

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

Nr. 1254

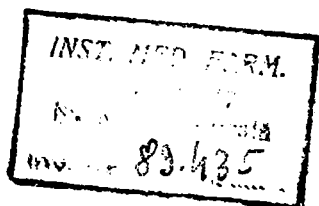
URECHEA ȘI PATOLOGIA GENERALĂ



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 26 MAI 1938.

DE
FEJES VASILE

24 MAY 2005



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 obstetrică	" "	GRIGORIU CR.
Clinica medicală	" "	HATIEGANU I.
Medicina legală	" "	KERNBACH M.
Chimia biologică	" "	MANTA I.
Clinica oftalmologică	" "	MICHAIL D.
Clinica neurologică	" "	MINEA I.
Igiena și igiena socială	" "	MOLDOVAN I.
Radiologia medicală	" "	NEGRU D.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	PAPILAN V.
Clinica chirurgicală	}	POP A.
Medicina operatorie		
Clinica infantilă	" "	POPOVICIU GH.
Farmacologia și farmacognozia	Supl.	POPOVICIU GH.
Balneologia	Prof.	STURZA M.
Clinica dermato-venerică	" "	TĂTARU C.
Clinica urologică	" "	ȚEPOSU E.
Clinica psihiatrică	" "	URECHIA C.
Anatomia patologică	" "	VASILIU T.
Biologia generală	" "	RACOVITĂ E.
Chimia	Agr.	SECĂREANU ȘT.
Fizica medicală	Conf.	BĂRBULESCU N.

JURIUL DE PROMOȚIE :

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

MEMBRII :	}	" " , D. NEGRU
		" " . C. TĂTARU
		" " " M. STURZA
		" " " C. URECHIA

SUPLEANT: „ Doc. „ I. GĂVRILĂ

Introducere

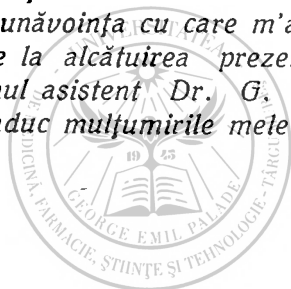
In ultimul timp medicina arată o tendință vădită de a se subdivide în specialități cu obiect din ce în ce mai restrâns. Se cunosc astăzi specialiști nu numai pentru anumite categorii de boli: internist, chirurg, otorinolaringolog, etc., dar chiar pentru anumite organe sau boli: specialiști de plămâni, de inimă, de cancer etc. Acest fapt este rezultanta evoluției medicinei, care a luat în ultimul timp o amploare considerabilă.

Este însă un pericol în această subdiviziune din ce în ce mai accentuată și anume că se ajunge a se uita uneori întregul și a ține seamă numai de partea care interesează din punctul de vedere al specialității și se va pierde din vedere omul, adică bolnavul în totalitate. Aceasta însă este o mare greșeală și tendințele de îndreptare se și manifestă prin aceea, că se caută a da medicilor o educație de ansamblu, indiferent de specialitatea care vrea s'o profeseze, căci specialistul trebuie și el să fie în primul rând medic și să vadă omul suferind și în al doilea rând specialist, care vede numai organul ce-l interesează. Pe de altă parte, practicienii trebuie să posede și ei cel puțin cele mai importante noțiuni din fiecare specialitate, pentru că fiecare organ, fie chiar de cea mai strictă specialitate, nu e altceva, decât o parte din totul, care se numește organism. Bolile fiecărui organ se vor repercuta asupra întregului organism, iar de altă parte, bolile altor organe sau generale se vor repercuta asupra singurati-celor organe. Și de aci necesitatea de a cunoaște întregul acest complex.

Urechea este și ea un organ, a cărui patologie aparține unei specialități aparte: Otologiei. Dar urechea nu e de sine stătătoare în organism, căci multiple sunt acele afecțiuni auriculare, cari se repercută asupra altor organe, uneori chiar îndepărtate, sau asupra stării generale; pe de altă parte, boli ale altor organe sau generale ale organismului își au repercusiunea asupra urechii.

Domnul Prof. Dr. Gh. Buzoianu a avut bunăvoința de a-mi inspira subiectul acestei teze tratând despre Urechea și Patologia generală. Din motivele amintite reiese, de ce am găsit interesant studiul relațiilor patologice ale urechii cu restul organismului și m'am însărcinat cu plăcere de a pleluca acest subiect în această lucrare de sinteză.

Incheind mulțumesc domnului Prof. Dr. Gh. Buzoianu pentru bunăvoința cu care m'a onorat și pentru îndrumările date la alcătuirea prezentei lucrări, împreună cu domnul asistent Dr. G. Cotul, căruia pe această cale îi aduc mulțumirile mele.



Noțiuni anatomo-fiziologice

Voiu expune în acest loc numai acele date anatomice și fiziologice, cari sunt strict necesare în interesul subiectului acestei lucrări.

URECHEA este un organ cu două funcțiuni: de audiție și de echilibru. Anatomicește se împarte în trei părți: urechea externă, mijlocie și internă.

Urechea externă este constituită din pavilion și conductul auditiv extern. Aceste organe au scopul de a primi și îndrepta undele sonore către timpan. *Pavilionul* e format din fibro-cartilaj (cartilajul urechii), mușchi, ligamente și tegumente. *Conductul auditiv extern* e un canal osteo-cartilagos-fibros și căptușit de piele, ce se întinde dela pavilion la membrana timpanului.

Urechea mijlocie e formată de *casa timpanului* și anexele sale: *trompa lui Eustache* și *cavitățile mastoidiene*.

Casa timpanului e o cavitate având șase pereți: 1. Peretele extern îl formează membrana timpanului, constituit dintr'o membrană fibroasă și căptușit înspre conduct de piele modificată, iar înspre interior de mucoasa casei. 2. Peretele intern sau labirintic prezintă două ferestre, una ovală ce se articulează cu scărița și alta rotundă, acoperită de o membrană. 3. Peretele anterior prezintă orificiul trompei lui Eustache. 4. Peretele posterior prezintă *aditus ad antrum*. 5. Peretele superior sau *tegmen timpani* e format de o lamă osoasă subțire ce poate prezenta dehiscențe. E în raport cu cavitatea craniană. 6. Peretele inferior sau *planșeul casei* e deasemenea subțire și poate avea dehiscențe. E în raport cu golul jugularei interne.

În interiorul casei timpanului se găsesc trei oscioare, articulate între ele, cu timpanul și cu fereastra ovală și anume: ciocanul, nicovala și scărița. Mai sunt doi mușchi, al ciocanului și altul al scăriței, cari sunt antagoniști.

Funcția urechii mijlocii este acomodarea auditivă la sunete de diferite intensități (prin acțiunea mușchilor) și de conducere auditivă către labirint.

Trompa lui Eustache este un conduct fibro-cartilaginos și osos, care leagă casa timpanului de naso-faringe. Are rolul de a conduce aerul la casă.

Apofisa mastoidă este situată înapoia pavilionului și constituie planul cel mai profund al regiunii mastoidiene. Planurile moi superficiale în această regiune sunt: pielea, țesutul celular subcutanat, aponevroza, stratul muscular și periostul.

Apofisa osoasă are o formă piramidală cu baza în sus. Cuprinde așazisele *cavități endomastoidiene*: antrul și celulele mastoidiene propriuzise.

Antrul comunică înainte prin aditus cu casa timpanului, pe partea inferioară a acestui perete anterior vine în raport cu *masivul facialului*. Prin peretele inferior și posterior comunică cu celulele mastoidiene.

Celulele mastoidiene propriuzise, pot prezenta 3 varietăți: *mastoida pneumatică* cu celule foarte dezvoltate; *mastoida spongioasă* cu cavități mediocre și *eburnată*, când cavitățile lipsesc.

Prin fața internă, apofisa mastoidă vine în raport cu cutia craniană și cu *sinusul lateral*.

Funcția apofisei mastoide este cea a unui rezervor de aer și a unei cavități de rezonanță.

Urechea internă sau labirintul este format din două porțiuni: 1. Labirintul anterior sau acustic, numit și *melc* din cauza formei sale, este organul senzorial al auzului; 2. Labirintul posterior sau *vestibulul*, este un organ destinat echilibrului.

Aceste organe sunt învelite de o lamă osoasă, numită *labirint osos*, față de organele însăși, cari constituie *labirintul membranos*.

Labirintul membranos este separat de pereții interni ai labirintului osos de un mic spațiu, spațiul perilimfatic, în care

se găsește *perilimfa*. În interiorul labirintului membranos se găsește un alt lichid: *endolimfa*.

Spațiul perilimfatic comunică cu spațiile subarahnoidiene prin apeductul melcului, iar spațiul endolimfatic prin canalul endolimfatic așezat într'un conduct osos: *apeductul vestibulului*.

Urechea internă este inervată de cea de a opta pereche nervoasă craniană, care imediat ce intră în conductul auditiv intern se împarte în două ramuri, cari reprezintă cei doi nervi: *nervul coclear* pentru melc și *n. vestibular* pentru vestibul.

Melcul este alcătuit din o mulțime de formațiuni foarte complicate și cari reprezintă organul senzorial auditiv. Aici se termină fibrele nervului coclear.

Vestibulul e format din două vezicule: *utricula și sacula* și din trei *canale semicirculare* așezate după cele trei direcții principale: orizontal, frontal și sagital. Vestibulul e un organ de echilibru, în el se împrăstie fibrele nervului vestibular.

Raporturi anatomice importante din punct de vedere patologic ale urechii în totalitate sunt: cu cutia craniană și conținutul ei (creier, cerebel, meninge, sinusul lateral); cu facialul; cu golful jugularii interne și cu naso-faringele (prin trompă).

Corelația patologică dintre ureche, celelalte organe și organismul întreg.

Bolile urechii se pot complica cu inbolnăvirea altor organe sau se pot manifesta prin simptome localizate la nivelul altor organe. Apoi se mai pot complica cu boli generale sau să dea simptome generale.

Deasemenea, boli ale altor organe sau generale pot să se complice cu inbolnăvirea urechii sau să dea simptome auriculare.

Nu se pot considera însă ca fiind în corelație patolo-

gică numai acele îmbolnăviri sau simptome, cari au o interdependență dela cauză la efect, fiindcă pot să survină coincidențe, cari ne pot duce în eroare.

Chestiunea o vom discuta în două capitole, pe de o parte bolile urechii capabile să dea complicații sau simptome în altă parte, pe de alta, bolile diferitelor organe, cari pot da complicații sau simptome auriculare.

Bolile și simptomele otogene.

Înțelegem sub această denumire, prima categorie, adică acele boli ale diferitelor organe, cari iau naștere sub dependența vreunei boli auriculare.

Cele trei părți ale urechii trebuiesc privite separat.

LA URECHEA EXTERNĂ.

Dermatozele pavilionului au doar atâta importanță, că se pot întinde în vecinătate.

Pericondrita, mai ales cea supurată (există și o formă seroasă) provocă *temperatură*, ca semn general. Nu este însă o afecțiune periculoasă din punct de vedere vital.

Furunculul conductului se poate complica de limfangită și adenită periauriculară. Deasemenea el este susceptibil să producă complicații generale diferite, ca orice alt furuncul, situat în altă regiune. Aceste complicații, rareori existente, pot fi: abcesul perirenal, subfrenic; nefrită; endocardită; septicemie etc.

Prin propagarea infecțiunii pe cale limfatică, afecțiunile urechii externe se pot complica mai ales la copii cu *adenoflegmoane cervicale*, situate în regiunea retroauriculară, parotidiană sau carotidiană.

URECHEA MIJLOCIE.

Bolile infecțioase ale urechii medii sunt acelea, cari ne interesează din punctul nostru de vedere. Acestea pot fi acute ori cronice, supurate ori nesupurate.

În grupul otitelor medii *acute* deosebim trei forme clinice: otita medie supurată acută; otita medie seroasă acută sau otita medie exudativă și otita medie catarală acută sau otita medie congestivă (după Prof. Buzoianu).

Complicații și simptome generale și în alte organe pot produce oricare din aceste forme, ele vor surveni însă cel mai des în legătură cu otita medie supurată acută sau cronică.

Temperatura ca semn general, poate varia după forme și atinge în forma supurată acută și mai ales la copii 40°.

Otalgia este de obicei puternică în forma supurată și se însoțește de *iradiațiuni craniene, cervicale, dentare*, de unde confuzii dezastruoase.

Convulsiile se observă la copii și denotă o iritație a centrilor nervoși, fără chiar să fie infectați.

Complicațiuni. Complicațiile unei otite sunt aproape totdeauna grave. Există complicații de vecinătate și la distanță.

In vecinătate.

Cea mai frecventă complicație este mastoidita. Osteita mastoidiană se poate apoi propaga la organele vecine, infectând sinusul lateral, de unde *trombo-flebită*. Dr. Ioan Radu relatează 3 cazuri rare ale trombo-flebitei sinusului lateral și anume: 1. un abces al sinusului lateral deschis în mastoidă; 2. o trombo-flebită organizată pe întreaga porțiune mastoidiană a sinusului lateral și 3. un caz de abces intrasinusal.

Se poate apoi infecta canalul lui Faloppe, de unde *paralizie facială*. Dr. Virgil Racoveanu semnalează un caz de mastoidită primitivă latentă, debutând prin paralizie facială.

Otitele medii și mai ales cele acute supurate pot da *flegmoane cervicale* prin propagare de data aceasta pe calea venoasă (tromboflebita sinusului lateral sau a golfului jugularei), sau pe cale osoasă, spre deosebire de flegmoanele otitelor externe, propagate pe cale limfatică.

Când infecția pătrunde spre cavitatea craniană, apar complicațiile endocraniene. Putem afirma că în afară de traumatismele craniene cauza cea mai frecventă a infecțiilor cutiei endocraniului își are punctul de origine într-o supurație a urechii medii (după Prof. Buzoianu). Aceste complicațiuni sunt; abcesul subdural, abcesul cerebral, ce-

rebelos, meningita sau meningo-encefalita difuză. Poate apare apoi *sindromul lui Gradenigo*, produs uneori de o osteită a vârfului stâncii și caracterizat printr'o nevralgie rebelă a trigemenului, asociată cu paralizia motorului ocular extern și otită. Drii Virgil Brătescu și Virgil Racoveanu relatează un caz de oto-mastoidită stângă, complicată cu abces cerebral stâng, cu afazie motrice, hemiplegie dreaptă și paralizia motorului ocular extern stâng.

Otita medie însă poate să se complice, chiar și fără intermediul unei mastoidite cu paralizia facialului cu seria supurațiilor localizate ori difuze endocraniene, cu flebita golfului jugularei prin propagări directe în caz de fisuri ale canalului lui Faloppe, de dehiscențe ale lui tegmen timpani sau de lipse ale planșeului casei, stări anatomice considerate anomalii, dar totuși nu prea rare.

Complicații la distanță și generale

Asupra ochilor bolile urechii medii se repercută pe cale infecțioasă și pe cale reflexă (după Hellin și Szwarc).

1. *Pe cale infecțioasă.* Prin propagarea infecției la veña oftalmică se poate forma un *abces orbital*. Inflamațiile supurative ale urechii medii se însoțesc câteodată de *nevrită optică* cu stază papilară sau de *hiperemia papilei* în urma unei complicații cerebrale. Pot apare *pareze* și *paralizii* ale mușchilor oculari, ce dispar după operația otitei. Deasemenea sindromul lui Gradenigo, descris mai sus.

2. *Pe cale reflexă*, prin intermediul nervilor trigemen, coclear și vestibular, pot surveni: *Dureri orbitare* și la fundul ochiului, injectarea conjunctivei, lăcrămare, fotofobie. Apoi *nistagm* prin calea nucleilor Deiters-Bechterew și a fascicolului longitudinal posterior. Uneori se observă *mioză*, *midriază* sau *anizocorie*.

Prin intermediul trombo-flebitei sinusului lateral, infecțiunile urechii mijlocii se pot complica cu *septicemie* și cu determinări infecțioase secundare pe organe îndepărtate, prin calea sanghină. Uneori septicemia poate surveni și fără interesarea sinusului lateral.

Cât privește *otitele medii cronice*, cele supurate sunt

acelea, cari sunt capabile să dea complicații de vecinătate și generale.

Complicațiile de vecinătate. Acestea sunt datorite unor atingeri purulente a organelor din vecinătatea casei. Nervul facial, sinusul lateral, meningele, encefalul se pot infecta prin propagarea puroiului din casa timpanului. Prin urmare aceleași complicații ca și în otitele acute. În cursul unei otite cronice ele pot apare sau în mod inopinat sau cu ocazia unei crize de retențiune a puroiului.

La copiii de sân survine foarte frecvent *otita medie latentă*, care nu se trădează prin semne auriculare evidente. Are puțină tendință la perforarea timpanului și de aceea expune la complicații endocraniene sau septicemice. Alte ori apar turburări gastro-intestinale și de nutriție, ducând la cașexie profundă. Se manifestă printr'o stare febrilă între 38° și 39°. Vărsăturile constituie un simptom foarte frecvent, ce nu dispăre decât la paracenteză. Diarea este deasemenea un semn foarte frecvent în otitele latente. Scăderea în greutate este cel mai constant semn, ea survine în urma deshidratării țesuturilor.

Apofisa mastoidă. Afecțiunile supurative ale apofisei mastoide, *mastoiditele supurate*, pot da următoarele complicații infecțioase de vecinătate:

Mastoidita temporală, când infecțiunea se localizează în celulele situate în rădăcina zigomei și în solzul temporal; *Mastoiditele cervicale* sunt mastoiditele exteriorizate la nivelul apexului mastoidian. Puroiul difuzează apoi în partea laterală a regiunii cervicale superficiale ori profunde. Deosebim în această grupă *mastoidita tip Bezold*, când puroiul difuzează dealungul sternocleido-mastoidianului; *mastoidita jugo-digastrică* și *mastoidita occipito-cervicală*.

Paralizia facială poate deasemenea să survină, apoi *trombo-flebitele* și toată seria complicațiilor spre endocraniu: abcese extradurale sau encefalice, meningită.

Ca complicații generale: *febra*, iar prin răspândirea infecțiunii prin sânge: *septicemia*.

Septicemia la rândul ei poate metastaza infecțiunea la distanță și să dea embolii septice în cele mai variate organe. Astfel poate surveni: infarctul pulmonar, abcesul pul-

monar, broncho-pneumonia, pleurezia purulentă. Emboliile septice se mai pot localiza în ficat, în splină, pot să surveni embolii articulare și periarticulare, abcese metastatice în țesutul subcutanat, pericardite, endocardite, etc.

URECHEA INTERNĂ.

Afecțiunile urechii interne, *labirintitele* dau puține simptome la distanță. Prin vecinătatea nucleilor bulbari unele labirintite pot da grețuri și vărsături. La *aparaturile oculare* pot da: nistagm, acomodatie tonică și hipus. Asemenea prin modificarea tonusului mușchilor oculari poate surveni strabismul.

Indivizii cu boli auriculare, mai ales cu otite scleroase, cu surditate și sgomote subiective, pot prezenta alterațiuni psihice de diferite feluri și grade. Unii dintre aceștia n'au halucinațiuni, însă, fiind predispuși la nevropatie, se dezoalează de a fi surd și a avea sgomote în urechi. Cad în neliniște, mizantropie, hipocondrie neurastenică, cu nosofobia localizată mai ales asupra urechii. Neurastenicii cu arterio-scleroză, în care grup aparține și Jean Jacques Rousseau, cu semi-surditatea și sgomotele lui pulsatile, aparțin acestei categorii.

Alții dimpotrivă, au halucinațiuni auditive. Acești bolnavi sunt de 3 categorii:

a) Cei cari au halucinațiuni intermitente (sub formă de muzică, cântece de coruri, etc.) dar le recunosc a fi false. Acestea sunt *halucinațiile conștiente*:

b) Cei cu *halucinațiuni inconștiente*. Bolnavii sunt halucinați, n'au însă deliruri, astfel că e posibilă chiar conversația logică cu ei.

c) A treia categorie înfine, de obicei după ce a trecut prin fazele anterioare, trece în delir, care de cele mai multe ori este de persecuție (paranoia surzilor).

În toate aceste cazuri halucinațiile pot fi legate de boala otică: ele sunt unilaterale, când boala e unilaterală, predominente în urechea mai bolnavă, bilaterale când afecțiunea auriculară e bilaterală și variază cu boala urechii și cu tratamentul auricular.

Bolile urechii venite dela distanță

Bolile generale sau la distanță pot *provoca* simptome sau boli auriculare sau pot *modifica* evoluția unei boli a urechii sau pot *predispune* pentru anumite afecțiuni auriculare.

NASO-FARINGELE

Cele mai multe boli ale urechii își au punctul de plecare din naso-faringe, care prin intermediul trompei lui Eustache infectează urechea mijlocie. Toată seria otitelor medii ia naștere în majoritatea covârșitoare a cazurilor în urma unei infecții venite din naso-faringe.

Hipertrofia și inflamația amigdalei faringiene, a amigdalelor palatine, deviațiile septului nasal, crestele de sept, hipertrofiile de cornete, ozena, etmoiditele sunt tot atâtea cauze, cari favorază infecția casei timpanului pornită din rino-faringe, fie prin inoculare infecțioasă, fie prin acțiunea obturatoare asupra foselor nasale sau asupra trompei, împiedecând aerația normală a acestora.

TRAUMATISMELE CRANIULUI.

Se pot complica cu surditate și cu vertijuri tardive.

Când sunt însoțite de fractura bazei, pot surveni hemoragii în casa timpanului și produc surditate. Dacă se rupe și timpanul, se poate produce otită medie.

Dacă e interesat prin hemoragie și labirintul, acesta dă surditate fără tendință la vindecare. Labirintul poate suferi hemoragii în traumatismele craniene și fără ca baza craniului să fie fracturată. Hemoragia în labirintul membranos dă nevrita și atrofia consecutivă a coclearului. Nervul vestibular e mai puțin sensibil și are situație anatomică mai favorabilă, așa că e interesat mai puțin și mai rar.

ACROCEFALIA.

Este o diformitate craniană cauzată de osificația precoce a suturilor, poate interesa și urechea. *Hans Brunner* studiind această chestiune a ajuns la următoarele concluzii :

Se găsesc în acrocefalie diferite anomalii ale *urechii medii* și anume o vorba cel mai des de o hiperostoză a pereților cari pot chiar disloca pereții opuși. Cauza e aceeași, ca și a boalei fundamentale: osificația prematură. *Urechea internă* nu prea prezintă alterații.

OSTEOPSATIROZA IDIOPATICĂ.

Această boală numită încă *osteogeneză imperfectă*, dă surditate prin otoscleroză, semnalată prima oară de *Adair Dighton* în 1912, ca al treilea simptom al bolii, pe lângă distrofia osoasă și scleroticile albastre.

APARATUL OCULAR.

Are mai puțină influență asupra urechii decât aceasta asupra ochilor (după *Hellin* și *Szwarc*).

În *oftalmia simpatică* și în *retinita pigmentară* s'a putut observa o *surditate*, pe care acești autori o aduc în legătură cu turburările de distribuție a pigmentului din urechea internă și din ochi, între cari ar exista o corelație în această privință.

SISTEMUL NERVOS CENTRAL.

Afecțiunile sistemului nervos central pot da sindrome neurolabirintice de două categorii: 1. produse de unele afecțiuni nervoase netumorale și 2. produse de tumorile endocraniului:

1. Afecțiunile nervoase netumorale.

Scleroza în plăci. Importanța sindromului vestibular în scleroza în plăci a fost evidențiată de *Marinescu* și *Drăgănescu*, *Barré* și *Reys*. Frecvența sa e de 96%. În 1/2 din cazuri constituie începutul bolii.

Pot surveni următoarele simptome: *vertije* în 50% din cazuri; *turburări de echilibru*; *turburările mișcărilor asociate ale ochilor* (diplopie); *nistagm spontan* în 80% și *turburări de reflectivitate vestibulară* în 50%.

Encefalita epidemică. Turburările vestibulare se pot grupa într'o formă cocleară izolată, o formă vestibulară izolată și o formă asociată cocleo-vestibulară.

Simptomele vestibulare survin cel mai des. Se poate observa nistagmul spontan în 44% a cazurilor (*Fremel*).

Vertijele survin după *Gross* de cele mai multe ori la începutul bolii. După *Pogány*, ele se prezintă mai ales la schimbările de poziție a corpului.

Simptomele cocleare sunt mai neînsemnate, uneori chiar neobservate de bolnav. *Grahe*, *Naef* și *Portmann* au semnalat în unele cazuri văjăituri temporare. Cât despre auz *Grahe*, *Pogány* și *Portmann* semnaleză o scădere a valorii pentru vocea șoptită, mai des o scădere a conductibilității osoase și o coborâre a limitei auditive superioare.

2. Afecțiunile nervoase tumorale.

Acestea pot determina turburări vestibulare, fie prin intermediul hipertensiunii intracraniene, pe care o produc, fără ca nervul acustic să fie direct lezat, fie prin însăși localizarea tumorii în diferitele puncte ale encefalului.

Simptomele în ambele cazuri sunt: vertijul, nistagmul și modificările reflectivității vestibulare. Ele au caractere foarte variabile în legătură cu sediul tumorii.

NEVROZELE.

S'au semnalat o serie de turburări funcționale labirintice în următoarele nevroze:

În *histerie* turburările labirintice se caracterizează prin apariția bruscă a unei surdități uni- sau bilaterale, de cele mai multe ori totală. În general nu există sgomote subiective nici vertij. Surditatea poate coexista cu o hemianestezie sau cu anestezia timpanului și a conductului auditiv.

Asemenea surdități s'au observat în timpul războiului, în urma *histeriilor traumatice*, ce au luat naștere prin traumatisme acustice violente. Ele pot fi cauzate de o hemoragie mai mult sau mai puțin accentuată, alte ori n'au fond anatomic și trec deodată cu sfârșitul războiului.

Pot să survină uneori în *histerie* vertijuri, în împrejurări oarecum dramatice, bizare, de obicei la fete în pubertate.

În *epilepsie* este cunoscută aura auditivă. Alte ori accesul epileptic este precedat sau urmat de surditate tranzitorie.

Se constată apoi vertijuri, cari nu sunt însă de origine

vestibulară, ele nu dau senzația de rotație (ca cele vestibulare), ci numai de alunecare laterală.

În *coree* s'au notat mișcări ale timpanului perfect vizibile prin otoscop, datorite unor convulsii clonice a mușchiului ciocanului, producând în același timp și cracmente perceptibile. *Urbantschitsch* a notat corea mușchilor tubari însoțită de închideri și deschideri intermitente ale trompei și consecutiv sgomote speciale subiective.

În *neurastenie* s'a observat oboseala auzului și tendința la vertij.

PSIHOZELE.

În diferite boli mintale (manie, melancolie, confuziile mintale, demența precoce, paranoia, etc.) survin halucinațiuni auditive, cari nu sunt altceva decât perceperea de sunete fictive. Ele au 3 grade: 1. elementare, nediferențiate (acoasme), 2. halucinații auditive comune: sgomote raportate la obiecte determinate și 3. halucinații auditive verbale: cuvinte articulate (foneme).

Aceste percepțiuni false sunt de origine centrală, fără alterarea urechii. Surditățile însă predispun pe alienați la halucinații auditive.

TURBURĂRILE CARDIO-VASCULARE.

Și acestea afectează urechea internă.

Arterio-scleroza labirintului survine la indivizii mai în vârstă. Are trei forme clinice, cari îi definesc și simptomele: *forma cu hipoacuzie* mai ales pentru sunetele înalte; *forma cu vertij* și *forma mixtă* combinată din acestea două, constituie aproape totalitatea cazurilor. Forma mixtă în care leziunile arteriale sunt mai extinse, expune la hemoragii labirintice cu surditate iremediabilă (boala lui Ménière), sau la leziuni de tromboză (surditate progresivă, crize ușoare de vertij), ori embolie labirintică (sindrom Ménière, însă surditatea se ameliorează după criză).

Hipertensiunea arterială produce amețeli, vâjâituri, vertije.

Cardiopatiile necompensate, hiposistolile, deasemenea în tumorile cervicale și mediastinale, cari împiedecă circu-

lația venoasă cranio-cervicală, produc *congestii pasive* la nivelul labirintului, cu următoarele simptome : sgomote subiective adesea sincrone pulsațiilor arteriale, vertij și surditate.

BOLILE INFECȚIOASE.

Gripa se complică foarte frecvent cu otită medie purulentă, care însă nu ia un caracter homoragic. Mastoidita poate surveni în urma otitei. Labirintitele gripale nu sunt nici ele prea rare.

Rujeola dă foarte frecvent un catar al trompei și al casei, de obicei simplu și numai excepțional purulent. Otitile rujeolice prezintă o benignitate relativă.

Scarlatina dă otită medie intensă, franc purulentă. Se caracterizează prin perforații multiple și polipi multipli.

Mastoiditele sunt frecvente și periculoase. Ele survin împreună cu otita fie în săptămâna a treia, dar pot surveni chiar din prima săptămână. După dl. Prof. Buzoianu asupra mastoiditelor scarlatinoase precoce trebuie intervenit adesea chiar când au aspectul numai al unei reacții mastoidiene, căci se pot complica foarte curând cu meningita.

Scarlatina mai poate afecta urechea internă și să dea surditate și vertij. Surditatea însă poate fi urmarea unei paralizii a mușchilor faringelui și trompei.

Variola. Pavilionul poate prezenta în cursul variolei pustule numeroase. Otila e mai puțin frecventă decât în bolile precedente, ea este franc purulentă, cu pustule în casă, cari după ruptură se transformă în ulcerații. Pot surveni hemoragii în ureche, difuze sau în colecții. Labirintul e hiperemiat, poate da scăderea auzului și vertij.

Febră tifoidă. La nivelul urechii dă fenomene simpatice și inflamatorii.

Fenomenele simpatice sunt surditatea și văjăiturile în urma congestiei cerebrale, pe care o produce ; fenomenele inflamatorii sunt : otita purulentă a casei, după *Jolger* în 6,4%, după *Rhies*, chiar în 20% a cazurilor ; după *Bezold*, *Hoffmann* și alții, complicațiile mastoidiene, labirintice și endocraniene ar fi deasemenea destul de frecvente.

Febra tifoidă poate interesa labirintul și fără afectarea urechii medii.

Specific pentru febra tifoidă este infiltrația cu celule limfatice tipice, pe care o produce la nivelul organelor afectate.

Difteria. După *Urbantschitsch* nu toate otitele medii survenite în cursul difteriei sunt otite difterice, ele pot fi otite banale la difterici. Trebuie considerate ca veritabile otite medii difterice numai acelea, în puroiul cărora se poate evidenția bacilul lui *Klebs-Löffler*.

Meningita cerebro-spinală dă ca complicații auriculare otite medii și labirintite sau pe amândouă simultan. *Otita medie* poate apare în prima săptămână a boalei, e zisă atunci *precoce*, apare însă cel mai des în săptămâna a doua, câteodată înainte survine tardiv. Frecvența ei după datele de anatomie patologică nu rămâne sub 50%. Calea de infecție a casei este de obicei trompa, se poate infecta însă și prin labirint. *Labirintita* poate fi timpanogenă, hematogenă sau cel mai des propagată din vecinătate, la adulți prin conductul auditiv intern, iar la copii prin apeductul melcului, fiind acesta larg deschis la noul născut.

După vindecare, meningita cerebro-spinală lasă adesea surditate, datorită pe lângă leziunile permanente ale urechii, afectării căilor sau centrilor din creier.

Pneumonia catarală. La copii orice inflamație la nivelul aparatului respirator produce foarte frecvent otita medie purulentă.

Patogenia otitei medii în aceste boli infecțioase este după *dl. Prof. Buzoianu*, precum și la febra tifoidă după *A. Peroni*: infecția pe cale tubară și numai excepțional pe cale sanghină.

Oreionul poate da în cursul lui: surditate, văjăituri, vertij, nesiguranță în mers, cu sau fără dureri. Aceste simptome se atribue atât suferinței urechii medii, cât și a labirintului în urma infectării lor cu spirochetul lui *Kermorgant*. Acesta e capabil, ca și treponema sifilisului să dea toată seria leziunilor dela scleroza urechii medii și până la neuro-labirintită, trecând prin leziuni mixte, interesând deodată timpanul, oscioarele și terminațiile nervoase.

Malaria. Pe lângă neuralgii situate în alte părți poate

da și o neuralgie auriculară. Produce apoi alterații trofice la nivelul urechii, în urma cărora survine o formă specială de otită. Aceasta din urmă se caracterizează prin dureri verperale precedate de frison,acompaniate de sudori profuze și de supurația abundentă a urechii. Orice tratament, afară de cel antipaludic, e absolut ineficace în aceste otite. *Guerder* propune acestor otite denumirea de „*febri-neuralgia urechii*”.

Blenoragia. Limbersky semnalează un caz unic de otită medie complicată cu mastoidită în cursul unei blenoragii acute a uretrei. A găsit în puroiul auricular diplococi foarte asemănători cu gonococii. Din acest fapt, precum și din acela, că oto-mastoidita a survenit la apogeul bolii, conchide că era vorba de o oto-mastoidită blenoragică.

Febra de fân se acompaniază mai totdeauna de cartarul trompei, ce se întinde uneori la casă.

Zona auriculară. E datorită localizării unui virus necunoscut pe ganglionul geniculat. Dă *sindromul lui Ramsay Hunt*, caracterizat prin otalgie intensă, paralizie facială și erupție cutanată pe teritoriul Ramsay Hunt în formă de con, cu baza la concă și vârful la timpan. Erupția constă din vezicule mici multiple pe un fond roșu.

BOLILE SÂNGELUI.

Anemia acută, după hemoragiile grave (traumatice, post-partum, gastrice) poate produce o anemie labirintică acută, cu vâjăituri de urechi, vertij și surditate. Aceste simptome sunt asociate simptomelor generale produse de hemoragie: paloarea tegumentelor, puls mic și frecvent, etc. Surditatea e trecătoare, numai excepțional se poate permanentiza.

Anemiile cronice, ca stările clorotice, de subnutriție, convalescența prelungită etc. dau anemia labirintică cronică. Bolnavii acuză șgomote subiective sub formă de vâjăituri, crize de vertij, cari survin uneori la trecerea corpului din poziția orizontală la cea verticală.

Leucemiile, mai ales cele mieloide, pot da fie prin infiltrația leucemică a labirintului, fie prin hemoragii: boala lui Ménière, vâjăituri și surditate. Aceste semne pot apare uni- sau bilateral. Foarte rar o hemoragie în casa timpa-

nului în decursul leucemiei poate reproduce aceste simptome.

Bolile hemoragipare (hemofilia, boale lui Werlhof, scorbutui, etc.) prin hemoragie la nivelul labirintului pot reproduce boala lui Ménière și toată simptomatologia abirintică.

BOLILE DIATEZICE.

Diateza reumatismală este cu cea mai mare probabilitate aceea, care dă naștere otitei medii diatezice prin retracția fibroasă a membranelor și ligamentelor timpanice. Este incriminat deasemenea artrismul, obezitatea, diateza urică, arterio-scleroza, cari survin în a doua jumătate a vieții.

Otita diatezică se manifestă prin : *surditate*, bilaterală, adesea inegală, incompletă dar progresivă, ce se accentuează prin oboseală, griji, emoții; *vâjâituri* aproape constant și cu o tenacitate desperantă, ce poate duce la neurastenie. Obiectiv, timpanul și trompa sunt normale. Acumetria arată o surditate de transmisie, asociată cu una labirintică, deci mixtă. Suferința casei și labirintului poate fi simultană, alte ori prima precedează pe cealaltă.

DERMATOZELE.

Dermatozele ca acnea, ichtioza, elefantiazisul, seboreea uscată sau umedă, molluscum contagiosum, fibromele cutanate, nevii pigmentari, eczema și herpesul se pot localiza pe pielea urechii externe, ca și pe oricare altă parte a tegumentelor.

GLANDELE ENDOCRINE.

Diabetul zaharat este datorit insuficienței de secreție internă a insulelor lui Langerhans. Prin modificarea chimismului întregului organism, ceea ce face ca procesele de apărare celulară și umorală să sufere mult, pe de altă parte prin faptul că toate țesuturile sunt impregnate de zahăr — mediu propice pentru microbi — diabetul zaharat *predispune* la inflamațiuni în diferite organe, ce iau de obicei o alură foarte gravă.

Astfel și la ureche se pot manifesta în diabet inflamațiile tuturor părților urechei: *La urechea externă* pot surveni prurituri, eczeme, furunculi, foarte rebeli la tratament. *La urechea medie* predis pune la supurații. Otitele medii supurate la diabetici se caracterizează prin bruschețea debutului (inconstant), prin tendința la necroză a organelor casei (părți moi și oscioare), prin frecvența osteitei mastoideene și dispoziția de a trece la cronicitate.

Mastoidita diabetică apare sub influența infecțiilor celor mai lejere ale rino-faringelui, are tendința de a invade întregul parenchim mastoidian și vecinătatea osoasă și de a necroza oasele. Semnele de reacțiuni locale și generale sunt reduse, iar complicațiile meningeae și encefalice foarte dese și grave.

Diabetul dă apoi surditate prin *nevrita cocleară atrofică*, adesea bilaterală.

Boala lui Recklinghausen, datorită hiperfuncției glandelor paratiroide, poate da la nivelul conductului auditiv extern sau al casei timpanului exostoze și hiperostoze ca și în alte oase. Acestea pot turbura mai mult sau mai puțin funcția auditivă.

Insuficiența ovariană (menopauza) prin turburările vaso-motorii ce le produce la nivelul labirintului, determină vertijuri și șgomote în urechi.

Glandele endocrine sunt incriminate recent în patogenia otosclerozei, ceea ce ar fi dovedit prin efectul bun uneori al opoterapiei asupra acestei boli. Nu se știe însă, prin lipsă de semne de alterații directe, cărei sau căror glande trebuie atribuit rolul de a produce boala. Se știe că hormonoterapia ipofizară totală dă bune rezultate, deaceea se și crede, că ar avea rolul preponderant.

În rest, glandele endocrine prin rolul ce-l au în determinarea constituției indivizilor, contribuie la definirea terenului, pe care o să evolueze diferitele boli ale urechei. Astfel la indivizii cu deficiențe endocrine (mixedem, diabet, etc.) bolile infecțioase ale urechii vor fi mai frecvente, vor evolua mai grav și vor da mai multe complicațiuni,

INTOXICAȚIUNILE EXOGENE.

Intoxicațiunile cu diferite substanțe produc afecțiuni labirintice ce se manifestă prin văjăituri și vertijuri. Acestea sunt datorite în cea mai mare parte neuro-labirintitei. Substanțele, cu cari se întâmplă mai des intoxicațiunile sunt: chinina, arsenicul și salicilatul de sodiu, în urma întrebuințării lor terapeutice. Deasemenea sunt destul de frecvente intoxicațiile cu alcool, tutun, intoxicațiile alimentare sau cu ciuperci. Mai rar este în cauză: acidul cianhidric, fenic, alcoolul metilic, benzina, cicutina, cocaina, sărurile de cupru.

INTOXICAȚIUNILE ENDOGENE.

Afecțiunile hepatice, gastrice, intestinale și renale, constituind un spin iritativ în organism, producând o dis-tonie neuro-vegetativă și o auto-intoxicație a organismului, sunt capabile să determine turburări vasculare sau neuro-labirintite. În cazul azotemiei renale, aceste fenomene se pot datori și unui edem brightic al nervului auditiv sau unui epanșament sanghin în casă.

După dl. Prof. Buzoianu, intoxicațiile endogene nu produc prin ele înșile labirintită, ci sensibilizează numai un labirint deja lezat în prealabil.

Tuberculoza și urechea

Tuberculoza poate interesa urechea externă și mijlocie. Urechea internă poate fi infectată numai secundar, prin invadarea infecției dela urechea mijlocie.

1. *Tuberculoza urechei externe.* Este în general rară și se prezintă sub formă de *lupus* al pavilionului sau al conductului auditiv extern, Poate da ulcerații profunde până la cartilaj, sau stenoza conductului. *Politzer* a semnalat cazuri excepționale, când infecția s'a propagat dela un *lupus* nasal prin trompă la urechea medie și perforând timpanul a invadat și conductul.

2. *Tuberculoza urechei medii* este forma obișnuită. Poate surveni la tuberculoși pulmonari (forma secundară)

sau la persoane indemne de tuberculoza pulmonară (forma primitivă).

Forma primitivă a urechii medii este rară, deși după unii autori ea e destul de frecventă. Calea de infecție ar fi cea hematogenă dela un focar osos sau ganglionar depărtat.

Forma secundară provine prin infecțiunea pe calea tubară. La tuberculoșii înaintați trompa e mai largă din cauza topirii țesutului adipos submucoș, fapt ce favorizează infecția. Vegetațiile adenoide tuberculoase la copii sunt foarte rare, ele pot însă infecta, când există, urechea medie.

3. *Mastoidita tuberculoasă* este de fapt o osteită provenită dintr'o infecție pe cale sanghină.

4. *Labirintita tuberculoasă* nu este decât o complicație a otitei medii. Ea survine în 33% a cazurilor și e localizată mai ales pe melc. Acest fapt face ca surditatea otitelor tuberculoase să ia frecvent caracterul surdității de recepție.

Alte complicații în cursul otitelor tuberculoase sunt: Paralizia facială, meningita tuberculoasă, ulcerația carotidei sau a golfului jugularei, trombo-flebita sinusurilor.

Tuberculoza în general, supraadăugându-se unei infecțiuni auriculare, are ca efect să o *cronicizeze*, cu tot tratamentul ce se face. Deaceea, în cazuri de otite cari trec la cronicitate fără o cauză evidentă și cu toate că sunt tratate conștiincios, trebuie căutată eventuala infecție bacilară.

Sifilisul și urechea

Sifilisul, ca și tuberculoza, face ca inflamațiile urechii ce se petrec pe un teren sifilitic să treacă la cronicitate, chiar tratate admirabil din punct de vedere otologic. Deaceea, când observăm o otită ce se cronicizează fără motiv, trebuie să cercetăm și sifilisul.

Dealtfel, sifilisul poate interesa direct oricare parte a urechii, având însă o predilecție pentru aparatul neuro-labirintic. Câteodată manifestările auriculare sifilitice pot

apare izolat în cursul unui sifilis latent și să atragă astfel atenția asupra bolii fundamentale.

Urechea poate fi interesată în decursul sifilisului câștigat sau al celui ereditar.

SIFILISUL CÂȘTIGAT.

Sifilisul primar poate surveni foarte rar la nivelul urechii externe prin mușcătură, sărut, etc. Fiind localizat pe cap, șancrul urechii externe este urmat de un sifilis sever.

Sifilisul secundar poate afecta oricare parte a urechii-

1. *Urechea externă* poate prezenta toată seria manifestărilor cutanate ale sifilisului secundar (macule, papule, cruste, etc.).

2. *Urechea mijlocie*. Trompa lui Eustache poate avea plăci mucoase la nivelul orificiului faringean, ce dau catar tubar. Mai târziu aceste leziuni pot da otite catarale sau purulente. Casa timpanului este de obicei afectată simultan cu labirintul. Turburările labirintice sunt intense, până când timpanul arată foarte puțin. Mastoida este uneori afectată, chiar fără alterația casei. Apar fenomene mastoidiene inflamatorii cu dureri violente, iar radiografia ne arată îngroșări ale periostului.

3. *Urechea internă*. Sifilisul dă neuro-labirintita secundară. După cum interesează aparatul coclear, vestibular sau pe amândouă, deosebim trei forme :

a) *Forma cocleară*. produce o surditate, ce se instalează și progresează rapid. Este o surditate de percepție cu văjăituri intense.

b) *Forma vestibulară* prezintă sindromul clasic : turburări de echilibru, vertij, nistagm către partea sănătoasă sau mai puțin afectată. Probele de excitabilitate vestibulară arată o disociație caracteristică afecțiunii.

c) *Forma asociată*, cu ambele feluri de simptome, dintre cari cele cocleare survin mai frecvent și sunt predominente.

Sifilisul terțiar.

Pe urechea externă dă rar gome sau infiltrate difuze.

Pe urechea mijlocie : trompa poate prezenta gome,

stenoze, urmate de otite. Casa timpanului prezintă otită medie supurată. Mastoida poate avea mastoidite primitive foarte rar. Orice tumefacție mastoidiană primitivă, fără leziunea timpanului și audicienii necesită căutarea sifilisului.

Pe urechea internă se manifestă sub formă de neuro-labirintite ca la forma secundară, prezentând aceleași trei forme. Disociația de excitabilitate labirintică există de asemenea.

Sifilisul cuaternar. Considerăm aici afecțiunile auriculare survenite în cursul sifilisului nervos.

La urechea externă survin foarte rar ulceratii, turburări trofice cu denudare osoasă, în tabes; othematom în paralizia generală.

La urechea mijlocie tabesul poate da o otită trofoneurotică, cu surditate de transmisiune fără vertij și vâjâituri.

La urechea internă tot tabesul dă neuro-labirintită, mai ales în perioada preatactică. Survine în mai mult de $\frac{1}{2}$ a cazurilor, afectează labirintul anterior (surditate), ceea ce ne face atent asupra tabesului.

SIFILISUL EREDITAR.

Se manifestă la ureche ca sifilis ereditar precoce și sifilis ereditar tardiv.

Sifilisul ereditar precoce. Pe urechea externă și mijlocie produce turburări distrofice, opriri în dezvoltare. Pe urechea internă dă neuro-labirintita ereditară precocă. Neuro-labirintita poate surveni deja în viața intrauterină sau până la vârsta de 5 ani.

Sifilisul ereditar tardiv. Survine între 8—16 ani, maximum până la 30 ani. Dă o neuro-labirintită cu interesarea mai ales a labirintului, iar nu a nervului. Labirintita sifilisului ereditar tardiv face parte din *triada lui Hutchinson*, pe lângă malformațiile dentare și cheratita parenchimatoasă. Se manifestă prin sindromul coclear și vestibular, cari aici prezintă particularități caracteristice.

Tumorile și urechea.

Se cunosc tumori benigne și maligne. Tumorile în general formează un important capitol al patologiei generale și deaceia le amintim aici în legătură cu urechea. Pe noi însă ne interesează în raport cu subiectul tezei mai ales cele maligne, ele fiind capabile de a veni sau de a se propaga la distanță.

La urechea externă pot surveni cele mai variate tumori. Dintre cele benigne amintim: Papilomele, fibromele, condromele, angiomele, fibromixomele, chistele sebacee și chistele dermoide. Acestea sunt așezate mai ales pe pavilion și mai rar în conduct. Tumorile maligne ale urechii externe sunt: epitelioamele (mai frecvente) și sarcomele (mai rare). *Epiteliomele* apar la bătrâni, atinge mai des pavilionul și se prezintă ca orice cancer tegumentar. Dă metastaze ganglionare periauriculare și submaxilare. *Sarcomul*, dimpotrivă survine la tineri, e localizat mai ales la nivelul lobulului urechii. Nu dă metastaze ganglionare.

Tumorile urechii medii. Cele benigne sunt excepționale, afară de colesteatomul primitiv, destul de frecvent. Dar și acesta e benign numai în înțelesul isto-patologic al cuvântului, din punct de vedere clinic este malign, fiindcă se complică cu infecție secundară și produce complicațiuni grave de vecinătate.

Tumorile maligne pot fi primitive, când provin din proliferarea mucoasei casei sau secundare, când se propagă dela un neoplasm al bazei craniului, al rino-faringelui sau al maxilarului superior, sau excepțional prin metastazare dela un organ îndepărtat,

Tumorile maligne cele mai frecvente sunt: epitelioamul urechii medii și sarcomul stâncii.

Foarte rar tumorile maligne ale urechii pot da metastaze în diferite organe îndepărtate.

Cazuri clinice

Obs. 1. — Mastoidită reîncălzită, colesteatom, absces extradural cu pachimeningită. (No. condiceii 41/1938.)

T. A. de 25 ani, greco-catolic, de profesiune agricultor, necăsătorit, domiciliat în comuna Romuli, jud. Năsăud. Intrat la 5. Ian. 1938.

Antecedentele erodo-colaterale sunt fără importanță. Antecedentele personale: la vârsta de 15 ani a avut febră tifoidă, înainte de intrare în clinică cu 1 an a suferit de blenoragie. Are scurgeri din urechea stângă încă din copilărie.

Boala actuală datează de 3 săptămâni, debutând brusc, cu dureri la nivelul urechii stângi și a regiunii cervicale învecinate. A consultat un medic, cari i-a prescris niște medicamente, după cari însă nu se simți mai bine, iar durerile i se acentuiau din ce în ce. Astfel se prezintă la Clinica ORL. din Cluj în ziua de 5. Ian. 1938.

La examenul general se constată o stare generală alterată, temperatura 38.5°, pulsul 120. Acuză o cefalee pronunțată, grețuri, vărsături.

Oftalmoscopic nu prezintă nicio inflamație sau stază la fundul ochiului.

La examenul obiectiv al urechii stângi se constată pavilionul normal, în conductul auditiv plăci de colesteatom, ce provin din urechea medie prin timpan, care prezintă la partea antero-inferioară o perforație. Prin această perforație se scurge și o secreție sero-purulentă fetidă.

Regiunea mastoidiană stângă e tumefiată, roșie și dureroasă.

Nasul, sinusurile perinasale, faringele și laringele nu prezintă nimic anormal.

Se pune diagnosticul de mastoidită reincălzită, coles-teatom, abces axtradural cu pachimeningită.

Se indică intervenția operatoare, care se execută în aceeași zi de D-l Prof. Buzoianu.

După anestezia generală cu eter, se abordează antrul prin pătratul clasic și se trece la evidarea petro-mastoidiană ridicându-se întreg peretele antral. Se descoperă după aceea larg sinusul lateral, precum și dura mater cerebrală și cerebeloasă. Din dura mater deschisă se scurge o cantitate considerabilă de puroiu. Se curăță plaga, se așează un dren și se pansează.

Ca tratament postoperator primește zilnic timp de 5 zile injecții de transpulmină pentru a preveni accidentele pulmonare, apoi alternativ proseptină 5 cc., urotropină 10 cc., prontosil 5 cc., timp de 2 săptămâni, în care timp starea generală se îmbunătățește, local plaga înmugurește frumos și bolnavul părăsește clinica declarat vindecat.

Obs. II. — 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 la 2. Noem. 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 vâjâituri în urechea dreaptă. Se instalase de atunci o surditate progresivă în urechea dreaptă, care ajunge până la stadiul de cofoză. În urechea stângă bolnavul acuză o durere, simțul auzului fiind intact. Din cauza surdității din urechea dreaptă, bolnavul simțea o senzație desagrabilă, care-l făcea incapabil de lucru.

Starea generală nu e alterată.

La examenul obiectiv al urechilor, pavilioanele sunt

normale, conductele libere. Timpanul drept e infundat și roșu, timpanul stâng prezintă o perforație antero-inferioară.

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

La rinoscopia anterioară se constată o deviație mare de sept cu creastă la stânga, hipertrofia cornetelor mijlocii, 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 sare 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 2½ luni, afirmă că i s'a ameliorat anzul considerabil în acest timp.

Obs. III. — Scarlatină gravă complicată cu oto-mastoidită bilaterală. (Cazul D-lor Prof. Buzoianu, Dr. Gârbea și Dr. Teodorescu, publicat în rev. »Spitalul« No. 4, 1938).

V. V. fetiță de 8 ani, religia rom. cat., domiciliată în Baia-Mare. Este adusă dela serviciul de boli contagioase a Clinicei Medicale în ziua de 2 Ian. 1938.

Antecedentele eredo-colaterale sunt fără importanță cu privire la boala actuală,

Antecedentele personale: este în săptămâna a 3-a a unei scarlatine grave.

Boala otologică actuală datează de câteva zile, începând cu dureri violente în ambele urechi și regiuni mastoidiene, mai accentuate la dreapta.

Starea generală a bolnavei e foarte gravă, cu toxi-infecțiune profundă, temperatură de 40°, puls 140.

La examenul urechilor se constată: la stânga pavilionul și conductul libere, timpanul e roșu și înfundat; la dreapta pavilionul e liber, prin conduct se scurge o secreție sero-purulentă fetidă, ce ese din urechea medie printr'o perforație spontană a timpanului.

Regiunile mastoidiene de ambele părți sunt umflate și dureroase.

Nasul și cavitățile perinasale sunt normale.

Faringele prezintă o colorație roșie intensă și o angină ulcero-necrotică.

Se pune diagnosticul de scarlatină gravă complicată de oto-mastoidită bilaterală.

Ca tratament se face imediat o timpanotomie largă la stânga și lărgirea perforației spontane în dreapta.

În după masa acelei zile febra menținându-se la 40°, cu stare generală foarte alterată, se face o trepanație mastoidiană bilaterală din partea Dlui Prof. Buzoianu, ajutat de Dr. Gârbea.

Se face anestezia generală cu eter, cu multă prudență, ceea ce are mare importanță în aceste cazuri cu intoxicație profundă, cari după câteva inhalații de eter suportă intervențiunea fără nicio reacție dureroasă.

Se deschid ambele mastoide prin îndepărtarea tablelor externe, iar în plaga astfel creată apare sub tenziune o secreție sero-purulentă extrem de fetidă, din cauza necrozei țesutului osos, mai ales la dreapta.

La chiuretajul ambelor mastoide se detașează sechestre mari osoase necrozate, lăsând în dreapta mai ales o cavitate mare osoasă.

Se drenează plaga și se pansează.

Ca tratament postoperator, se schimbă pansamentele zilnic. Bolnava e supusă la o chimioterapie energetică cu prontosil în injecții și per os, precum și la seroterapie cu doze mari de ser de convalescent.

Starea generală se ameliorează timp de 3 zile după intervenție, când fetița intră din nou într'o stare de torpoare, temperatura se ridică din nou și din ambele plăgi

mastoidiene se elimină la pansamente sechestre și puroiu foarte fetid în cantitate mare, așa că prognosticul devine foarte grav.

În această stare disperată, la sfatul Dlui Prof. Buzoianu i se fac pansamente de 2 ori la zi, pentru ca puroiul să nu stagneze în plagă. După o săptămână de pansamente executate dimineața și seara, însoțite de chimioterapie și seroterapie energetică, precum și desinfecția riguroasă naso-faringeană, bolnava începe să revină, temperatura scade treptat, plăgile din atone ce erau, încep să înmugurească și plaga din stânga se închide în 7 săptămâni, iar în dreapta în 10 săptămâni.

Obs. IV. — Oto-mastoidită bilaterală după rujeolă. (Cazul D-lor Prof. Buzoianu, Dr. Gârbea și Dr. Teodorescu, publicat în rev. »Spitalul« No, 4/1938).

C. E. în vârstă de 11 ani, greco-catolic, domiciliat în Câmpulung, Bucovina. Intrat la 7 Febr. 1938.

Antecedentele eredo-colaterale fără importanță.

În antecedentele personale, tuse convulsivă la 7 ani. Cu 2 săptămâni înainte de a se prezenta la Clinica ORL din Cluj, bolnavul a suferit de pojar. După dispariția erupției și febrei, copilul acuză dureri în ambele urechi, temperatura se ridică brusc la 39°.

La examenul auricular se constată o durere vie pe ambele mastoide, timpanul drept roșu bombat, cel stâng perforat spontan.

Nasul, cavitățile perinasele, faringele și laringele nu prezintă nimic patologic.

Se pune diagnosticul de otită medie bilaterală după rujeolă.

În urma unui răusch cu Kelen i se face timpanotomie largă bilaterală, după care febra scade în prima zi până la 37°, fără ca durerile la presiune pe mastoidă să diminueze. La a 3-a zi febra se ridică brusc la 40° cu dureri accentuate spontane, și provocate la ambele mastoide. D-l Prof. Buzoianu constatând că este vorba de o mastoidită bilaterală se decide să facă o antro-celulotomie de ambele părți, când se dă peste o congestie puternică a ambelor mastoide și puroiu în cantitate mare spre vârful mastoidei.

După 2 zile copilul devine afebril, și merge spre vindecare, făcându-i se pansamente zilnice.

Obs. V. — Neuro-labirintită eredosifilitică tardivă bilaterală. (Cazul D-lor Prof. Buzoianu și Dr. Csillag).

H. V. băiat de 12 ani, greco-catolic, domiciliat în Craiul Mare, jud. Turda. Prezentat la Clinica ORL din Cluj în ziua de 3. Maiu 1938.

Antecedente eredo-colaterale : Tatăl său a fost tratat încă înainte de căsătorie cu niște injecții, pe cari nu le poate preciza. Are frați și surori, dintre cari 2 au scăderea auzului.

Antecedente personale : Neagă boli infecto-contagioase. Până la vârsta de 6 ani a auzit bine, când i-a început să scadă auzul. A fost examinat în altă parte înainte cu 6 luni, unde i s'a găsit reacția Wassermann pozitivă și s'a instituit un tratament antiluetic. A primit o cură de câteva săptămâni, însă azul nu i s'a ameliorat, din care cauză se prezintă la Clinica ORL din Cluj în ziua de 3 Maiu 1938.

La examinare se constată o stare generală bună, urechile obiectiv nu prezintă nimic anormal la pavilioanele, conductele și timpanele de ambele părți.

La examenul funcțional al urechei se constată o surditate totală bilaterală, diapazoanele nu le aude deloc. La proba calorică cu 300 cc. apă de 12°, precum nici la proba rotatorie nu reacționează prin nici măcar o secusă.

Nasul, sinusurile perinasale, faringele și laringele sunt normale.

I se pune diagnosticul de neuro-labirintită eredo-sifilitică tardivă totală bilaterală și i se recomandă continuarea tratamentului antiluetic. După acestea bolnavul a părăsit clinica.

Concluziuni

1. Toate organele din organism sunt în strânsă corelație patologică, ceea ce face necesar ca medicii specialiști să aibă cunoștința de patologiea întregului organism.

2. Patologia auriculară nu poate fi despărțită de influențele patologiei generale, după cum aceasta din urmă poate fi uneori influențată de unele boli ale urechii.

3. Unele afecțiuni generale pot da determinări patologice la nivelul urechii, interesând organul în întregime, sau mai adesea, porțiuni ale aparatului otic (spre ex.: eczema conductului poate fi întreținută de un diabet latent, otita supurată medie poate fi întreținută de un sifilis ignorat, o labirintită însoțită de sgomote subiective sau vertij poate fi produsă de o hipertensiune arterială, ș. a. m. d.).

4. Pe de altă parte, afecțiunile urechii pot produce complicațiuni generale, ce pot fi de ordin infecțios sau neinfecțios.

5. O supurație auriculară e capabilă să se complice de toată seria leziunilor inflamatorii endocraniene, sau cu septicemie, astfel încât se poate muri prin ureche întocmai ca prin inimă sau plămâni.

6. Afecțiunile neinfecțioase ale urechii, cum este o otită catarală sau o labirintită, producând surditate și sgomote subiective, pot aduce bolnavul într'o stare neurastenică, uneori chiar psihotică, scăzându-i prin aceasta valoarea psihică în lupta socială.

7. Studiul corelației urechei cu patologia generală merită atențiunea din punct de vedere funcțional pentru ureche, cât și din considerente de ordin vital pentru organism.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la 17 Maiu 1938,

Decanul facultății:
ss. Prof. Dr. M. Sturza

Președintele tezei:
ss. Prof. Dr. Gh. Buzoianu

1950



Bibliografie.

1. ATHANASIU A: Contribuțiuni la studiul osteitelor vârfului stâncii (Teză Buc. 1930).
2. BLANCHARD A. E. Des troubles oculaires et auriculaires dans la leucémie myéloïde (Teză-Paris 1929).
3. BRUNNER H. Über die Beteiligung des Ohres beim Turmschaedel (Monatschrift für Ohrenheilkunde 1933).
4. BUZOIANU GH. Elemente de otologie (Cluj 1937).
5. BUZOIANU GH. Otita medie supurată acută și cronică în practica medicală. (Clujul medical No. 10/1935).
6. BUZOIANU GH. Neuro-labirintita sifilitică (Clujul-medical No. 8/1934).
7. BUZOIANU—GÂRBEA—TEODORESCU: Mastoidite supurate bilaterale consecutive otitelor searlatinei și rujeolei («Spitalul» No. 4/1938).
8. FAUCHER H. Abscès encéphaliques d'origine otique ou sinusienne (Teză-Bordeaux, 1929).
9. FAVRE F. Faut-il admettre une otospongiose syphilitique? (Teză-Toulouse 1931).
10. GUERDER P. Manuel pratique des maladies de l'oreille (Ed. Oct. Doin Paris 1884).
11. HAUTANT A. Le vertige (Les Annales d'otolaryng. 1933).
12. HELLIN D. și SZWARC A. Relations entre les affections de l'oeil et celles de l'oreille (Edit. Univ. Varsovia 1922).
13. HUDE P. Les suppurations de l'oreille moyenne chez les diabétiques (Teză-Paris 1924).
14. JEGU G. De la Syphilis de l'oreille (Ed. Jacques Lechevalier-Paris 1884).
15. KOLESZÁR L. Gránát robbanással kapcsolatosan a koponyát érő külerőszak által létrejött süketségről és süketnémaságról (Cluj. Ed. Ajtay 1917).

16. KÖNIGSFEST K. Das Krankheitsbild der Osteospathyrose, kombiniert mit blauen Skleren und Schwerhörigkeit (Teză-Berlin 1930).

17. LAURENS G. Précis d'oto-rhino-laryngologie (Ed. Masson & Co. Paris 1931).

18. LIMBERSKY : Un cas de mastoidite aigue comme complication de blennorrhagie (Revue de laryng. otol. rhinologie No. 5/1933).

19. MARGOTTON R. : Contribution à l'étude de la Tuberculose de l'oreille (Teză — Lyon 1932).

20. NATHANSON G. : Les complications otologiques de la méningite cérébro-spinale épidémique (Acta Oto-laryngologica, Stoeckholm No. 7, fasc. 4, 1932).

21. PAUCKE A. ; Die krankhafte Störungen am Cochlear — und Vestibular — apparat in chronischen Stadium der Encephalitis epidemica (Teză. Urach 1933).

22. PELLET CH. : Le probleme du vertige digestif (Teză. Paris 1931).

23. PERONI A. : Otite typhique chronique avec abces cérébral et méningite (Revue de laryngologie, otologie, rhinologie No. 6. (1933).

24. POPESCU L. : Otita medie latentă și rolul ei în turburările de digestie și nutriție la sugari (Teză. Buc. 1934).

25. PROBY H. : Les complications auriculaires des oreillons (Journ. de méd. de Lyon, Juillet 1931).

26. RADU I. : Considerațiuni asupra trombo-flebitei sinusului lateral (Clujul Med. No, 7, 1935).

27. RÉGIS E. : Précis de Psychiatrie (Ed. Oct. Doin & Fils. Paris 1914).

28. SOBEL PH. : Cancer de l'oreille (Teză. Paris, 1933).

29. URBANTSCHITSCH E. : Mittelohrdiphtherie und diphtherische Mittelohrentzündung (Monatschr. für Ohrenheilk. No. 7, 1933).

30. WILBERT P. Contribution a l'étude des vertiges tartifs dans les accidents du travail comp. un traum. crânien.