accentuare ei.

Diminuarea secreției nasale, sau asecreția nasală, poate fi produsă de rinite intense ozenă, spălături nasale.

Accentuarea secreției nasale sau hidrorea nasală poate fi datorită sau unei cauze patologice naso-sinusale, sau — când nu avem leziuni nasale, disfuncții vegetative trigemino-simpatice nasale, unei pareze vaso-constrictoare sau unei excitații vasodilatatorii.

## **XIII. Aparatul nasal și sistemul vascular endo-nasal**

Sindromele vaso-motorii nasale sunt anemia, hipermia și coriza spasmodică.

Anemia este produsă în imbolnăviri generale.

Afecțiunile nasale care dau hiperemie pituitară sunt de natură inflamatorie: rinite acute, unele rinite cronice, etc.

Cauzele locale nasale ce se observă în coriza spasmodică, au în etiologia acesteia o acțiune mai mult secundară, ajutătoare, prin hipersenzibilizarea mucoasei nasale. Aceste cauze cuprind toate afecțiunile foselor nasale deviații, creste, pinteni, cozi de cornete, hipertrofii, polipi, sinusite. Factorul principal este cel extern: polenic, mecanic sau specific.

## **XI. Aparatul nasal și fonația**

Cavitățile nasale asigură a fonație normală, jucând rolul unui rezonator. Majoritatea leziunilor nasale, produc obstrucție nasală și prin aceasta modifică caracterul vocii determinând așa numita voce nasonată (rinolalie) modifi-

când pronunțarea. La copii cu obstrucție nasală se constată în vorbire înlocuirea literelor nasale M sau N cu literele labiare sau dentare B sau D. Deasemenea, leziunile opstruante nasale pot fi cauza bătăitului și gâgăvelei.

## **XV. Aparatul nasal, psihicul și caracterul**

Imbolnăvirea aparatului nasal exercită influență asupra psihicului, caracterului și intelectualității bolnavului. Ele pot produce :

- a) aprosexie : turburări intelectuale.
- b) imposibilitatea de a fixa atenția.
- c) Scăderea capacității de lucru.
- d) Modificarea caracterului, care devine trist, melancolic.
- e) obsesii psihice, întâlnite mai ales în deformațiunile piramidei nasale, apoi în turburările de fonație de origine nasală.



## BOLILE APARATULUI NASAL VENITE DELA DISTANȚĂ

Bolile generale sau la distanță pot provoca simptome sau boli nasale, pot modifica evoluția unei boli nasale, sau pot predispuce pentru anumite afecțiuni nasale.

Vegetațiile adenoide, printr'o acțiune mecanică, produc obstrucția foselor nasale și consecutiv toate simptomele datorite acestei obstrucții. Ele dau naștere: rinitei catarale cronice, rinitei hipertrofice cronice, eczemei și impetigoului vestibulelelor nasale; Mai pot produce hiperemia mucoasei pituitare și anosmie.

Secrețiunile caseoase din foseta lui Rosenmuller, leziunile amigdaline, pot produce cacosmie subiectivă.

Paralizia facială, prin paralizarea mușchiului aripei nasale, poate da anosmie.

Anumite afecțiuni congenitale pot fi cauza anosmiilor: absența de dezvoltare a unui segment nervos) cornul lui Amon, bulbul olfactiv), absența pigmentului olfactiv.

Anumite afecțiuni nervoase: nevritele olfactive consecutive gripei, difteriei, paludismului, diabetului, alcoolismului, leziuni nervoase prin acțiuni traumatice (traumatisme craniene cari comprimă sau secționează firisoarele nervului olfactiv), siringomielia, epilepsia, histeria pot produce anosmie. Aceasta mai poate fi datorită tumorilor și hemoragiilor cerebrale.

Hiperosmia se poate observa la: neuro-artrici, în decursul sarcinei, în traumatisme cerebrale, tumori cerebrale, boala lui Basedow, histerie, epilepsie, paralizie ge-

nerală. Tot în aceste cazuri se poate produce parozmie. În nevritele gripale sau difterice putem avea cacozmie subiectivă, în afecțiuni broncho-pulmonare și gastrice, cacozmie obiectivă.

Turburările în secreția nasală pot fi produse de: leziuni cicatriciale sifilitice, de rinite consecutive difteriei, rușgelei scarlatinei, (asecreție nasală), de corize gripale, stări anafilactice generale, dezechilibru endocrinian, insuficiență renală, intoxicație iodică (rinoree).

Anemia mucoasei foselor nasale poate fi produsă în boli sangvine, tuberculoză, cașexii, iar hiperemia ei în sarcină și menstruee.

Eplstaxisul poate fi produs de afecțiunii generale: boli infecțioase generale, boli sangvine, boli organice, stări endocrino-simpatice, intoxicațiuni generale.

Pubertatea, menstrueele, sarcina, menopauza, exercită oarecare influență în dezvoltarea angio-fibromelor septulu nasal.

Perforațiile despartitoare nasale, pot fi datorite anumitor afecțiuni inflamatorii acute: coriza streptococică, pericondrita cartilagiului septal în febra tifoidă, rinita morvoasă, rinite severe gripale; apoi inflamațiuni cronice specifice: sifilisul și tuberculoza.

Rinite acute pot însoți diferite boli infecțioase: gripa, difteria, meningita cerebro-spinală, morva și febrele eruptive. Ele pot fi heredo-sifilitice și gonococice (sugar.)

## RINITELE BOLILOR INFECTIOASE

Bolile infecțioase generale cari pot determina rinite sunt ; gripa difteria, meningita cerebro-spinală, morva și febrele ruptive.

1. *Rinita acută gripală.* Infecția gripală se poate manifesta sau prin coriză acută simplă sau prin coriză acută însoțită de faringită. Ea se poate însoți de : otite, sinusite, complicații pulmonare, anosmii. Coriza gripală se caracterizează prin accentuata tendință difuzatoare pe care o posedă, producând starea generală gripală în care predomină simptomele hipodinamice și infecțioase generale.

2. *Rinita difterică.* Rinita piftierii poate fi primitivă și secundară, Rinita difterică primitivă sau izolată este mai rară și are o evoluție benignă. Se caracterizează prin ușoară obstrucție nasală, epistaxis, scurgere nasală seroasă, sau sero-purulentă, oboseală, paloare, ascensiune febrilă, uneori, simptomele locale lipsesc, difteria fiind într'o stare latentă.

Rinita difterică secundară, însoțește angina difterică. Se întâlnește mai ales la copii și are o evoluție benignă sau malignă. Evoluția benignă se caracterizează prin : obstrucție nasală și scurgere muco-purulentă. Evoluția malignă se produce atunci când se asociază infecției difterice infecția streptococică. Avem o coriză strepto-difterică. Aceasta produce obstrucție nasală complectă, bilaterală, secreție nasală muco-purulentă sau sanvinolentă, Este foarte gravă și se poate complica prin : otite medii supurate cronice, sinechii, rinite atrofice, atrezii narinare,

3. *Rinita meniagitei cerebro-spinale*. Această rinită are o evoluție benignă, asemănătoare corizei simple cu care este confundată de obicei până la apariția simptomelor menigeale.

4. *Rinita morvoasă*. Este foarte gravă și se caracterizează printr' o scurgere purulentă, sangvinolentă și fetidă, numită jetaj.

5. *Rinita rujeolei*. Poate avea o evoluție benignă, începând la apariția erupției cutanate, sau o evoluție malignă gravă, când are un caracter purulent și se însoțește de epistaxis și ulcerăriuni ale mucoasei nasale.

6. *Rinita scarlatinei*. Infecția mucoasei pituitare se întâlnește numai în formele grave de scarlatină. Mai frecvent se întâlnește rinita purulentă precoce, care apare la începutul scarlatinelor grave și se caracterizează prin: obstrucție nasală, scurgere muco-purulentă sau sangvinolentă și fetidă. După dispariția erupției scarlatinoase se poate instala rinita purulentă tardivă prin ridicarea temperaturii, obstrucție nasală, scurgere mucopurulentă. Aceste simptome adesea însoțite de otite medii supurate. În cazul unei asociații difterice tardive se produce o rinită pseudo-membranoasă purulentă.

7. *Rinita variolei*. Variola poate determina la nivelul vestibulelor nasale pustule cari pot ulcera și determina epistaxisuri repetate. După cicatrizarea ulcerățiilor se pot produce atrezii narinare.

8. *Rinita febrei tifoide*. Constă în ulcerăriii localizate ale septului nasal. Uneori produce perforăriuni septale, atrofii ale mucoasei, anosmii persistente.

## CORIZELE INFECȚIOASE ALE SUGARILOR

Germeii specifici pot determina la nivelul foselor nasale ale sugarilor următoarele corize : coriza gonococică, coriza pseudo-membranoasă și coriza heredo-sifilitică.

1. *Coriza gonococică*. În etiologie găsim o contaminație prin secrețiunile vulvo-vaginale. Scurgerea nasală este tenace, de culoare galbenă-verzue, abundentă, frecvent sangvinolentă. Narinele sunt tumefiate și prezintă escoriațiuni. După vindecare produce sinechii sau leziuni de rinită atrofică.

2, *Coriza pseudo-membranoasă*. În majoritatea cazurilor, are o origine difterică. Fosele nasale sunt căptușite cu false membrane subțiri, uneori, pot fi datorite stafilococului, streptococului sau pneumococului.

3, *Coriza heredo-sifilitică*. Apare până la a treia săptămână de la naștere și se caracterizează prin : fenomene de obstrucție nasală și scurgere nasală muco-purulentă, adesea sanvinolentă și fetidă. La nivelul narinelor se constată cruste galben-verzui aderente și fisuri.

## EPISTAXISUL AFECȚIUNILOR GENERALE

Afecțiunile generale capabile să provoace epistaxis, sunt : bolile infecțioase generale, bolile sangvine, bolile organice, stările endocrino-simpatice, intoxicațiile.

1. *Bolile infecțioase generale* : în prima fază de congestie generală pe care o prezintă se pot însoți de hemoragii nasale, cari au loc în zona lui Kisselbach. Aceste



boli sunt : unele stări gripale, febra tifoidă, variola, rugeola și purpura infecțioasă.

2. *Bolile sanguine.* Acestea produc epistaxis sau prin alterarea pereților vasculari sau prin discrazia sangvină. Poate fi violent eri puțin abundent dar tenace. Se constată în anemii grave, leucemii, agranulocitoză, hemofilie. Epistaxisul hemofilicilor este etrem de persistent și dă o anemie generală accentuată.

3. *Bolile organice.* Bolile organice cari pot determina hemoragie nasală sunt : ciroza, insuficiența hepatică, nefrita, unele cardiopatii, hipertensiunea arterială. Aceasta din urmă produce frecvent epistaxis prin ruptura uneia din ramurile arterei sfeno-palatine, inapoia zonei vasculare septale.

4. *Stările endocrino-simpatice.* Avem aici epistaxisul premenstrual, epistaxisul complimentar, epistaxisul pubertății, menopauzei și sarcinei.

5. *Intoxicațiunile generale,* accidentale sau profesionale, cu plumb arsen sau fosfor, pot produce hemoragie naslă.



## SIFILISUL ȘI APARATUL NASAL

Determinările sifilitice nasale sunt datorite sau sifilisului hereditar sau sifilisului câștigat.

### I. Heredo-sifilisul nasal

Heredo-sifilisul nasal, poate fi precoce sau tardiv. În forma precoce, se manifestă în primele săptămâni după naștere producând coriza heredo-sifilitică. În forma tardivă, manifestările sifilitice apar în cursul copilăriei sau adolescenței și produc leziuni analoage celor datorite sifilisului terțiar.

### II. Sifilisul câștigat

1. *Sifilisul primar* este excepțional și se caracterizează prin prezența șancrului sifilitic la nivelul vestibulului nasal sau la nivelul mucoasei pituitare. Acest șancru, indiferent de localizare, este totdeauna infectat. Din această cauză produce fenomene inflamatorii: durere, obstrucție (unilaterală, totală sau parțială) și scurgere nasală (seropurulentă sau sangvinolentă). Se însoțește întotdeauna de adenopatie submaxilară.

2. *Sifilisul secundar* poate produce la nivelul foseilor nasale următoarele leziuni: plăci mucoase, tumefacție inflamatorie a mucoasei, eroziuni superficiale. Nu dă turburări funcționale, din care cauză evoluția se trece neobservată.

3. *Sifilișul terțiar* produce frecvent leziuni nasale. Ele se prezintă sub trei ferme clinice : endonasală, naso-facială, naso-craniană.

În forma *endo-nasală* avem : 1. o perioadă de infiltrație caracterizată prin obstrucție nasală, ușoară scurgere mucoasă sau mucopurulentă nevralgii interorbitare. Infiltrația poate fi difuză, constând într'o tumefiere masivă a întregii mucoase nasale, sau localizată (gomă) observată mai ales la nivelul cornetului inferior și al septului nasal ; 2. o perioadă de ulcerare, caracterizată prin diminuarea obstrucției nasale și senzației dureroase, abundența secreției nasale care devine purulentă, consistentă, sangvinolentă și extrem de fetidă, hiposmie sau anosmie. În formele de infiltrație difuză, fosele nasale sunt complet distruse prin necroză osoasă. În formele localizate avem ulceratiuni purulente cari se transformă în perforații septale.

În forma *naso-facială* se produc accentuate mutilațiuni ale piramidei nasale prin localizarea gomei pe oasele proprii nasale. Se produce un intens proces de necroză osoasă care duce la destrucția uneori totală a oaselor proprii nasale și la ulceratiuni tegumentare.

În forma *naso-craniană* (rară) procesul sifilitic se localizează la nivelul foselor nasale, putând descoperi dura mater cerebrală. Prin aceasta se facilitează producerea de complicațiuni endocraniene extrem de variabile.

### III. Sifilișul sinusurilor

Sifilișul sinusurilor anexe foselor nasale se întâlnește rar și numai în perioada terțiară prin leziuni de gomă.

## TUBERCULOZA ȘI APARATUL NASAL

1. Localizarea bacilului Koch în *mucoasa pituitară* a foselor nasale produce următoarele forme clinice: lupusul nasal, tuberculomul nasal, tuberculoza ulcero-cazeoasă și tuberculoza nasală osoasă.

A) *Lupusul nasal* este o formă de tuberculoză nasală atenuată. Inocularea bacilului lui Koch este în primul rând endo-nasală și numai secudar cutanată. Se caracterizează printr'un debut insidios și printr'o mare varietate de leziuni endo-nasale. Se dezvoltă sub forma unor noduli nedureroși cari pot fi situați la nivelul mucoasei anterioare a septului nasal, la nivelul feței interne a aripilor nasale, pe capul cornetului inferior sau în porțiunea inițială a vestibulului narinar. Acasti noduli confluează formând suprafețe granuloase și ulcerațiuni acoperite de cruste recidivante. Aceste leziuni produc ușoară obstrucție nasală și epistaxisuri. Ele pot invade cornetele inferioare, întinzându-se până la coane și rino-faringe. Produc complicațiuni multiple datorite: 1. întinderii leziunilor prin-continuitate: pe cale cutanată la nivelul aripilor nasale tegumentelor piramidei nasale sau a tegumentelor jugale; pe cale mucoasă la nivelul cavumului, faringelui bucal, laringelui, trompei lu Eustache, urechii mijlocii; pe cale limfatică la nivelul ganglionilor: adenopatii tuberculoase geniene, premaseterine, submaxilare, parotidiene; 2. propagării pe cale sangvină: tuberculoză pulmonară sau complicațiuni osteo-articulăre (rare); 3. mutilărilor narinare.

B. *Tuberculomul nasal* se prezintă sub forma unei mari vegetațiuni situate la nivelul porțiunii anterioare a septului. Pare a fi o formă pseudo-tumorală a unui lupus localizat. Se caracterizează prin obstrucție nasală unilaterală, scurgere muco-purulentă sau sangvinolentă. Are o evoluție latentă.

C. *Tuberculoza nasală ulcero-caseoasă* se întâlnește la tuberculozii înaintați și se localizează mai ales pe sept, pe capul cornetului inferior și pe planșeul nasal. Simptomele funcționale sunt reduse: ușoară obstrucție nasală și senzație de tensiune nasală.

D) *Tuberculoza nasală osoasă* este foarte rară. Evoluția sa prezintă o formă simplă, de osteită tuberculoasă a oaselor proprii, cu tendință la limitare și o formă osteo-cartilaginoasă totală difuză cu aspect clinic pseudo-tumoral.

II. *Tuberculoza sinusurilor anexe* foselor nasale se întâlnește foarte rar. Ea se observă la indivizii cu tuberculoză pulmonară înaintată și se produce prin extensiunea leziunilor bucale sau nasale coexistente. În cele mai multe cazuri este afectat sinusul maxilar, celelalte fiind prinse de procesul tuberculos extrem de rar. Tuberculoza sinusului maxilar evoluează sub forma unei sinusite cronice rebele, putând dermina fistule multiple.

## LEPRA ȘI APARATUL NASAL

În majoritatea cazurilor, lepra nasală este datorită formei tuberculoase a leprei. Fosele nasale constituie sediile inițiale ale boalei. Evoluția leprei nasale se caracterizează printr'o perioadă congestivă și una tumorală.

În perioada congestivă avem o coriză seroasă persistentă și epistaxisuri frecvente spontane sau provocate. La început mucoasa nasală apare inflamată și ușor congestivă, pentruca mai târziu să se atrofieze și să devină palidă.

În perioada tumorală, putem avea două forme: 1. forma de infiltrație difuză, când întreaga mucoasă pituitară este îngroșată și 2. forma de infiltrație nodulară, caracterizată prin noduli lepromatoși situați în vestibulul nasal, pe septul nasal, sau pe cornetul inferior. Acești noduli se ulcerază producând o scurgere nasală groasă, purulentă abundentă, intermitentă și cu o fetiditate caracteristică. Aceste ulcerațiuni pot produce: distrucția cartilagiului și căderea lobulului nasal, deformări ale aripilor nasale, uneori chiar amputația lobulului nasal. Evoluția leprei nasale este foarte lentă.

## TUMORILE ȘI APARATUL NASAL

Tumorile aparatului nasal pot fi maligne și benigne. Ele pot interesa piramida nasală, fosele nasale și sinusurile anexe.

### *1. Tumorile piramidei nasale.*

Tumorile benigne ale piramidei nasale sunt: angio-mul, papilomul cornos, angio-fibromul, polipii, conjunctivo-glandulari intra-vestibulari, osteome și condrome, chistemucoide, chiste dermoide și rinofima. Rinofima sau acnea bipertrofică se caracterizează prin mărirea în volum a porțiunii anterioare a piramidei nasale.

Tumorile maligne ale piramidei nasale sunt de origine epiteliană sau mezenchimatoasă. Tumorile maligne epiteliale sunt: epiteliome bazocelulare, epiteliome spino-celulare, cilindrome și nevro-carcinome. Tumorile maligne nezenchimatoase sunt: sarcome pure, condro-sarcome, sau osteo-sarcome.

### *2. Tumorile foselor nasale.*

Tumori benigne ale foselor nasale, avem: fibrome, angiome, lipome, papilome, osteome, condrome.

Tumorile maligne ale foselor nasale, pot fi de origine epitelială sau conjunctive. Formele epiteliale ale cancerului endonasal sunt: epiteliome cilindrice, epiteliome pavimentatoase, și cilindromele. Formele conjunctive ale cancerelor endonasale sunt: sarcomele conjunctivale, sarcomele condroblastice și sarcomele osteoblastice.

### *3. Tumorile sinusurilor anexe.*

Tumorile benigne ale sinusurilor anexe foselor nasale dunt: tumori de origine dentară ale sinusului maxilar (odontome, adamantinome, chiste dentifere) și osteomul fronto-étmoidal.

Tumorile maligne ale sinusurilor anexe foselor nasale pot interesa sinusul maxilar, sinusul frontal, sinusul etmoidal și sinusul sfenoidal. Cancerale sinusului maxilar sunt cele mai frecvente.

## CAZURI CLINICE

OBSERVAȚIA I. Hipertrofia cornetelor, deviație de sept, otită supurată stângă, otită catarală dreaptă (No. condicei 7043/1937).

C. G. de 25 ani, de religie gr. catolică, profesiunea : lucrător de pădure ; necăsătorit. Domiciliat în Turda. Intrat în clinica O. R. L. din Cluj la 2 Noemvrie 1937.

Antecedente eredo-colaterale : Tatăl și mama morți, nu poate preciza cauza morții. Are 2 frați și o soră, toți sănătoși.

Antecedente personale : neagă orice boală infecto-contagioasă și venerică.

Boala actuală datează de aproximativ 6 luni, când a început cu dureri de cap și vârtejuri în urechea dreaptă. Se instalase de atunci o surditate progresivă în urechea stângă bolnavul acuză o durere, simțul auzului fiind intact. Din cauza surdității din urechea dreaptă, bolnavul simțea o senzație desagreabilă, care-l făcea incapabil de lucru.

Starea generală nu e elterată.

La examenul obiectiv al urechilor, pavilioanele sunt normale, conductele libere. Timpanul drept e înfundat și roșu, timpanul stâng prezintă o perforație antero-inferioară.

La examenul funcțional al urechilor : Weber lateralizat la stângă. Rinne pozitiv la stânga, negativ la dreapta. Schwabach prelungit la ambele părți.

La rinoscopia anterioară se constată o deviație mare pe sept cu creasta la stânga, hipertrofia cornetelor mijlo-



cii, cari vin în contact cu septul. Se mai constată la nas o insuficiență respiratorie totală la stânga.

Sinusurile perinasale, faringele și laringele sunt normale.

Se face diagnosticul de: hipertrofia cornetelor mijlocii, deviație de sept cu creastă mare la stânga. Otită supurată stângă, otită catarală dreaptă.

Ca tratament se face paracenteza timpanului stâng după anestezie cu lichidul Bonnain, după care durerile dispar, După 5 zile se face toaleta operatorie a foselor nasale. După anestezia locală cu novocaină 0,75% se execută rezecția subpericondro-mucoasă a septului și rezecția capetelor cornetelor mijlocii.

Postoperator i se fac tamponările și pansamentele reglementare, iar după 7 zile bolnavul părăsește clinica vindecat.

Este revăzut după 2<sup>1/2</sup> luni și se constată că i s'a ameliorat auzul considerabil în acest timp.

### *OBS. II.: Tumoră etmoido-orbitară stângă.*

Bolnavul S. L. 59 ani, pensionar, văduv, este internat la 4 Martie 1937, la Clinica Oftalmologică din Cluj, sub conducerea D-lui Prof. Michail. cu exoftalmia globului ocular stâng, asociată cu dureri oculare de aceeași parte și cefalee puternică localizată în jumătatea stângă a craniului. Aceste fenomene au început înainte cu două luni, când bolnavul observă că ochiul stâng începe să-i proemine afară din orbită.

La examenul exterior, polul anterior nu prezintă nimic patologic la ochiul drept. La ochiul stâng pleoapele sunt tumefiate și edemațiate, globul ocular exoftalmic proemină în deschiderea palpebrală. Conj. bulbară în partea internă este chemotică și congestivă. Cornea este clară, transparentă, restul nimic patologic.

Examenul funcțional: Acuitate vizuale: O. D. =  $\frac{5}{5}$   
O. S. = 0

Se pune diagnosticul de tumoră etmoido-orbitală stângă.

La 6 III. Tumefierea pleoapelor și chemoisisul conj. se accentuează, iar la 8. III, se produce o perforație a procesului tumoral etmoidal.

La 12. III. bolnavul este transpus la Clinica Oto-rinolaringologică din Cluj, de sub conducerea D-lui Prof. Buzoianu, unde i se stabilește același diagnostic de epiteliom al etajului superior și mijlociu facial stâng, cu invadarea orbitei.

În ziua de 17. III. bolnavul este operat de D-l prof. Buzoianu, ajutat de Dl. Dr. A. Teodorescu. Se execută exenterația orbitei transmaxilo-nasală stângă. A fost prezentat de D-l Prof. Buzoianu la Reuniunea Anatomică Cluj.

La 5 IV. bolnavul este transpus la Institutul pentru studiul și profilaxia cancerului Cluj, de sub conducerea D-lui Prof. Moldovanu și a D-lui Docent Dr. C. Stanca unde l'am urmărit și unde în se face röntgenterapie profundă. La 25 IV. bolnavul părăsește Institutul cu o stare generală relativ bună și cu recomandăția de a reveni pentru continuarea tratamentului.

*OBS. III-a: Hipertrofia de cornete, deviație de sept. cefalee.*

B, I. casnică, de 21 ani, domiciliată în Dej, este internată în clinica boalelor de nas, gât și urechi în 3 Noembrie 1936.

Antecedente eredo-colaterale: Părinții trăesc și sunt sănătoși. Are trei frați și patru surori, toți sănătoși.

Antecedente personale: La 6 ani a suferit de tifos exantematic, la 12 ani de tuse convulsivă. Neagă orice boală venerică.

Istoricul boalei actuale: boala actuată datează de aproximativ un an, când a început cu dureri de cap intermitente. De 2 luni însă cefaleea s'a accentuat și a devenit continuă.

Starea generală: relativ bună.

Examen faringian: faringită cronică granuloasă,

Examen rinologic: hipertrofia cornetului mijlociu stâng, deviație de sept cu creastă stângă.

Examenele: medical, neurologic și de laborator (Bordet-Wassermann) sunt negative.

Se face diagnosticul de: hipertrofia coruetului mijlociu stâng deviații de sept cu creastă stângă, cefalee rinogenă.

După desinfecția nasală prealabilă, se trece la tratamentul operator; ablația parțială a cornetului mijlociu stâng, rezecție subpericonstro-mucoasă a septului nasal.

Evoluția post operatorie normală. În 23 Noemvrie 1936 bolnava nu mai acuză cefalee, simptomul care o su-păra cel mai mult.

#### *QBS. IV.: vegetații adenoide, rinită muco-purulentă.*

C. M, fetiță, de 10 ani, se prezintă la consultațiile clinice în ziua de 30 Sept. 1930.

Antecedente hereditare și personale; fără importanță.

Boala actuală datează de 4 ani, de când bolnava simte că nu mai poate să respire biue pe nas, prezintă frecvent simptome de rinită acută, mai ales primăvara și toamna.

Starea generală: tegumente palide, țesut celular subcutan slab reprezentat.

Examen rinologic: la rinoscopia anterioară se constată o rinită muco-purulentă, iar la tușeu prezență unui pachet abundent de vegetații adenoide.

Se face ablația vegetațiilor adenoide. Peste 7 zile, bolnava părăsește clinica cu respirație nasală normală.

*OBS. V. Hipertrofia cornetelor inferioare, blefarită.*

Bolnava M. C. de 15 ani, se prezintă la ambulanța clinicii oto-rino-laringologice din Cluj, în ziua de 2 Aprilie 1937. Ea ne este trimisă de clinica oftalmologică, unde urmează un tratament medicamentos indicat.

Antecedente heredo-colaterale: Părinții trăesc și sunt sănătoși. Mai are un frate deasemenea sănătos.

Antecedente personale: La vârsta de 6 ani a suferit de scarlatină. Neagă alte boli infecțioase sau venerice.

Examen buco-faringian: prezintă o faringită cronică.

Examen rinologic: la rinoscopie anterioară se observă cornetele inferioare mult hipertroliate. La rinoscopia posterioară nu se găsesc vegetații adenoide.

Examen otologic: timpanele normale, audiția aeriană și osoasă normale.

Se pune diagnosticul de: hipertrofia cornetelor inferioare, blefarită.

După desinfecția nasală pre-operatorie se execută intervenția operatorie (mucotomie bilaterală, operator: Dr. Ionescu).

Evoluția post-operatorie: normală.

După o săptămână dela operație, fenomenele oculare cedează.

*OBS. VI.: Sifilis nasal.*

Bolnavul L. G. de 27 ani, se prezintă la ambulanța clinicii noastre pentru consultație în 17 Mai 1937.

Antecedente heredo-colaterale: Părinții morți de moarte naturală, mai are o soră sănătoasă.

Antecedente personale : neagă boli infecto-contagioase. Înainte cu 8 ani a suferit o infecție sifilitică pe care a tratat-o.

Examen buco-faringian și otologic : normal.

Examen rinologic : se constată o destrucție complectă a septului osos și cartilajinos și a porțiunii cartilajinoase a piramidei nasale.

Reacția Bordet—Wassermann : intens pozitiv.

Se pune diagnosticul de sifilis nasal, consecutiv unui sifilis netratat indeajuns.

Se procedează la o plastie pentru refacerea subcloasonului nasal întrebunțându-se cartilaj costal implantat în buza superioară, iar de aici împreună cu tegumente se reface subcloasonul.

Se indică tratament specific în continuare.

#### *OBS. VII. : Lupus nasal.*

Bolnava K. M. de 32 ani, ne este trimisă în 14 Decembrie 1937 de Clinica Dermatologică unde este internată pentru lupus nasal.

Ea prezintă un lupus al piramidei nasale cu distrucția lobulului nasal, însoțit de o perforație mare a septului nasal cartilajinos.

Este trimisă pentru a se face rezecția subcloasonului care în urma distrucției lobulului nasal, atârână în mod inestetic.

Este operată de Dr. Ionescu și Dr. Teodorescu, însă nu i se face rezecția subcloasonului ci implantarea acestuia la nivelul piramidei nasale, obținându-se un rezultat estetic foarte mulțumitor,

#### *OBS. VIII. : Deviație de sept, hipertrofie de cornete fenomene astmatiforme.*

Bolnavul K. N. de 31 ani din comuna Reșița, se pre-

zintă la ambulanța clinicei noastre pentru consultație în ziua de 9. Aprilie 1938. (938. No. condicei de consultații).

Antecedente heredo-colaterale : Tatăl mort în război, mama sănătoasă.

Antecedente personate : Înainte cu 13 ani i s'a făcut amigdalectomie bilaterală. Neagă bolile infecto-contagioase.

Istoricul boalei actuale : Din copilărie, bolnavul suferă de insuficiență respiratorie nasală care se accentuează în raport cu variațiunile bruște de temperatură. De aproximativ cinci ani prezintă intermitent crize de sufocație. Consultă mai mulți medici cari pun diagnosticul de astm și îi indică anumite tratamente ce rămân fără rezultat.

Examen buco-faringian : Faringită cronică.

Examen rinologic : La rinoscopie anterioară se constată o accentuată deviație de sept la dreapta și hipertrofia cornetelor inferioare.

Se pune diagnosticul de : Deviație de sept la dreapta, hipertrofia cornetelor inferioare, fenomene astmatiforme.

Cum examenul clinic medical general nu indica o altă cauză a fenomenelor broncho-pulmonare după desinfecția nasală prealabilă se execută rezecția sub pericondro-mucoasă a septului nasal și ablația parțială a cornetelor inferioare. (No. condicei de operație 515/938, operator Dr. Gabriel Cotul). Mersul post-operator normal.

În ziua de 19 Aprilie bolnavul părăsește clinica vindecat.

Revăzut în luna August, ne confirmă dispariția totală a fenomenelor astmatiforme.

*Obs. IX. : Poliposă nasală, faringită cronică, laringită cronică.*

Bolnavul O. A. de 33 ani, din comuna Sonț județul Năsăud, se prezintă la ambulanța clinicei noastre pentru

consultație în ziua de 11 Ianuarie 1938 (No. condiceii de consultații 130—938).

Antecedente heredo-colaterale : Părinții trăesc și sunt sănătoși. Mai are doi frați deasemenea sănătoși.

Antecedente personale : La 9 ani a suferit de scarlatină. Neagă bolile venerice.

Istoricul boalei actuale : De aproximativ 3 ani bolnavul simte jenă respirație. Această jenă se accentuează mereu silindu-l să respire pe gură. De aproape șase luni prezintă o răgușeală permanentă.

Examen buco-faringian : Faringită cronică granulooasă.

Examen rinologic : La rinoscopie anterioară se constată o polipoză nasală bilaterală.

Examen laringoscopic : laringită cronică catarală.

Reacția Bordet Wassermann : negativă.

Se pune diagnosticul de : Polipoză nasală bilaterală, faringită cronică și laringită catarală cronică.

După tratamentul pre-operatoriu necesar se execută intervenția chirurgicală : ablația bilaterală a polipilor (No. condiceii de operație 23/938, operator Dr. G. Cotul). Merusul post-operator normal.

În ziua de 21 Ianuarie bolnavul părăsește serviciul nostru vindecăt.

Revăzut după două luni fosele nasale sunt perfect permeabile. Laringita a dispărut.

OBS. X. : Hipertrofia cornetelor inferioare, otomastoidită acută stângă.

Bolnavul P. V. de 20 ani, din comuna Vârcele jud. Turda. S'a prezentat la ambulanța clinicei Oto-Rino-Laringologice din Cluj pentru consultație în ziua de 17 Ianuarie 1938 (253/938 No. condiceii de consultații).

Antecedente Heredo-colaterale: Fără importanță.

Antecedente persenale: Neagă boli infecto-contagioase și venerice.

Istoricul boalei actuale: Din copilărie, bolnavul nu respiră bine pe nas și se răcește repede. Prezintă dureri auriculare intermitente. De cinci zile s'a răcit din nou și a simțit dureri accentuate în urechea strângă. Odată cu apariția unei scurgeri purulente, durerile au încetat. După o zi durerile reapar cu o intensitate mărită, scurgerea auriculară devine foarte abundentă, are febră ridicată.

Examen buc-faringian: negativ,

Examen rinologic: hipertrofia cornetelor inferioare.

Examen otologic: Puternică reacție mastoidiană stângă. Conductul auditiv stâng este plin de puroi. Timpanul prezintă o mică perforație în cadranul antero-inferior.

În interiorul casei se vede puroi sub tensiune.

Urechea dreaptă: otită cicatricială.

Examen acumetric: Weber lateralizează la stânga. Schwabach la stânga 28 sec., la dreapta 22 sec. Riné la stânga negativ, la dreapta 22/15.

Starea generală proastă. Temperatură 38,7.

Se pune diagnosticul de: hipertrofia cornetelor inferioare, oto-mastoidită stângă.



Intervenția chirurgicală a constat în antro-celulotomie maximă totală stângă.

Mersul post-operator normal. După două săptămâni bolnavul fiind considerat înafară de orice pericol, părăsește clinica.





## CONCLUZIUNI

1. Organele corpului omonesc sunt foarte adesea în strânsă corelație patologică: îmbolnăvirile unuia având repercuzie mai mult sau mai puțin accentuată asupra celorlalte organe.

2. Bolile foselor nasale și a sinusurilor anexe pot produce numeroase determinări patologice la nivelul altor organe său a întregului organism.

3. Cele mai frecvente influențe patologice de origine naso-sinusală pot interesa aparatul auricular, aparatul respirator, ocular și nervos.

4. Între diferitele boli ale aparatului rinologic — insuficiența respiratorie nasală, datorită obstrucțiilor prin mecanisme diverse, este afecțiunea cea mai des întâlnită putând produce manifestări patologice în vecinătate sau la distanță.

5. Îmbolnăvirile altor organe sau îmbolnăvirile generale pot determina și ele simptome sau boli nasale, pot modifica evoluția unei boli nasale, sau pot predis-pune pentru anumite afecțiuni nasale. Astfel rinitele bolilor infecțioase, epistaxisul afecțiunilor generale, leziunile specifice ale sifilisului constituiesc determinări patologice nasale datorite unor infecțiuni generale.

6. Toate aceste corelațiuni între patologia nasală și patologia generală impun pentru medicii specialiști necesitatea ca ei să aibă cunoștințele de patologie a întregului organism.

Cluj, la 17 Noembrie 1938.

Văzută și bună de imprimat.

Președintele tezei:  
GH. BUZOIANU

Decanul Facultății:  
ss. M. STURZA.



## BIBLIOGRAFIE

1. PROFESOR BUZOIANU : *Rinologie*. Biblioteca Științelor O. R. L. Cluj 1938.
2. PROFESOR BUZOIANU : *Otologie*. Biblioteca Științelor O. R. L. Cluj. 1937.
3. PROFESOR BUZOIANU și Dr. G. COTUL : *Vocea și Igieva Vocală*. Biblioteca Științelor O. R. L. Cluj 1936.
4. PROFESOR BUZOIANU : *Etmoidită supurată urmată de flegmon ai orbitei*. Clujul Medical Aprilie 1936.
5. PROFESOR BUZOIANU : *Fistule supurate consecutive sinusitelor maxilare cronice purulente*. Clujul Medical Decembrie 1936.
6. PROFESOR BUZOIANU : *Osteomul sinusurilor fronto-etmoidale*. Clujul medical Aprilie 1937.
7. PROFESOR BUZOIANU și Dr. TEODORESCU : *Cancer ermoido-maxilar în invadarea orbitei*. Clujul Medical Aprilie 1937.
8. PROFESOR BUZOIANU : *Observations clinique sur la céphalée rhinogene*. Archives internationales de neurologie Mai—Jun 1937.
9. Prof. Dr. Gh. BUZOIANU și Dr. SOLOMON : *Sarcom naso-maxilo-etmoidal la un copil de 3 ani*. R. Anat. Cluj 27 Nov. 1937, Clujul Medical Mai 1938 pag. 331.
10. Prof. Dr. Gh. BUZOIANU și Dr. E. CSILAG : *Lupus nasal pe cale de transformare carcinomatoasă*. R. Anat. Cluj 17 Nov. 1937. Clujul Medical Mai 1938 pag. 330.
11. Prof. Dr. Gh. BUZOIANU : *Există un grup special de tumori fibroase hiperplazice etmoido-maxilare fără malignitate istologică*. Rev. St. O. R. L. Aprilie 1938.

12. Prof. Dr. Gh. BUZŌIANU : *Insuficiența nasală respiratorie și sindromele pulmonare consecutive*. Rev. Științelor O. R. L. 1938, Nr. 4.

13. CAUSE : *Semiologie de l'obstruction nasale*. Presse Medicale. Octomurie 1933.

14. G. LAURENS : *Precis D'oto Rhino Laryngologie*. Paris 1931.

15. L. TESTUT : *Traité D'anatomie humaine*. Paris 1931.

16. TERRACOL : *Maladie des fosses nasales*. Paris. 1936.

17. Dr. G. CŌTUL : *Fibromele naso-faringiene*. Rev. St. O. R. L. Nr. 1 din Ianuarie 1988.

18. Dr. E. CSILAG și B. TĂRNĂVEANU : *Contribuțiuni asupra rolului amigdalei lui Luscka în patologia sugarului*. Rev. St. O. R. L. L. Nr. 1 Ianuarie 1938.

19. Dr. V. ARGHIR : *Considerațiuni asupra unui caz de epistaxis survenit la un hemofilic*. Rev. Științelor O. R. L. Iulie 1937 Nr. 3.

20. Dr. E. CSILAG : *Foliculita recidivantă a vestibului nasal și tratamentul ei*. Clujul medical Nr. 6 Iunie 1938.

21. A. DENKER : *Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege*. Jena 1912.

22. Docent VANCEA și Dr. ARGHIR : *Paralizia mușchiului oblic mare după cura radicală a sinuzitei frontale* Revista șt. oto-rino-laringologice. Cluj. No. 3. Iulie 1938.

23. Dr. PĂCURARU ION : *Edem papilar de origine rinogenă*. Soc. șt. medicale. Cluj, 4 Iunie 1938. „Clujul medical”. Noembrie 1838. pg. 699.

24. LE MÉE et BLOCH (André) : *A propos des laryngo-tracheo-bronchites aiguës chez l'enfant*. Annales d'oto-laryngologie No. 2 1938.

25. OLOF LARSELL. *Sympathetic Innevation of the Nose. Archives of otolaryngology Decembre 1936 No. 6.*

26. G. V. TH. BORRIES (Copenhagen). *Discussion sur les cephalées d'origine nasale. The Journal of Larygology and Otology. Novemere 1936.*

27. I. TARNEAUD : *Des néphropathies de cause rhino-pharyngée ; considérations diagnostiques et thérapeutiques. Presse Médicale No. 7. 1924.*

28. A. SARQUON : *Nez et oeil. Etude chinique et thérapeutique. Conferéce faite an Congres Médical de Québec, aout 1934.*

29. DESPONS : *Tronbles trophiques de la muqueuse nasale dans la maladie de Basedow. Annales d'oto-Laringologie No. 7. 1935.*

