

**Peretilor nasali externi  
sinuso-maxilară în Ozenă**

**TEZĂ**

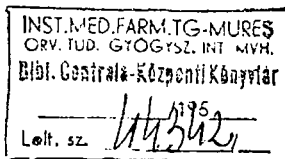
PENTRU

**DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE**

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE 10 FEBRUARIE 1938

DE

**JACOB FRANCISC**



**24 MAY 2005**

**CLUJ**

„PALLAS” INSTITUT DE ARTE GRAFICE COOP. IND.

Strada A. Vlăhuță No. 3.

1938

**UNIVERSITATEA „REGÉLE FERDINAND I.“ DIN CLUJ**  
**FACULTATEA DE MEDICINĂ**

---

**Decan: Prof. Dr. D. MICHAIL.**

*Profesori:*

Clinica stomatologică . . . . .	D-1. Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Bacteriologie . . . . .	” ”	<i>Baroni V.</i>
Fiziologia umană . . . . .	” ”	<i>Benetato G.</i>
Istoria medicinei . . . . .	” ”	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	” ”	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	” ”	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală . . . . .	” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	” ”	<i>Grigoriu Gr.</i>
Clinica medicală . . . . .	” ”	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală . . . . .	” ”	<i>Kernbach M.</i>
Chimia biologică . . . . .	” ”	<i>Manta I.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	” ”	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	” ”	<i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială . . . . .	” ”	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală . . . . .	” ”	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	” ”	<i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală } . . . . .	” ”	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare } . . . . .	” ”	
Clinica infantilă . . . . .	” ”	<i>Popovici Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	” ”	<i>Popovici Gh.</i>
Balneologia . . . . .	” ”	<i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	” ”	<i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică . . . . .	” ”	<i>Țeposu E.</i>
Clinica psihiatrică . . . . .	” ”	<i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	” ”	<i>Vasilii T.</i>
Biologia generală . . . . .	” ”	<i>Racovița E.</i>
Chimia medicală . . . . .	” ”	<i>Secăreanu Șt.</i>
Fizica medicală . . . . .	Conf.	<i>Bărbulescu N.</i>

**JURIUL DE PROMOTIE**

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

**Membrii:** {  
                   ”   ”   ”   *I. Aleman*  
                   ”   ”   ”   *V. Bologa*  
                   ”   ”   ”   *I. Hațieganu*  
                   ”   ”   ”   *T. Vasilii*

**Supleant:** Dl. Dr. Tr. Popoviciu.

# Luxația pereților nasali externi pe cale sinuso-maxilară în ozenă.

## Introducere.

Una din afecțiunile, pe care rinologul este chemat de a o trata, este ozena. Priu ea însăși ozena nu este o boală gravă, nu este un pericol pentru viața bolnavului, dar datorit mirosului neplăcut răspândit, îngrijirilor zilnice necesitate, contactului aproape imposibil cu societatea și nesiguranței de vindecare face, ca ozena să fie o boală temută, care frecvent duce la obsesii, la melancolie, neurastenie, chiar la sinucidere.

Ozenoșii, în speranța de a se vindeca sau cel puțin de a se ameliora insistă și primesc cele mai dureroase încercări de tratament. Astfel, disproporția între gravitatea tratamentului chirurgical pe cale sinuso-maxilară al ozenei și între benignitatea relativă al acestei afecțiuni nu este atât de mare, cum pare la prima vedere, căci rezultatele fericite ale intervenției aducând foloase pozitive bolnavului, acesta chiar cu riscul suferinței, nu va lăsa să-i scape o șansă de ameliorare, chiar mai mult, de vindecare.

Inainte de a intra in tratarea subiectului, pe aceasta cale țin a-mi exprima respectuoasele mele mulțumiri dlui profesor Gheorghe Buzoianu pentru onoarea ce mi-a făcut prin indicarea și prin îndrumările date în alcătuirea acestei lucrări.

## Definiție.

Ozena este o entitate morbidă caracterizată prin atrofia osteo-mucoasă a cornetelor, prin concrețiunea

mucosului în formă de cruste și prin răspândirea unui miros fetid. Mult timp s'a dat numele de ozenă la orice miros displicut al expirației nazale, adică la orice cacosmie obiectivă. Apoi, numele de ozenă a fost rezervat cacosmiilor nespecifice, adică nesifilitice, netuberculoase. Francezii o numesc „punaisie” datorit mirosului asemănător răspândit de o ploșniță strivită. Ozena a mai fost designată cu numele de rinită atrofică fetidă, sau ozenă esențială sau „ozaena genuina”.

## Etiologie.

Ozena este o boală câștigată. Survine la toate vârstele. Este mai frecventă între 10—20 ani, fiind rară la nou născut și după vârsta de 46 ani. Ozena este de trei ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Cum ozena apare cu maximul de frecvență la vârsta pubertății au fost autori, cari au propus ca să fie numită „boala pubertății feminine”.

Ozena este o boală independentă de orice profesiune. Este mai frecventă la rassa galbenă (influența conformației nasului) lipsește la rassa neagră, dar numai atât timp cât aceștia trăiesc pe continentul lor. Clima n'are niciun rol în etiologia ozenei. Altitudinea o influențează în sensul că este mai rară la înălțime, la fel și la mare. Ozena survine la toate clasele sociale, dar este mai frecventă la săraci (Influența condițiunilor proaste, igieno-sociale și economice). Hereditatea, dar mai ales heredo-predispoziția, sifilisul și tuberculoza părinților, constituie un factor predispozant important pentru ozenă, aceste două boli pregătind un mediu nasal favorabil pentru contagiunea ozenoasă. Predispoziția câștigată prin difterie în deosebi, apoi prin corizele heredo-sifilitice secundare prin rinitele rugeolei la copii; prin variolă, tifus, rachitism și sifilis la adulți are rol covârșitor în etiologia ozenei. Traumatismul nervului maxilar superior explică atrofia, dar nu infecția. Supurațiile din vecinătate, corpii streini, polipii, rinoliții, ar avea acelaș rol ca și traumatismul. Malforma-

țiile nasale nu cheamă ozena, dar ele o favorizează. Atrofia care survine după operații de nas este mai des de natură stafilococică și deci nu este o ozenă adevărată.

Lermoyez și Perez susțin, că ozena ar fi contagioasă. Contagiunea s'ar produce cu greu și mai ales ar avea loc în sânul aceleiași familii, prin contact îndelungat și prin acelaș teren de infecție. Sursa de infecție o constituie mucozitățile nasale și sputa ozenoșilor, iar calea de infecție mai obișnuită fiind sărutatul sau întrebuințarea batistelor infectate. (Este deci o contagiune „afectuoasă”),

## Patogenie.

Studiul patogenetic al ozenei prezintă profunde divergențe. Teoriile patogenetice sunt multiple, uneori diametral opuse, toate bazate pe argumente aproape sigure și deci fiecare în parte acceptabilă.

Patogenia ozenei este bazată pe teorii endogene și exogene.

### *Teoriile endogene:*

a) *Teoria lărgirii foselor nasale* sau a malformației congenitale. Ozena ar surveni la indivizi cu sept scurt, fose lărgite. Lărgirea fie congenitală, fie câștigată nu trage după sine atrofia; din contră atrofia poate fi urmată de lărgire.

b) *Teoria lărgirii postoperatorie a foselor nasale.* Intervențiunile pe nas, turbinectomia, poate duce la o lărgire a foselor urmată de o stare asemănătoare ozenei, care nu se transformă în ozenă. (Elmiger, Lautenschläger).

c) *Teoria fiziologică.* Ozena ar fi urmarea turburărilor survenite în fiziologia normală a nasului. Fiziologia nasului însă este turburată numai secundar și nu explică întreaga simptomatologie a ozenei.

d) *Teoria leziunii mucoaselor.* Ozena ar fi consecutivă sclerozării mucoasei, care la rândul ei este urmarea turburărilor circulatorii, periarteritei fibroase. După Lautenschläger, leziunea inițială ar fi periarterita fibroasă,

e) *Teoria osteomalaciei*. Ozena ar fi o deficiență a calciului datorit unor tulburări de metabolism de natură endocriniană.

f) *Teoria nevritei trigemenului*. Atrofia s'ar datori unei nevrite a trigemenului produs fie de un proces descendent (leziunea blocului sfeno-palatin) sau de unul ascendent (leziunea terminațiilor nervoase a fibrelor etmoidale a nervului oftalmic; sau leziunii nervului sfeno-palatin, ramura maxilarului superior). Nevrita poate fi determinată de unele cauze locale (infecții banale dela corize repetate la rinite purulente) sau generale (pirexiile copilăriei, difteria, rugeola, sifilis, tuberculoză) și este consecutivă toxinelor produse de aceste infecțiuni.

g) *Teoria endocriniană*. Disendocrinia (tiroidiană, ovariană, orchidiană) ar provoca a tulburare nervoasă, tradusă prin vasoconstricție, urmată de atrofie sau tradusă prin o imposibilitate de a suprima toxinele, cari s'au acumulat la nivelul pituitarei — cale de eliminare suplimentară — și s'ar elimina pe aceasta cale, dând o toxină locală, urmată de atrofie. Deci pentru ca ozena să apară este necesar să se producă o atrofie prealabilă. Intr'o fosă nasală atrofiată aerul inspirat este uscat, rece și septic, (intr'o fosă nasală normală aerul este încălzit, umezit și sterilizat) ceiace permite dezvoltarea microbilor saprofiți din fosele nasale. Atrofia însă nu este suficientă căci ea poate exista și fără ozenă, de unde necesitatea unei infecții. Infecțiunea însă nu explică teoriile endogene.

### *Teoriile exogene:*

Aceste teorii consideră uneori ozena ca o boală dependentă de sifilis, tuberculoză, sinusită maxilară, rinosclerom, altele ca o boală autonomă, datorită unei infecții specifice, care ar determina toate simptomele bolii.

a) *Teoria infecției sifilitice*. Ozena nu este sifilis, căci in ozenă nu se poate pune in evidență treponema, nu se vindecă prin tratamentul antisifilitic. Totuși sunt rapoarte între aceste două boli, căci coriza eredosifilitică al noului născut și a copilăriei a doua pot da o atrofie osteomu-

coasă, primul element al ozenei. Astfel Elmiger din grupul de 867 copii între 6—14 ani găsește patru cazuri de ozenă și din aceștia trei au avut reacția Wassermann pozitivă.

b) *Teoria infecției tuberculoase*. Ozena nu este tuberculoză, căci nu se poate pune în evidență bacilul Koch. Totuși survine la cei născuți din părinți tuberculoși din cauza afinității terenului la infecțiuni. S'a notat frecvent prezența ozenei la indivizi cu leziuni lupice, cu adenopatie, chiar coxalgie.

c) *Teoria sinusitei maxilare*. Ozena nu este consecutivă unei sinusite maxilare, căci examenul clinic, puncția, spălătura, radiografia nu pledează pentru origina sinusiană, Lautenschläger este pentru origina sinusiană a ozenei. În cazurile tipice de ozenă el pune în evidență o diminuare a sinusurilor și foarte frecvent leziuni macroscopice și mai ales microscopice a mucoasei antrului lui Highmore, caracteristice fie pentru un catar cronic (edem, îngroșarea membranei bazale, proliferarea țesutului conjunctiv a vaselor și a glandelor), fie pentru un proces de regresivitate (diminuarea edemului, turtirea epitelului, proliferarea țesutului conjunctiv în stratul subepitelial și în jurul vaselor).

d) *Teoria rinoscleromului*. Rinoscleromul atât clinic cât și bacteriologic se deosebește mult de ozenă.

## Bacteriologie.

În producerea ozenei survine cum reese din studiul patogenetic și un factor infecțios, un microb, care dă mirosul caracteristic boalei. Unele cercetări sunt pentru o acțiune totală microbiană, dând toate simptomele ozenei, altele sunt pentru o acțiune parțială, infecția fiind un fenomen supraadăugat, necesar, fiind datorit unui agent rinofil.

Pentru Leroux-Robert și Costiniu din numărul mare al microbilor presupuși ca agenți patogen al ozenei trei prezintă o importanță mai mare, ei fiind „microbii vedete ai ozenei”,

1. Micrococul fetid al ozenei al lui Perez. Este singurul microb care survine în mod exclusiv numai la ozenoși și singurul care în culturi răspândește acel miros caracteristic. (Dacă nu există ozenă fără miros, nu există nici miros fără microbul lui Perez). La ozenoși este primul microb care apare în fosele nasale. După scurt timp însă apare microbul capsulat al lui Loewenberg, acesta declanșează o secreție mucoasă intensă, ce innădușe microbul lui Perez. Prezența microbului lui Perez în acest stadiu este tradat prin mirosul degajat de bolnav.

2. Microbul capsulat al lui Loewenberg. Nu este agentul patogen exclusiv al ozenei. În culturi nu degajă miros fetid. În fosele nazale se înmulțește abundent, mai ales în prezența microbului lui Perez și a pseudo-diftericului. Declanșează o secreție mucoasă abundentă, de unde denumirea dată de „mucocus”.

3. Pseudodiftericul lui Belfanti. Se poate pune des în evidență în fosele nasale normale. Seamănă cu bacilul difteric, este însă avirulent, secretă un fel de „falsă membrană”, cari dau crustele caracteristice (Beck și Brod găesc în sângele ozenoșilor o cantitate mărită de antitoxine difterice).

Prin urmare *mirosul* în ozenă este dat de microbul lui Perez, *mucositățile* de microbul lui Loewenberg, *crustele* de pseudodiftericul lui Belfanti (Trilogie microbială a ozenei). Infecția are ca punct de plecare nasul și anume capul cornetului inferior, apoi se întinde succesiv asupra cozii cornetului inferior, cornetul mijlociu uneori chiar și asupra cuvumului.

## Anatomo-Patologie.

În ozenă profesorul Runge din Hamburg și Glasscheib găesc la examenul histologic o metaplasie a epitelului cilindric a mucoasei pituitare transformat într'un epiteliu pavimentos stratificat o fibrozare a corionului, o infiltrare cu celule mici rotunde, lipsa glandelor mucoase și atrofia periostului. Pentru Letulle ozena duce la o atrofie generală a mucoasei, a corionului și a cornetelor. Epi-



teliul cilindric se transformă în epiteliu stratificat, ciliile vibratili și celulele mucipare dispar ; chorionul prin scleroză se subțiază, vasele prezintă leziuni de endovascularită, glandele acinoase se atrofiază ; toate straturile prezintă o infiltrație cu mononucleare, periostul este fibros și infiltrat cu globule albe, cornetele degenerază și se resorb. Guns și Picard făcând studiul histologic a mucoasei nasele în 15 cazuri de ozenă găsesc următoarele : Metaplasia epitelului cilindric și ciliat într'un epiteliu pavimentos stratificat, stratul epitelial este atrofiat și deschiar ulcerat ; chorionul este infiltrat de un exudat format din puține polinucleare, în majoritate eozinofile, și multe mononucleare, în majoritate plasmocite ; țesutul osos al cornetului inferior într'un caz a prezentat o proliferare fibroasă a periostului în șapte cazuri s'a pus în evidență scobituri în formă de lacune mari umplute cu țesut conjunctiv tânăr în inflamație cronică. Pentru Hoffer lacunele sunt umplute cu celule gigante, osteoclaste. Vasele prezintă leziuni de endovascularită obliterantă sau sunt înconjurate de un manșon psvascular format din mononucleare ; glandele mucoase sunt atrofiate, uneori chiar dispărute, în jurul acinilor nedispăruți totdeauna sunt leziuni de inflamație cronică. Pentru Guns și Picard exudatul inflamator este prima leziune care apare ; atrofia celulelor mucipare a epitelului și a glandelor ar fi secundare. Prezența poliinuclearelor și a plasmocitelor endovascularita și necroza fibrinoidă ar pleda pentru originea sifilitică a ozei, dar reacția Wassermann numai într'un singur caz a fost pozitivă ; prezența globulelor albe și a eozinofilelor ar pleda pentru o stare alergică, dar în sângele periferic eozinofilia a fost prezentă numai în trei cazuri din cele 13, iar globulele albe pigmentate și acidofile într'un singur caz, deci starea alergică nu prea poate fi cauza ozei.

Aceiași autori cred, că ar mai putea fi vorba de o alterație primitivă a glandelor mucoase, în urma tulburărilor de circulație, fie în urma unor tulburări nervoase. Mucoasa nasală ne mai fiind lubrefiată de mucus devine un depozit de praf și impurități, cari încrustându-se, duc la o inflamație cronică și deci la formarea unui exudat.

Exudatul trage după sine atrofia și mai accentuată a glandelor și în urmă atrofia mucoasei și a cornetelor. Rezultatele terapeutice obținute prin administrarea de acetilcolină ar pleda pentru teoria alterației glandelor mucoase.

### Simptomatologie.

Fetiditatea, crustele și atrofia cornetelor sunt simptomele principale în ozenă.

Fetiditatea se datorește stagnării și desagregării crustelor din fosele nasele lărgite, cari în urma presiunii diminuate a aerului expirat, nu pot fi eliminate.

Mirosul fetid de ploșniță strivită al halenei este mai mult resimțit de cei din jurul ozenoșilor, căci ozenoșii în urma atrofiei mucoasei olfactive suferă de anosmie. La femei fetiditatea în timpul menstruației, se accentuează.

La începutul bolii ozenoșii prezintă o secrețiune mucoasă abundentă și vâscoasă care într-o fază mai avansată se concreționează în cruste groase galbene-verzui, extrem de fetide, eliminate tot la 2—3 zile sub forma unor pachete.

Bolnavii se mai plâng de o senzație de uscăciune a foselor și de obstrucția nasului, datorită lărgirii excesive a foselor, care trage după sine o încetinire a curentului de aer respirator dând acestora o senzație falsă. În cazul când bolnavul înghite crustele, poate prezenta simptome de faringită seacă sau uneori tulburări digestive. La examenul obiectiv, făcut cu un specul nasal, se pune în evidență o lărgire accentuată a foselor nasale umplute cu cruste groase, aderente de pereții nasali. Îndepărtând crustele după prealabila lor înmuiere se descoperă cornele atrofiate mici și retractate, cari explică lărgirea foselor nasale.

### Tratamentul.

Etiologia ozenei fiind nesigură, iar patogenia divergentă metodele de tratament sunt multiple și vizează mai ales, simptomele afecțiunii, neputând fi vorba de un tratament cauzal și deci specific. În tratamentul ozenei avem metode *conservative* — igienico-dietetice și medicamentoase — și metode *chirurgicale*. Primele ameliorează sau vin-

decă, in deosebi, fetiditatea și crustele, iar ultimele atrofia, adică lărgirea foselor nasale.

### A) *Tratament conservativ.*

I. *Tratament igienodietetic.* Pentru a preveni contagiunea — admisă de Perez, Lermoyez — ozenoșii vor fi izolați; nu-și vor imprumuta batista (se preferă întrebunțarea batistelor de hârtie, cari odată folosite vor fi arse); vor evita înbrățișatul, sărutatul cunoscuților; vor dormi singuri. Copiii ozenoși pot frecventa școala cu condiția, că vor evita contactul apropiat cu restul elevilor. Obiectele mai ales batistele folosite de ozenoși vor fi dezinfectate. Starea generală se fortifică cu oleu de ficat de morun, cu iodură de potasiu, băi de soare, alimentație nutritivă.

### II. *Tratamentul medicamentos.*

#### a) *Tratamente paleative.*

1. Irigațiuni nasale cu antiseptice călduțe (Soluții de: acid fenic, a. boric, a. salicilic, rezorcină); cu adstringente (tanin, alaun); cu soluții alcaline (clorat de potasiu, borax, ape sulfuroase).

2. Băi nasale cu ser fiziologic izotonic.

3. Badijonări cu glicerină iodată (părți egale) cu o soluție de glucoză in glicerină ( $\frac{1}{4}$ ) cu sol. nitrat de argint, cu miere.

4. Tamponări cu tifon iodoformat sau salolat (M. Coupard) cu terebentină (M. Ruaul).

5. Insuflațiuni cu un amestec de pepsină (20 gr.) și acid boric (10 gr.); cu oxigen sub presiune (Kowler).

6) Pulverizări cu nitrat de argint în soluție de 1 sau 20/c.

7. Spălături cu antiseptice (Beta naftol : 2 gr. alcool : 80o 100 gr. o linguriță la 1 litru de apă fiartă (făcute de dinapoi înainte cu o canulă trecută prin gură in cavumul nasului până la intrarea choanelor (Derouan).

Metodele paleative au scopul de a inmuia, de a îndepărta crustele sau de a favoriza schimburile respiratorii (insuflația cu oxigen). Au desavantagiul (mai ales spălăturile) de a da otite și sinusite purulente. Din care cauză

dl. profesor Buzoianu este impotriva aplicării spălăturilor nasale.

b) *Vaccinoterapia.*

1. Loewenberg, Belfanti și Della Vedova obțin unele rezultate prin injectarea unui ser antidiferic.

2. Malherbe și Dujardin—Beaumetz tratează ozenoșii cu un vaccin paradiferic (în cruste acești autori au găsit un bacil diferiform) obținând ameliorări în cazurile benigne, după câteva luni.

3. Perez, Hofer pentru cari ozena se datorește exclusiv unei infecții cu cocobacilul fetid al ozenei, izolat de Perez, sunt pentru vaccinoterapia cu acest cocobacil, obținând (Hofer) 8—10% de vindecări complete, 15—20% de cazuri refractare, iar restul s'ar fi ameliorat.

4. Jacod, Demetriades tratează ozenoșii cu un stockvaccin (pneumobacilul lui Friedländer, pseudodiferic, micrococ cataral, pneumococ și streptococ) sau cu un autovaccin. Pentru tratamentul cu autovaccinuri sunt și Baldenweck, Moulouquet și Pollatschek, cari au preparat un vaccin dintr'o cultură de cocobacil Perez sau din una de bacil Loewenberg, provenit dela bolnav.

5. Fuchs tratează cu rezultate satisfăcătoare 40 ozenoși cu meșe imbibate în o soluție de diferiți bacteriofagi.

c) *Opoterapia.*

1. Briani tratează ozenoșii cu un hormon paratiroidian.

d) *Fizioterapia.*

1. Cu rezultate minimale și trecătoare s'a încercat :  
*a)* masagiul electric ; *b)* insuflația cu aer cald ; *c)* electro-liza cu curent galvanic ; *d)* razele ultraviolete (datorit acțiunii bactericide a razelor (Greif) ; *e)* curenți de înaltă frecvență (diatermie) încercată de Leroux-Robert, Viggo Schmidt, Bordier ; *f)* Radiumterapia (Vasiliiu).

e) *Simpaticoterapie.*

1. Guns și Picard tratează ozena cu medicamente simpatico-mimetice (acetilcolină, pilocarpină, adrenalină) cari produc o vazodilatație și o dilatație a glandelor ; tratamentul deci este în concordanță cu leziunile anatomopatologice (endovascularită, degenerescență glandulară). Cu acetilcolină acești autori au obținut vindecări în 75% a cazurilor,

2. Halphen și Djiropoulos sunt pentru un tratament asociat de vasodilație medicamentoasă (acetilcolină) cu bacteriofagia (bacteriofagul d'Herelle).

3. Ruskin recomandă pentru a restabili irigația vasculară, blocarea vasoconstrictorilor ganglionului nazal prin injectarea de nucleinat de manganat (diminuă coagulabilitatea sanguină) sau pe cale chirurgicală.

#### f) *Tratament antisifilitic.*

1. Sebilleau a încercat cu rezultate inconstante tratamentul antisifilitic, iar fără rezultat a fost încercat de Guns și Picard.

### B) *Tratament chirurgical.*

Tratamentul chirurgical se bazează pe restrâmtorarea filierei nasale. Broeckaert, Moure și Brindel în 1902 expun principiul metodei, ei fiind de părere că elementul principal în ozenă este lărgirea anormală a foselor nasale. Ozena s'ar produce deci, consecutiv acestei malformațiuni, Sanger observă, că obstrucția temporară a uneia dintre narine cu o bucată de vată are o influență favorabilă asupra evoluției ozenei; iar Bijon că într'o narină cu o creastă sau un pinten, de mărime convenabilă, crustele ozenoase nu se formează. Tratamentul chirurgical la fel ca cel conservativ, este un tratament simptomatic cu deosebirea că prin tratamentul chirurgical se atacă simptomul cardinal (atrofia) care trage după sine formarea crustelor, datorit stagnării și îngroșării secrețiilor în urma slabei presiuni a curentului de aer expirat, care cu ocazia actului de suflare a nasului nu parvine să le elimine și fetiditatea, datorit creșterii florei microbiene la nivelul secrețiilor reținute. În timp ce reconstruirea anatomică a structurii endo-nasale normale permite o suflare corectă a nasului, iar restabilirea intensității curentului de aer ușurează reactivarea mucoasei (atrofiei) prin stimularea ei constantă, în acel timp tratamentul paleativ are, mai mult, o acțiune mecanică, opoterapia poate opri evoluția atrofiei, iar vaccinoterapia diminuează virulența microbilor fără ca acțiunea lor să se exercite asupra atrofiei căci lărgirea foselor nasale persistă și pe mai departe.

Ar fi de dorit, admitând că etiologia ozenei este complexă, ca mijloacele de tratament să fie și ele complexe constând dintr'un tratament combinat chirurgical (contra atrofiei), vaccinoterapic (contra infecției) diatezic și endocrinian (contra tulburărilor de constituție și glandulare) și dintr'un tratament apropiat (contra unor cauze astăzi încă necunoscute.

### I. *Tratamentul chirurgical prin includerea de materii amorfe.*

1. Broekaert, Moure, Brindel precum și Baumgartner sunt pentru injecțiuni submucoase de parafină în cornetul inferior. La început ei au administrat parafină topită, iar mai târziu parafină solidă. Collet injectează parafina în cornetul mijlociu, sub mucoasa planșeului sau sub mucoasa septului nasal.

2. Brunnings rezecă sub mucus cartilajul septului, îndepărtează cele două mucoase apoi insinuă un bloc de parafină în spațiul astfel realizat. Inconvenientele parafinei: a) parafina se elimină des; b) parafina topită poate da embolii retiniene și alte tulburări oculare, iar cea solidă se injectează cu greu, poate rupe mucoasa septului dă o perichondrită urmată de abces.

3. Ricard Botey recomandă injecțiuni submucoase de vaselină boricată (proportie 1:2); acest amestec nu se resoarbe prin răcire nu se solidifică, se poate administra lent (nu rupe mucoasa) și difuzează ușor.

3. Stutz încearcă, cu rezultat nul, includerea de catgut.

5. Rezultate mai durabile a obținut Baldenweck prin includerea, sub mucoasa septului, a lamelor de celuloid, cari sunt rău tolerate și uneori dau un sfacel al mucoasei.

### II. *Tratamentul chirurgical prin grefe de țesut viu sau mort.*

1. Brunnings operează cu grefe de țesut adipos (luat din partea superioară a coapsei) insinuat în buzunarul format prin incizia mucoasei septului nasal.

2. Bourak recomandă și el grefele de țesut adipos a căror inconvenient este că dau rezultate trecătoare, căci grăsimea cu timpul se resoarbe.

3. Steurer întrebuițează grefe osteo-periostice luate din tibia și introduse sub mucoasa planșeului. Se elimină însă constant.

4. Bijon întrebuițează spina omoplatului, iar Ramadier un cornet nasal hipertrofiat, luat dela un alt bolnav.

5. Steurer, Schönstadt, sunt pentru grefe de cartilaj costal, introduse sub mucoasa planșeului nasal. Ballerin întrebuițează aceleași grefe introduse însă sub perichondrul septului; astfel sudarea s'ar face mai ușor căci, cele două țesuturi sunt de aceeași natură.

6. Proby recomandă includerea unor heterogrefe moarte de tendon de vițel mort-născut. În cazul când grefonul a prins rădăcini apare un edem în fosa canină, care dispare după 15—20 zile. Grefonul nu s'ar elimina decât în cazul când mucoasa se rupe înainte ca grefonul să fi fost fixat.

### III. *Tratamentele chirurgicale pure.*

1. *Metoda lui Cusi-Vidal.* Autorul creiază un hematom, după prealabilă izolare a mucoasei planșeului și a septului nasal de țesutul osos sau cartilagos subiacent, obținând o îngroșare a mucoasei și deci o atenuare a lărgirii foselor nasale.

2. *Operația lui Lautenschläger.* Lautenschläger, bazat pe cercetările sale patogenetice, strămtorează fosele nasale prin ridicarea planșeului nasal cu un grefon osos, luat din partea mediană a planșeului sinusului maxilar (după extirparea totală a mucoasei sinusului). Tot atunci autorul subțiază orificiul piriform și părțile laterale nasale sclerozate prin raclarea periostului peste cari apoi aplică câte un lambou mucos, provenit din mucoasa jugală cu scopul de a înlocui funcțiunea periostului și de a evita necrozarea osului. În caz de irigație insuficientă pe lângă inhalațiuni, tamponări cu ser fiziologic recomandă abuşarea canalului lui Stenon la partea externă a antrului lui Highmore,

secrețiunea glandei parotide eliminându-se în parte prin nas, în rest în cavitatea bucală asigurând astfel, irigația nasului și restabilind și funcțiunea olfactivă.

3. *Operația lui Lautenschläger-Halle* este o formă simplificată a primei metode. După deschiderea sinusului maxilar (prin procedeul lui Caldwell—Luc) autorii mobilizează peretele lateral extern nasal, pe care îl aduc în contact cu septul nasal; apoi secționează din planșeul sinusului maxilar o creastă osoasă, pe care o alunecă sub periostul planșeului nasal, reducând și mai mult, prin acest ghibus lărgirea foselor nasale. Pereții laterali mobilizați sunt reținuți în contact cu septul nasal prin tamponări repetate timp de 3—4—5 săptămâni, după care prin o plastică restabilesc comunicația cu cavitatea nasală și închid calea de abordare a sinusului.

4. *Operația lui Wittmack*. După o cură radicală a sinusului maxilar prepară un lambou pedicular din fața internă a pomelilor, care conține canalul lui Stenon, îl abuzează în deschizătura facială a sinusului maxilar, derivând astfel saliva parotidiană în sinus și apoi în nas.

5. *Operația lui Halle*. Halle mobilizează părțile lateral extern nasal pe cale endo-nasală: 1. Avivează cornetul inferior; 2. incizează, până la os, mucoasa plecând dinaintea capului cornetului mijlociu trecând înaintea capului cornetului inferior și urmând planșeul, din afară înăuntru până la sept; 3. decolează mucoasa și periostul planșeului; 4) taie osul în lungul porțiunii descedente a inciziei mucoasei și paralel cu peretele intersinusal în imediata apropiere a planșeului până la peretele posterior a sinusului; 5) pătrunde, cu o spatulă, în cavitatea sinusului, încarcă părțile extern și îl mobilizează înăuntru până la sept; 6. dacă mucoasa sinusului pare bolnavă, atunci pe aceasta cale ea este extirpată. Pansamentul postoperator, se face prin orificiul angular obținut cu tifon iodoformat până ce sinechia dintre cornetul inferior avivat și sept nu se produce. Primul pansament se schimbă după 5 zile (pentru a preveni hemoragia), apoi timp de 2—3—4 săptămâni se schimbă tot a cincea sau a opta zi.

6. *Metoda suturei prin plăci (Hinsberg)*. Hinsberg deschide sinusurile maxilare, mobilizează pereții laterali



(pentru a-i mobiliza la maximum eliberează, sus și jos, inserțiile apofizei maxilare) până ce cornetele inferioare ating septul (având grijă ca mucoasa planșeului să nu se rupă, pentru aceasta mucoasa se separă în prealabil) fixează pereții laterali cu un fir de bronz prevăzut, la capătul opus acului port-fir cu o placă metalică (largă de 1 cm. lungă de  $1\frac{1}{2}$  cm.) care se aplică pe peretele lateral stâng și o a doua placă care se aplică (după îndepărtarea acului port-fir) pe peretele lateral drept, firul de bronz terminându-se cu o perlă de plumb. După 2—3 luni se deschid sinusurile și se îndepărtează plăcile, împreună cu firul de sutură.

7. *Metoda lui Lautenschläger — Halle modificată de Blegrad* în sensul că, fracturarea peretelui extern se face cu ajutorul degetului introdus în sinus.

8. *Metoda lui Van den Wildenberg* este identică cu operația lui Halle, pe cale endonasală.

9. *Tratamentul mixt* (Belinoff) constă din combinarea tratamentului chirurgical (operația lui Halle) cu vaccino-terapia.

Tratamentul chirurgical al ozeinei constă din două momente operatorii principale: a) mobilizarea pereților laterali externi nasali spre septul nasal; b) menținerea contactului cu septul nasal. Deci tehnica operatorie cea mai convenabilă va fi aceea care va realiza mai ușor și mai sigur aceste două acte operatorii. Metodele sus enumerate nu satisfac pe deplin aceste două cerințe capitale. Într'adevăr, în metodele endo-nasale (Halle și Van den Wildenberg) contactul pereților mobilizați este asigurat prin pansamente repetate, cari pe lângă că nu asigură un contact bun mai sunt și foarte dureroase și de lungă durată. Metoda lui Lautenschläger și Wittmack drenează secreția parotidiană prin nas, care în timpul meselor (din cauza masticăției) fiind mai pronunțată necesită crearea unei fistule permanente din sinus în gură. Fistula în intervalul dintre mese este închisă, cu un dop de gumă, și deschisă în timpul mesei, când alimentele pot rătăci în sinus. În metoda lui Hinsberg pentru a îndepărta plăcile este nevoie de o a doua intervenție; uneori îndepărtarea lor este grea din cauza contactului intim cu pereții nasali,

când îndepărtarea amenință cu distrugerea sinechiei formate. Aceste inconveniente au fost înlăturate prin modificarea foarte fericită a tehnicii operatorii de către Ramadier 1931 și de dl. prof. Buzoianu grație cărora tratamentul chirurgical al ozenei s-a ridicat la rangul de intervenție curentă în oto-rino-laringologie.

### 10. Operația lui Ramadier.

Ramadier modifică procedeul lui Lautenschläger—Halle în privința anesteziei, a decolării și protecției mucoasei, a secționării oaselor și a mobilizării pereților nazali precum și în privința menținerii contactului pereților nazali externi mobilizați cu septul nasal.

1. Se face mai întâi o anestezie locală a nervului maxilar superior (pe cale zigomatică sau orbitară) cu 2 cm<sup>3</sup> novocaină 2% de fiecare parte; se infiltrează regiunea de operat cu novocaină 1—2% plus 1 picătură de adrenalină 1:1000 la 2 cm<sup>3</sup>. (Infiltrarea interesează incizia gingivo-labială, întreaga suprafață a foselor canine, jurul orificiului piriform, unghiul de unire a meatului inferior la cel al cornetului mijlociu). Pentru a preveni și mai perfect hemoragia, cu 30' înaintea operației se administrează de unii operatori un cm<sup>3</sup> de postpituirină subcutanat. Apoi se face anestezia generală cu eter sau clorofom, care poate fi foarte bine înlocuită cu anestezia loco-regională așa cum se practică în clinica ORL din Cluj.

2. Pentru abordarea sinusului maxilar Ramadier preferă procedeul peretelui anterior sau procedeul lui Caldwell—Luc. Cu indexul și mediul se ridică buza superioară până la șanțul gingivo-labial; la 2 mm. deasupra șanțului se face o incizie lungă până la os (dela rădăcina molarului al doilea la cel din partea opusă); se decolează buza superioară a inciziei, descoperind fosa canină și marginile inferioare și laterale a orificiului piriform, până aproape de emergența pachetului vasculo-nervos suborbitar, înăuntrul căruia se va descoperi ramura ascendentă a maxilarului superior până la marginea orbitară; se introduce o sondă canelată prin orificiul piriform și se de-

colează mucoasa meatului inferior și partea posibilă a planșelui; cu dalta și ciocanul se atacă peretele anterior, care va fi rezecat în jos până la planșeu, înainte până la peretele intern, în sus până aproape de limita superioară a sinusului (înăuntrul gaurei suborbitare) lăsând o parte din perete în sus și în afară. Rezecția începe în centrul suprafeței denudate.

3. *In caz de leziuni sinusiene evidente (supurațiuni, polipi, edem) se curețează mucoasa (mai ales al peretelui nasal); se creiază un orificiu de drenaj naso-sinusal de dimensiune mică în partea antero-inferioară a peretelui nasal (pentru a permite tratarea eventualelor supurațiuni a sinusului și a evita formarea unei fistule durabile); se mobilizează, prin orificiul de drenaj, pe planșeul sinusului un lambou de mucoasă provenit din meatul inferior cu scopul de a regenera mucoasa sinusului.*

4. Luxarea pereților nasali se face după prealabila lor secționare pentru a evita inconvenientele mobilizării din procedeul Lautenschläger. (Pereții fiind rezistenți cedază cu greu la presiune, se produc linii de fractură multiple ce pot duce la sechestrarea fragmentelor fracturate; partea inferioară a peretelui fiind mai groasă este mai rezistentă și deci se deplasează mai puțin ca și centrul). Se fac trei secțiuni:

a) Secțiunea inferioară, urmează marginea inferioară a pereților externi, la 4—6 mm. deasupra planșelui, se oprește la câțiva mm. de peretele posterior a sinusului, pentru a evita lezarea arterei palatine superioare din canalul palatin posterior.

b) Secțiunea anterioară, urmează marginea anterioară a peretelui intern sinusal, dela secțiunea inferioară (la nivelul orificiului de drenaj) până la extremitatea antero-superioară a sinusului (înaintea canalului lacrimo-nasal).

b) Secțiunea posterioară, urmează marginea posterioară a peretelui intern și se face, în acest loc osul fiind subțire, cu extremitatea tăioasă a unei chiurete.

5. Luxarea se face cu indexul, sau cu o chiuretă acoperită cu tifon, presiunea se exercită mai ales pe partea superioară a peretelui intern maxilar, porțiunea cea

mai maleabilă care constituie un fel de axă în jurul căreia se mișcă păretele luxat. Rezistență mai mare oferă, porțiunea anterioară care va fi apăsată cu precauțiune pentru a evita zdrobirea canalului lacrimo-nasal. Mobilizarea poate fi controlată cu un speculum nasal și se continuă până ce cornetele inferioare ating septul. În timpul luxării mucoasa în prealabil decolată este ridicată fiind trasă de marginea superioară a peretelui sinusal luxat. Pentru a favoriza sinechia între cornet și sept se denudează mucoasa lor pe o suprafață de 1 cm.

6. Pentru menținerea contactului dintre cornete și sept cu un ac special (numit de transfixie) se pătrunde prin unul din sinusurile deschise se traversează în porțiunea lor profundă ambii pereții laterali externi, trecând prin sept și eșind prin sinusul opus. Se încarcă acul cu un fir de mătăasă, se trage înapoi acul și deci firul, care astfel ajunge în sinusul de plecare al acului. Se repetă manopera, într'un plan mai anterior, cu extremitatea a doua a firului, care ajunge în acelaș sinus ca și prima extremitate. Astfel se obține o formațiune în „U”. (Ramura profundă a firului trece deasupra cornetului inferior, cea mai anterioară sub cornetul inferior așa că tracțiunea firului se reazimă pe cornet, partea rezistentă a peretelui nasal). Se înoadă cele două extremități cu un nod simplu mai întâi, ajutând deplasarea pereților mobilizați cu indexul introdus în cavitatea sinusiană, se controlează gradul de apropiere dintre cornete și sept și se întărește inodarea cu un al doilea și un al treilea nod. Se taie extremitățile firului, cam la 4 cm. de nod, se trec prin o butonieră a mucoasei nasale din apropierea orificiului piriform și se scot prin narina corespunzătoare.

Cum transfixia păretelui nasal extern secționat se face cu greu, riscând de a smulge mucoasele nasale și sinusiene (cari formează axa superioară a păretelui luxat) și chiar de a-l fractura (dând eschile) se preferă interverziunea celor două acte operatorii, realizând mai întâi sutura și apoi secționarea peretelui osos. Se tamponează sinusurile cu tifon iodoformat, pentru a preveni hemoragia, tamponul fiind îndepărtat după 6—8 zile. Buzele plăgii bucale nu sunt suturate.

7. Ligatura se îndepărtează după minimum 20 zile, pentru a preveni revenirea preților luxați în poziția lor anteoperatorie, se taie extremitatea anterioară a firului și prin o tracțiunea ușoară se extrage ligatura. Sinechia va fi secționată după un timp variabil și numai în cazul dacă ar jena respirația.

### 11. Operația dlui prof. Buzoianu.

Domnul prof. Dr. Gheorghe Buzoianu, cu acelaș scop ca și în operația lui Ramadier, pentru a dispensa bolnavii de tamponarea îndelungată dureroasă, infectantă și fistulizantă a sinusurilor maxilare, preferă operației lui Lautenschläger luxația pereților nasali externi pe cale sinuso-maxilară și menținerea lor în vecinătatea septului cu

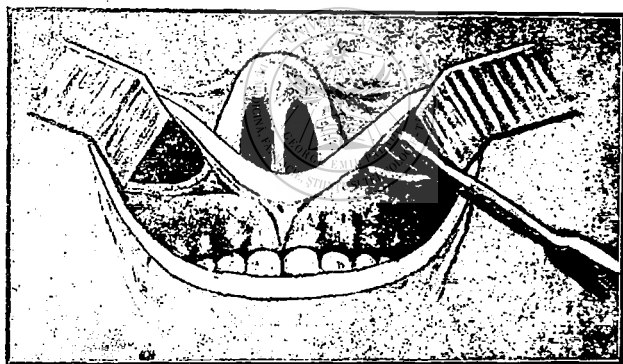


Fig. 1. — Trepanarea vestibulo-bucală a foselor canine, pentru a permite luxarea pereților nasali externi. (Rinologie: prof. Buzoianu.)

ajutorul unei suturi trans-septale. Avantagiile tehnice sunt: pereții laterali, ca și în cazul tamponării, sunt apropiați de sept; vindecarea în loc de 5—6 săptămâni survine după 10 zile dela operație; fosa canină, prin care se face tamponarea, nu rămâne deschisă așa că se evită infecția, fistulizarea sinusurilor, cari în majoritatea cazurilor nu sunt interesate în ozenă. Chiar și în cazurile de ozenă însoțite de sinusită dl prof. Buzoianu închide orificiul fosei canine și tratează sinusita prin drenaj făcut prin meatul inferior deschis în permanență; sinusurile contro-

late în ziua 11-a, prin puncție nu arată nimic anormal; firul de mătasă se scoate prin fosele nasale, contrar metodei lui Hinsberg care pentru aceasta redeschide sinusul. Înaintea operației, se administrează un vaccin polivalent, pentru a mări rezistența față de infecție și a diminua reacția post-operatorie, se face anestezia loco-regională a nervului maxilar superior (calea de abordare fiind fosa pterigo-maxilară), apoi se trece la operația propriuzisă care constă din patru timpuri operatorii:

I. timp: se trepanează fosa canină dreaptă, se des-

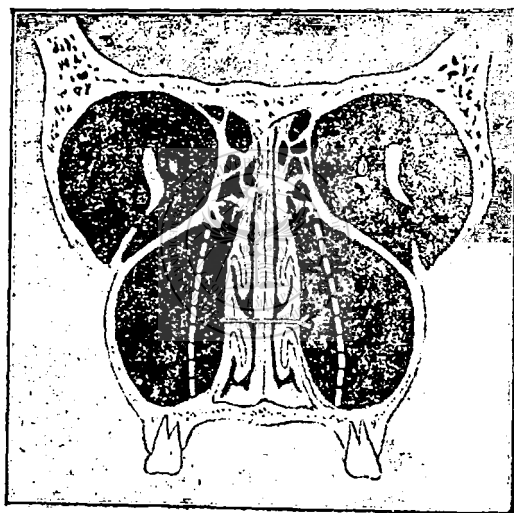


Fig II. — Pereții laterali a foselor nasale apropiați și suturați la sept. (Rinologie: prof. Buzoianu)

chide sinusul maxilar și se tamponează pentru a evita hemoragia; la fel se procedează la stânga. (Vezi fig. I.)

II-lea timp: se luxează peretele lateral extern drept, prin sinusul maxilar corespunzător, cu o foarfecă de luxație și cu un ciocan, se controlează luxația prin rinoscopia anterioară; la fel se procedează la stânga.

III-lea timp: se suturează pereții luxați de sept, cu un fir de mătasă gros, cu un ac Reverdin, care pătrunde în dreptul porțiunii posterioare a cornetului mijlociu și eșe în dreptul capului aceluiași cornet, pentru a trece

prin sept, apoi prin peretele extern opus, se înoadă firul de sutură în interiorul sinusului maxilar drept, se face un nou control prin rinoscopie anterioară. (Vezi fig. 11.)

IV-lea timp : se suturează inciziile vestibulo-bucale.

După operație se administrează antiseptice nasale și bucale și urotropină intravenos, 2—3 zile, în ziua 11-a se scoate firul de sutură prin fosa nasală dreaptă și se fac spălături prin meatul inferior pentru a face controlul sinusurilor maxilare. După dl. prof. Buzoianu mecanismul terapeutic al procedurii ar avea aceeași explicație ca și operația lui Albee în morbul lui Pott sau gastro-enterostomia și resecția în ulcer. Și în aceste cazuri operația este simptomatică și nu etiologică (nu interesează bacilul Koch; etiologia ulcerului încă n'a fost definitiv fixată] totuși rezultatele obținute uneori sunt admirabile.

### Accidente și urmări operatorii.

În cazul când sinusul este foarte mic și acul nu poate fi trecut menținerea luxației se face după metoda Laurentschläger. Hemoragiile din timpul mobilizării sau prin trecerea acului se combat prin tamponări. Supurațiile, dacă ar surveni, se tratează prin spălături făcute prin orificiul de drenaj naso-sinusian. Uneori survin tumefacții ale buzelor, de scurtă durată, cari se atenuează prin aplicări de comprese umede, calde, sau survin supurări ale sinusurilor cari vor fi drenate prin cavitatea bucală. Epiphora care se prezintă sub formă de jenă în scurgerea lacrimilor se previne evitând lezarea canalului lacrimo-nasal prin presiunea ușoară a pereților mobilizați în partea lor antero-superioară. Pentru ca aceste două ultime metode operatorii să fie perfecte ar fi de dorit ca sutura transeptală să sufere unele perfecționări. Firul din cauza tensiunii, are tendință de a tăia perețele osos sau ligatura relaxându-se puțin, contactul dintre cornet și sept, slăbește.

### Rezultate operatorii.

Metoda chirurgicală, în tratamentul ozenei, fiind nouă rezultatele obținute prin ea încă n'au fost colectate

pentru a le prezenta sub forma unei statistici. Tot ce posedăm sunt rezultatele apărute în literatura medicală sub semnătura diferiților autori.

Astfel, Hinsberg până la 1922 operează 54 cazuri, obținând 40 vindecări, 4 cazuri pe cale de vindecare, 5 cazuri au rămas refractare procedurii sale de tratament.

Halle este de părere, că rezultatul tratamentului trebuie să fie pronunțat după trecerea unui an dela vindecarea. Autorul ar fi obținut succese numeroase, fetiditatea dispărând aproape totdeauna, iar olfacțiunea revenind foarte des.

Ramadier operează mai mult de 25 de cazuri de ozenă înregistrând vindecări reale; eșecurile s'ar datori unor greșeli de tehnică operatorie. După Ramadier: „ajunge o singură vindecare adevărată, pentru a dori încercarea tratamentului chirurgical”.

Van den Wildenberg, din cei 38 operați revede 16 operați, cu 9 vindecări și 7 însuccese. Din grupul de 7 însuccese, în 3 cazuri a survenit o ameliorare, iar 4 cazuri au fost refractare. La 5 cazuri din grupul de 7 bolnavi, operația ar fi fost greșită.

Dl. prof. Buzoianu aplică metoda sa la 4 bolnavi, obținând în scurt timp (3 luni) dispariția aproape totală a crustelor, în consecință a mirosului precum și o ameliorare la nivelul mucoasei pituitare și a cornetelor atrofiate.

Eșecurile pe lângă greșelile operatorii (recalibrajul insuficient) poate sunt în legătură cu forma ozei, cu gradul său de evoluție, cu vârsta bolnavului. S'a văzut că atrofiile limitate la etajul inferior al foselor nasale au un prognostic mai favorabil. Vindecarea se datorește pe lângă restrâmtorarea foselor poate și reacției inflamatorii, datorit traumatismului operator, care excită reactivarea mucoasei favorizată, mai ales de ameliorarea irigației sanguine a regiunii atrofiate. Odoratul revine deoarece în ozenă celulele olfactive nu sunt alterate și pentru că prin restrâmtorarea foselor, curentul de aer trece printr'o filieră mai îngustă, lovește pata olfactivă mai cu forță și transportă până la ea corpii odoranți punând astfel în vibrație celulele olfactive.



## Cazuri clinice.

I. Maria C., 16 ani, lucrătoare la o fabrică de sârmă, necăsătorită, intră în Clinică la 28 Mai 1936. Mama bolnavei este astmatică. N'a fost încă menstruată. Neagă boli infecto-contagioase. Uneori are dureri de cap, iar din toamna anului 1935 este răgușită,

Cam de 2 luni, cei din jurul bolnavei, remarcă un miros fetid răspândit de bolnavă prin nas. Bolnava observă prezența în batistă a unor cruste verzui murdare, uneori acoperite cu sânge și că respirația prin nas de multe ori este grea.

La rinoscopie ant. se văd cruste abundente în ambele fose nasale, cari îndepărtate pun în evidență o atrofie a cornetelor și a mucoasei, cauza lărgirii foselor nasale. Nimic la nivelul sinusurilor perinasale, la nivelul faringelui și a laringelui. La 19 Iunie bolnava este operată. Anterior primește vaccin Delbet 2 cm<sup>3</sup>. Se execută metoda Lautenschläger modificată de dl prof. Gh. Buzoianu. Posoperator primește 5 zile consecutive Urotropină intravenos în total 40 cm<sup>3</sup>. Părăsește clinica la 9. VII. 1936 în stare ameliorată. Bolnava a fost revezută după 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> luni. Numai are dureri de cap și nu este răgușită. Respirația este ușoară. Văzută la rinoscopie se constată o lipsă totală a crustelor. Contactul dintre cornet și sept este menținut. Bolnava se declară complet vindecată.

II. Mihail C., student în litere, 24 ani. Antecedentele heredo-colaterale sunt fără importanță, iar cele personale, nu prezintă nimic deosebit în legătură cu boala actuală. De câteva luni elimină cruste, are odoratul redus și cefalee. La examenul obiectiv local, găsim o secreție abundentă, cruste groase aderente și miros fetid al halenei. La rinoscopie — după îndepărtarea crustelor — se pune în evidență o atrofie bilaterală, interesând mai ales cornetul inferior, mai puțin cornetul mijlociu, cornetul superior este invizibil. Meaturile sunt libere. Mucoasa este palidă. Faringele ușor congestionat; laringele are aspect normal.

Bolnavul este operat în ziua de 10 Mai 1936. Se face o anestezie ioco-regională cu novocaină 0,75%. Ope-

rația se execută după metoda Lautenschläger modificată de dl prof. Buzoianu: Sinusurile sunt normale. Se mobilizează pereții laterali, se face sutura transeptală. Se controlează prin rinoscopie anterioară, gradul de apropiere a pereților mobilizați. După 12 zile se îndepărtează firul de sutură. Pereții laterali rămân în contact cu septul nasal. Mucoasa nasală este congestionată, roșietică. Ușoară secreție și cruste mai puțin aderente. Fetiditatea este diminuată. La o reexaminare, făcută după trei luni, simptomele subiective au dispărut; obiectiv se constată o lipsă de fetiditate și de cruste, mucoasa este roz-roșie. Vindecarea este completă.

III. Dumitru B., 42 ani. Se prezintă la Clinică pentru senzația de obstrucție și de uscăciune a nasului. De câțiva ani scuipă și elimină din nas, cruste groase, galbene murdare. Prezintă anosmie. La examenul obiectiv găsim cruste abundente, mai ales în meatul inferior și mijlociu. Lărgirea foselor este asimetrică, mai mare la stânga. Atrofia cornetelor este avansată. Operația se face la 26 Septembrie 1936. Loco-regional se administrează novocaină 0,75%. După deschiderea sinusurilor, se execută operația tip Lautenschläger modificată, urmată de tratamentul post-operator obișnuit. Firul de sutură este îndepărtat după 10 zile. Bolnavul prezintă o ușoară ameliorare a fenomenelor subiective și obiective.

Revăzut după 2 $\frac{1}{2}$  luni bolnavul prezintă o ușoară secreție muco-purulentă, mucoasa are aspect aproape normal, este umedă, cefalee, anosmia a dispărut. Nu mai are senzație de obstrucție și de uscăciune a foselor nasale; nu mai scuipă, elimină din nas o secreție muco-purulentă groasă, fără a elimina însă cruste caracteristice. Bolnavul se declară ameliorat.

IV. Ștefan P., 19 ani. Elimină cruste de mai mulți ani. Suferă de cefaleă intensă. Doarme cu gura deschisă, prezentând o uscăciune jenantă a faringelui.

Examinat cu speculum nasal, după îndepărtarea crustelor, se pune în evidență o atrofie accentuată a cornetelor și în consecință o lărgire remarcabilă a foselor nasale. Meaturile sunt libere. Bolnavul este operat după metodă Lautenschläger modificată de dl prof. Buzoianu,

după o prealabilă anestezie loco-regională cu novocaină 1%. Se execută luxația și mobilizarea pereților nasali externi, firul de sutură trecând prin septul nasal.

Gradul de apropiere între cornete și sept este controlat prin rinoscopia anterioară. După 10 zile sutura este îndepărtată. Bolnavul prezintă o ameliorare sensibilă a fenomenelor locale și a cefaleei.

După trei luni rezultatul anatomic și funcțional este bun. Bolnavul numai elimină cruste, doarme cu gura închisă. Olfacțiunea a revenit. Mucoasa este de culoare aproape normală, este îngroșată.



## Concluziuni

1. Tratamentul chirurgical al ozenei este în general preferabil celui conservativ și e singurul susceptibil de a da rezultate durabile.

2. Tratamentul chirurgical este bazat pe principiul recalibrajului filierei nasale, a cărei aplicare practică a dat rezultate reale.

3. O tehnică simplă credincioasă (ca rezultat operator) este cea utilizată în România de prof. Buzoianu în Franța de Ramadier, cari operează pe cale transinuso-maxilară cu sutură trans-septală.

4. Operația executată în clinica ORL din Cluj, constă din trepanația, sub anestezie loco-regională, a sinusurilor maxilare (ca pentru operația lui Caldwell—Luc) apoi din luxarea pereților laterali externi fără prealabilă decolare a mucoasei. Contactul peretelui astfel mobilizat cu septul nasal este asigurat prin o ligatură în „U” cu un fir de mătăasă transfixând septul nasal.

5. Accidentele operatorii sunt rare ; dacă ele survin (hemoragia) atunci sunt neînsemnate, iar urmările (tume-facția buzei, supurarea sinusurilor, epifora) sunt de obicei simple.

6. În toate cele 4 cazuri operate în clinica ORL din Cluj, s'a constatat o ameliorare netă a simptomelor esențiale ; dispariția fetidității și a crustelor, diminuarea volumului foselor nasale.

7. Din cazurile publicate în literatură rezultă, că vindecarea nu este totdeauna sigură și deci tratamentul chirurgical nu poate fi considerat totdeauna drept o „cură radicală a ozenei”. Totuși ameliorările sunt regula, iar vindecările definitive frecvente,

8. Vindecarea, probabil, se datorește strâmtorării foselor nasale, reacției inflamatorii consecutive, traumatismului operator și unei mai bune irigațiuni sanguine a regiunii.

Văzut și bună de imprimat.

Cluj, la 31 Ianuarie 1937.

Președintele tezei :  
(ss.) *Prof. Dr. Gh. Buzoianu.*

Decan :  
(ss.) *Prof. Dr. D. Mihail.*



## Bibliografie.

1. *Baldenweck*: Traitement de l'ozène. (Annales des maladies de l'oreille 1925).
2. *Baumgartner*: Le traitement de l'ozène par les injections sous-muqueuses de paraffine. (Schweizerische Medizinische Wochenschrift 25. Mai 1922).
3. *Bijon*: Traitement chirurgical de l'ozène. (Arch. Inst. de Laryngol. Juin 1922).
4. *Blegard N.*: Operation de Lautenschläger-Halle dans l'ozène. (Arch. Inter. de Laryngologie Janvier 1923).
5. *Botey R.*: Les injections sous-muqueuses de vaseline barytée dans l'ozène. (Annales des maladies de l'oreille, Janvier 1922).
6. *Briani A.* Ozène et parathyroides. (Il Valsalva, Rome, Janvier 1934).
7. *Buzoianu G.*: La luxation médiane par voie sinusale des parois externes des fosses nasales dans l'ozène. (Bull. Acad. de Med. de Roumanie. I. 1936).
8. *Fuchs (Zagreb)*: Le traitement de l'ozène par bactériophages. (Otolar. Slav. vol. IV.)
9. *Guns și Picard*: Contribution à l'étude anatomo-pathologique et thérapeutique de l'ozène. Annales d'O. L. 1933 No. 3).
10. *Halle*: Résultat de mon traitement opératoire intranasale de l'ozène après 14 années d'observations. (Arch. für Laryng. und Rhinol de 1920 Bd. 3. No. 3.)
11. *Halphen et Djiropoulos*: Traitement de l'ozène par l'association de la bactériophagie et de la vaso-dilatation médicamenteuse (Presse Med. No. 92 Nov. 1932).
12. *Lautenschläger*: Thérapeutique chirurgicale de l'ozène (Presse Med. No. 96. Nov. 1932).
13. *Lautenschläger*: Problème de l'ozène du point de

vue du traitement chirurgicale (Berliner Klinische Wochenschrift No. 10. II. Mars 1933).

14. *Lautenschläger*: Die Luxation der seitlichen Nasen. (Arch. für Ohren Nasen und Kehlkopf Oct. 1929).

15. *Lermoyez Marcel*: La contagion de l'ozène (Annales des maladies de l'oreille et larynx Juin 1929).

16. *Leroux Robert et Costiniu*: L'ozène. (Revue de L. O. R. No. 1. Janvier 1933).

17. *Merime Louis*: Du traitement chirurgicale de l'ozène par voie trans-sinuso-maxillaire (Thèse de Paris).

18. *Moure*: Traitement de l'ozène. (Congr. franc. d'oto-rino-laryng. 1897).

19. *Perez F.*: Recherche sur la bactériologie de l'ozène. (Annales de l'institut Pasteur. Paris 1893).

20. *Pigache André*: Contribution à l'étude du traitement de l'ozène (Thèse de Paris).

21. *Ramadier*: Technique du traitement chirurgicale de l'ozène (Annales de maladies de l'oreille Mai 1933).

22. *Rebattu*: Recherches bactériologiques sur l'ozène. (Acta-oto-laringologica Stockholm 1932 Vol. XVII. fasc. 2—3).

23. *Steurer*: Le traitement opératoire de l'ozène (Arch. Int. de Laryng. Decembre 1922).

24. *Viggo Schmidt*: Thérapeutique médicale de l'ozène. (Presse médical No. 96 Nov. 1932).