

Dpl.

Nr. 1358.

# INDICAȚIA PUNCTIEI SINUSULUI LATERAL



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE ..... 1939.

DE  
LEMENI EUGEN

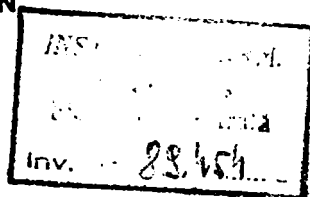
Nr. 1358.

# INDICAȚIA PUNCTIEI SINUSULUI LATERAL



DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE ..... 1939.

DE  
LEMEI EUGEN



# UNIVERSITATEA REGELE F. I. DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINĂ

**Decan: Domnul Prof. Dr. I. Drăgoiu.**

## Profesori:

Clinica stomatologică . . . . .	DI. Prof. Dr.	Aleman I.
Microbiologie . . . . .	" "	Baroni V.
Fiziologia umană . . . . .	" "	Benetato G.
Istoria medicinei . . . . .	" "	Bologa V.
Patologia generală și experimentală	" "	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică . .	" "	Buzoianu G.
Istologia și embriologia umană .	" "	Drăgoi I.
Semiologie medicală . . . . .	" "	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu Cr.
Clinica medicală . . . . .	" "	Hațieganu I.
Medicina legală . . . . .	" "	Kernbach M.
Chimia biologică . . . . .	" "	Manta I.
Clinica oftalmologică	" "	Michail D.
" neurologică . . . . .	" "	Minea I.
Igienă și igienă socială	" "	Moldovan I.
Radiologie medicală	" "	Agr. M. Zolog
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Negru D.
Clinica chirurgicală	" "	Papilian V.
Medicina operatoare	" "	Pop A.
Clinica infantilă . . . . .	" "	Popoviciu Gh.
Farmacologia și farmacognozia Supl.	" "	Popoviciu Gh.
Biologia generală . . . . .	" "	Racovița E.
Clinica Medicală . . . . .	" "	Secăreanu Șt.
Balneologie . . . . .	" "	Sturza M.
Clinica dermato-venerică . . . . .	" "	Tătaru C.
" urologică . . . . .	" "	Țeposu E.
Clinica psihiatrică . . . . .	" "	Urechia C.
Anatomia patologică . . . . .	" "	Vasilii T.
Fizica medicală . . . . .	" "	Conf. Bărbulescu N.

## JURIUL DE PROMOTIE:

Președinte: DI Prof. Dr. Gh Buzoianu

Membrii: { DI. Prof. Dr. I. Goia  
" " " M Sturza  
" " " V. Papilian  
" " " A. Pop

Supleant DI. Doc. Dr. Gavrila

**PĂRINȚILOR MEI,**

**dragoste, recunoștință și do-  
rința mea pentru mângăiere.**

**D-lor Prof. Dr. BUZOIANU și Dr. GOIA,**

**recunoștință pentru salvarea  
vieții mele.**



**FRATELUI MEU,**

**mulțumiri pentru toate sacri-  
ficiile făcute.**

**SURORILOR MELE,**

**dragoste frățască.**

**Juriului de promovare omagii  
respectuoase.**



## INTRODUCERE.

Tromboflebita sinusului lateral este o afecțiune extrem de gravă și o complicație frecventă după afecțiunile urechii mijlocii, fie acute dar mai ales cronice. Nu sunt atât de pesimiști în pronunțarea prognosticului ei cum era pe vremuri când se aștepta aproape în totdeauna un desnodământ fatal. — Astăzi, grație abilității și științei multor savanți specialiști nu ne vedem dezarmați în această tragedie. — Noile metode chirurgicale ne permit să pătrudem în sinus și să extragem trombusul sau puroiul din lumenul său, salvând astfel multe vieți dela o moarte sigură. Tratatul medical antisepticemic, energic aplicat are partea lui importantă în vindecarea acestei afecțiuni.

Nici odată însă, nu vom putea ști, după aspectul general al bolnavului și nici chiar după aspectul special al sinusului, care va fi conduita noastră în rezolvarea acestei probleme dificile.

Puncția sinusului ne va indica atitudinea ce avem să o luăm în diversele împrejurări. — Iată importanta mare a puncției sinusului lateral în aceste septicemii de origină auriculară — Din motivele arătate mai sus vedem strânsa legătură între tromboflebita sinusului și puncția sa și imposibilitatea de a trata puncția sinusului fără a avea cunoștință despre tromboflebita lui

Înainte de-a studia problema respectivă, aduc pe această cale, mari mulțumiri D-lui Prof. Iuliu Hațieganu, pentru tot interesul și dragostea ce-o avut-o față de mine cât timp am stat bolrav în clinica Domniei Sale.

Sunt obligat a aduce cele mai sincere mulțumiri D-lui Prof. Buzoianu, salvatorul vieții mele. Căzut și eu pradă acestei afecțiuni și fiind un candidat sigur al morții mi-am recăpătat iarăși sănătatea, mulțumită științei, curajului și străduinței Domniei Sale.

Mulțumesc D-lui Prof. Goța, care deasemenea a contribuit în măsură foarte mare pentru salvarea vieții mele. Datorită Domniei Sale, am fost trecut la Clinica Medicală unde primind cele mai excepționale îngrijiri, am suportat cu bine toate complicațiile pulmonare ce s'au ivit în urma septicemiei auriculare.

Nu pot să sfârșesc fără a aduce mulțumiri D lor asistenți: Andrei Teodorescu, Secărea, Moga, Cotul, Gârbea, doctorilor Cip-lea, Petișa, externilor Duță și Trifon pentru toate grijea și afec-țiunea ce au manifestat-o față de mine, tot timpul cât am stat sub tratamentul Domniei lor.

Acest accident grav al vieții mele m'a hotărât să dezvolt ca subiect al lucrării mele inaugurale problema puncției sinusului la-teral care constituie un element important în diagnosticul trombozei acestui colector venos.



## Partea I.

**Anatomia sinusului lateral.** Este cel mai mare sinus dintre sinusurile craniului, întinzându-se dela protuberanța occipitală până la gaura ruptă posterioară, unde se varsă în golful venei jugulare. La nivelul mastoidei corespunde porțiunii postero inferioare, sub corticala internă.

Are două porțiuni: a) Porțiunea orizontală sau transversă, cu o lungime de 6—7½ cm. și un diametru de 10—15 mm. Ea este situată în gutiera laterală a occipitalului, dealungul marginii comune a cortului creierului. Ajuns la baza stânței își în schimbă direcția formând un cot, mergând în jos, înainte înăuntru, pătrunzând în grosimea durei-mater parietar. b) Porțiunea verticală sau sinusul sigmoid se întinde dela baza stânței la gaura ruptă posterioară, fiind situată în șanțul petro-mastoidian a temporalului, venind în raport cu anfractuozitățile feței postero-superioare a stânței.

Această porțiune are raporturi importante cu facialul și cu antrul. Raporturile depind foarte mult de constituția individuală a mastoidei. Când mastoida este pneumatică jghiabul petro-mastoidian unde e situat sinusul este împins înapoi. În mastoida scleroasă gutiera este proccidentă, de aici predispoziția sinusului pentru infecți.

Afluenții sinusului lateral: Torcularul, este format din confluența alor șase sinusuri: Sinusul longitudinal superior, sinusul drept, cele două sinusuri laterale și cele două sinusuri occipitate posterioare. 2) În porțiunea orizontală sinusurile laterale primesc: venele cerebrale inferioare, venele cerebrale posterioare și venele diploice. 3) La nivelul otului: sinusul petros superior care comunică cu sinusul cavernos prin extremitatea sa internă. 4) În porțiunea verticală: vena emisară mastoidiană, care face legătura cu sistemul venos extra-cranian.

Datele anatomice sunt foarte importante căci ne explică mersul acestei afecțiuni. Într'adevăr raportul, intim între sinus și mastoidă arată ușurința propagării infecției dela mastoidă la sinus, iar raportul intim cu dura-mater și substanța encefalică explică complicațiile grave ce se pot produce (meningită, abces cerebral etc.)



**Etiologie.** Tromboflebita sinuso-jugulară este aproape exclusiv determinată de afecțiunii oto-mastoidiene acute și mai ales cronice. Rareori poate fi cauzată de afecțiunile nazale, buco-faringo-laringiene. 1) Afecțiunile oto-mastoidiene cronice simple sau cu coalescență produc mai frecvent tromboflebita (G. Laurens, Gaillard), în special în cursul unei reîncălziri cauzate de o infecție intercurrentă care exaltează virulența microbiană. Uneori numai afecțiunea otomastoidiană cronică latentă, este de ajuns pentru a produce afectarea sinusului, prin propagarea infecției la sinusul denudat.

2) Afecțiunile oro-mastoidiene acute survenite după diferite infecții acute și în special după gripă, încă dau deseori infecția sinusului. Cei care caracterizează aceste sinusite este imposibilitatea de a preciza momentul prinderii sinusului. Uneori se produce la începutul otitei, alteori cu mult mai tardiv.

3) Rănirea sinusului în cursul unei antro-celulotomie maxime și în special când aceasta rănire se face la începutul afecțiunii, adică înainte de-a se face o prealabilă vaccinare generală și locală a bolnavului. Astfel de cazuri au fost publicate de mulți autori: Gaillard și Ramadier publică trei cazuri; Berloin un caz.

4) Excepțional s'au notat tromboflebite după simpla denudare a sinusului. În acest caz drenajul consecutiv trepanării mastoidiene fiind defectuos, se va produce o retenție și de aici infecția.

Descoperirea agentului patogen este mai mult de importanță practică decât teoretică, fiindcă ne ajută la prepararea vaccinului, serului și immuno-transfuziei, arme excepțional de prețioase în tratamentul general al acestei afecțiuni. Dintre agenții patogeni mai frecvent întâlniți sunt: Streptococul hemolitic, microb obișnuit al cavității faringiene, pneumococcus mucosus. Aceștia doi se găsesc mai ales în afecțiunile acute. În cele cronice găsim în mod obișnuit asocieri de streptococi cu anaerobi. Se găsește rareori enterococul (Citelli din Catania) stafilococul și chiar bacilul coli (Aubriot, Grimaud), excepțional de rar proteus (Grivot Caussé, Hilaire) și pseudo-difteric (Collet.)

**Petogenie.** Tromboflebita sinusului lateral se produce mai frecvent prin două căi:

1. Prin contiguitate sau contact direct, când infecția pleacă din urechea medie la mastoidă, iar de aici la sinus, producând mai întâi o perisinusită, apoi o flebită parietală și la urmă o tromboză completă.

2. Prin continuitate, sau calea venoasă. Micile vase care fac legătura între diversele componente ale aparatului auditiv și canalul venos sinuso-jugu'ar, fac posibilă infecția fără o prealabilă destrucție osoasă.

În privința trombozei venei jugulare, modalitățile sunt deosemeni duble: 1. Calea directă din mastoidă sau din casa timpanului prin osteita celulelor situate în părțile inferioare al recesului hipotimpanic, mai ales când există o dehiscență în planșeul osos al acestei cavități. 2. Calea venoasă e excepțională.

Pe lângă aceste moduri de propagare există unele cazuri mai rare când infecția se propagă în timpul unei timpanotomii brutale executată. În aceste cazuri vârful timpanotomului este îndreptat în mod greșit prea posterior și inferior putând leza golful. Le Mée admite o cale de propagare limfatică mai ales la copii, greu de explicat, fiind atât mastoida cât și casa timpanului lipsite de vase limfatice.

În privința patogeniei septicemiilor fără tromboză, părerile au fost diferite și insuficient singuratică de a explica formarea acestor septicemii. S'au emis teorii multiple dintre care amintesc câteva: a) Teoria lui Leuter, ce caută să explice septicemia prin leziuni microscopice de flebită parietală. b) Teoria osteo-flebitei a lui Kroner și Jansen. Există mici trombusuri în venulele intramastoidiene. c) Teoria lui Brieger, Lannois, Gaillard. Pentru ei infecția trece direct în sânge. d) Teoria lui Torrini susține tromboza capilarelor.

Ori care ar fi modul de propagare a infecției la sinus prima dată se va forma un trombus parietal „Wandtrombul lui Neuman” și numai la urmă va fi obstruant. El este la început aseptice fiind considerat ca un proces de apărare, evoluând fără septicemie, va deveni apoi septic evoluând fie ca un trombus fibros neo-organizat, fie ca un trombus ramolit prin supurație, izvor de plecare al numeroaselor embolii. De sigur că modul de producere al tromboflebitelor sinusului depinde foarte mult de virulența infecției, rezistența organismului și constituția specifică a individului.

**Considerațiuni-Anatomo-Patologice.** Anatomo-patologic descriem: Leziuni proprii sinusului, leziuni de vecinătate și leziuni la distanță.

1) Leziuni proprii sinusului: a) Periflebita. Este cea mai simplă alterare al părțelii venos, fiind considerată ca primul stadiu către tromboflebită. Sinusul își pierde culoarea sa normală albăstruie, prinzând o culoare gălbuie „ca frunza veștedă”. Este

flebita interstițială parietală. Uneori păriletele sinusului este fongos, aeoperit de granulații sesile și îngroșate. Vorbim de periflebita fongoasă. In cazuri mai grave sinusul descoperit vine în contact direct cu puroiul mostoidian. Este vorba de un abces peri — sinusian. — b) Endoflebita : I Neobliterantă. Trombusul nu este format, ci în iminență de a se forma. Formă relativ des întâlnită în septimemiile otice fără tromboză (Prof. Buzoianu. Elemente de Otologie pag. 279). Cu tot aspectul aparent sănătos pe care-l prezintă sinusul, fenomenele septicemice și alterarea stării generale trădează infecția. II) Obliterantă. Chiagul sanghin s'a format, obstruând complet sinusul. Acest chiag se poate întinde la întreg sinusul și chiar la sinusurile învecinate. Este de colorație roșie cum e coacăza, fiind aderent de păriletele venos în porțiunea unde s'a format primitiv.

Trombusul poate : să se organizeze, transformând sinusul lateral, într'un cordon fibros. Formă fericită dar rară, descrisă de Sèbileau, Chatellier, Baldenweck — B) Să supureze. Puroiul poate să perforce păriletele vascular în afară către mastoidă sau înzuntu spre encefaldând o meningită sau un abces cerebral. Este formă periculoasă, având un prognostic aproape întotdeauna fatal, fie prin starea septică pe care o produce, fie prin complicațiile sale.

Există unele forme rare cari nu pot fi încadrate mai sus. Astfel: Fonvielle publică în „Archives intern d'O. R. L. Nr. 3/1929“ o flebită emoragică ulcerativă. Grivol, Caussè și Hillaire publică în „Anales d'O. R. L. Nr. 8/932“, un caz de flebită sfacelică produsă de asociația dintre spirili și anaerobi.

2. Leziuni de vecinătate. Sunt datorite extinderii trombusului infecțios în sus spre răspântia lui Herophile, în jos spre vena jugulară. In ultimul caz este interesat țesutul celular cervical și ganglionii peri-jugulari. Infecția propagată prin ruptura peretelui venos, produce abcese peri-sinusale, extra-durale, cerebeloase, meningite, meningo-encefalite.

3. Leziuni la distanță. Septicemia auriculară, poate produce metastaze embolice în plămâni, articulații, sinoviale, viscere și țesut celular sub-cutanat.

**Simptomatologia.** Tromboflebita sinusului lateral se prezintă sub aspecte extrem de variabile, mai ales din cauza complicațiilor pe care le poate produce. Vom fi deci nevoiți de a studia forma clasică a tromboflebitei, complicațiile ei precum și formele clinice.

Forma clasică a tromboflebitei ne oferă de studiat: O perioadă inițială și o perioadă de stare.

a) Perioada inițială se manifestă clinic în două moduri; sau printr'un frison puternic, prelungit uneori până la o jumătate de oră, ca în cele mai numeroase cazuri, sau prin frisoane mici des repetate, care își măresc progresiv intensitatea. Starea generală se înrăutățește, bolnavul acuză cefalee, grețuri și chiar vărsături, iar temperatura se ridică pasager la 40—41 grade. Deci, dacă în cursul unei otite supurate acute sau cronice, vor apare frisoane zilnice, iar starea generală se va altera, va fi un semn aproape patognomic pentru infecția sinusului.

b) Perioada de stare. Simptome generale. Frisonul este simptomul predominant caracterizat prin senzația accentuată de frig și de oboseală precum și prin tremurăturile generalizate ale corpului. El este urmat în grabă de o senzație de căldură ce coincide cu o rapidă ridicare de temperatură la 40 grade. Această hipertermie este fugace și în curând o transpirație ne va indica defervescența, când temperatura va scădea repede la 37 grade. A doua zi și în zilele următoare linia de temperatură va avea același aspect. Este forma specială zisă „în lovitură de arcuș“ dându-ne o grafică care la prima vedere ne atrage atenția asupra infecției venoase. Pulsul evoluează paralel cu temperatura, fiind foarte frecvent seara și aproape normal dimineața.

Starea generală se înrăutățește rapid, astfel în două sau trei zile bolnavul ia aspectul unui mare infectat, palid cu limba încărcată, buzele uscate, splina și ficatul ușor mărite, urina concentrată și albuminoasă. Când acuză cefalee, insomnie și prezintă delir, prognosticul este foarte sombru.

Simptomele locale sunt foarte șterse. Semnele obiective pe care le evidențiem aparțin de regulă mastoiditei anterioare. Durerea vie la presiunea marginii posterioare a mastoidei „Le cri de la pyohemie“ a lui G. Laurens, sensibilitatea și tumefacția limitată la punctul de emergență a venei emisare mastoidiene (Grissinger) ar caracteriza întrucâtva tromboflebita sinusului. Când tromboza câștigă vena jugulară internă, bolnavul va avea un ușor torticolis, iar la presiune se poate uneori simți un cordon dur și sensibil format de vena jugulară.

Afară de simptomele generale și locale mai sunt simptome evidențiate prin examenul de laborator: a) Examenul sângelui descoperă o leucocitoză cu polinucleoză cu atât mai accentuată cu cât infecția e mai gravă. În stările excepțional de grave,

n'avem polinucleoză, ci din contră leucopenie. Mai importantă și patognomonică este hipocultură ce trebuie des repetată pe cât posibil în timpul accesului febril. Ea ne evidențiază agentul patogen.

b) Examenul lichidului cefalo-rachidian. De cele mai multe ori lichidul are aspect normal fără elemente patologice, doar simplă-limfocitoză. În schimb tensiunea lui e modificată, curgând în jet și nu picătură cu picătură ca în mod normal. Examenul presiunii lichidului cefalorachidian, prin semnul lui Queckenstedt, semn valorificat de Aubri, pune diagnosticul de trombo-flebită, indicând totodată partea trombozată. Manopera este următoarea: Se face puncția măduvei lombare, se măsoară presiunea lichidului cefalo-rachidian cu manometrul lui Claude. În stare normală presiunea digitală a jugularei produce o ridicare a tensiunii lichidului cefalo-rachidian. În caz de tromboză tensiunea nu suferă modificări.

c) Examenul ocular. Oftalmoscopiarată în 19 cazuri din 21 (statistica lui Schwartz) un grad de stază papilară datorită hipersecreției lichidului cefalo-rachidian produsă prin iritația de vecinătate. Este un simptom important pentru recunoașterea unei complicații intracraniene. Oedemul papilar observat de Wanamacker este datorit obstacolului circulației venoase în craniu.

Este interesant semnul lui Crow din Baltimore: În cazuri normale comprimând ambele jugulare se vor dilata venele retiniene. Comprimând numai o jugulară venele nu se vor dilata. Când de o parte avem tromboză sinuso-jugulară, iar de partea opusă comprimăm jugulara, semnul lui Crow devine pozitiv.

d) Radiografia ne arată leziunile osoase ale mastoidei, situația sinusului, descoperind abcesele peri-sinusiale.

### **Complicațiuni.** Sunt de trei categorii:

1) Prin progresiunea trombozei la toate sinusurile ce comunică cu sinusul lateral și în toate direcțiile: a) Extensiunea către vena jugulară se traduce printr'un torticolis, iar la palparea fină a regiunii carotidiene o împănare difuză sau perceperea unei mase ganglionare. Când tromboza interesează și golful jugularei, se poate manifesta prin sindromul gaurei rupte posterioare a lui Vernet, caracterizat prin iritația sau distrucția celor trei nervi ce trec pe aici (anestezia velo-palato-faringiană, hemiplegia recurențială, disfagie etc.) b) Extensia la sinusul longitudinal superior este rară. Până în 1934 s'au observat 30 de cazuri. Simptomatologia sa este foarte obscură. Un ușor edem al feței, dilatarea venelor frontale, venelor feței și venelor plelei capului („capul de maduză“ a lui

Lermoyez ne atrage atenția asupra suferinței acestui sinus c) Extensia la sinusul cavernos, deasemeni rară dar foarte gravă. După Eagleton 16% din cazurile de tromboză cavernoasă sunt de origine auriculară. După Benjaminis din Viena, acest procent ar fi 40%. Se manifestă prin oedeme palpebrale însoțite de chemozis, de exoftalmie și de o oftalmo-plegie totală. Vindecarea acestei afecțiuni este absolut excepțională. d) In cazuri rare tromboza se întinde la toate sinusurile, Aubriot și Grimaud publică un caz de tromboflebită întinsă la toate sinusurile, agentul patogen fiind coccobacilul (Les Annales d' O. R. L. Nr. 12/1932).

2. Complicațiuni intracraniene. Ele se produc prin configurație „din aproape în aproape“ sau prin continuitate când procesul infecțios se extinde prin venele meningo-encefalice tributare sinusului lateral. Avem: Abscesul subdural peri-sinusian, complicația cea mai benignă. Meningita septică difuză cu lichidul cefalorachidian turbure, plin de leucocite și de microbi. Este aproape în totdeauna fatală. Absces encefalic și în special abscesul creierului, cu linia de temperatură în platou și pulsul rarit. Există cazuri, când aceste abcese sunt absolut mute, netrădându-se prin nici un semn. (Collett. Les Annales d' O. R. L. Nr. 3/933.)

3) Complicațiuni la distanță. Se manifestă prin localizarea de emboli supurate în diferite puncte ale organismului. Mai frecvent întâlnim în pulmon unde pot produce absces pulmonar, infarct pulmonar sau un focar de bronho-pneumonic acută. Emboliile se mai pot localiza în ficat, splină, rinichi, articulații și în special în țesutul celular-subcutanat, dând cele mai kaleidoscopice tablouri clinice. Bertoin a observat tromboza venei cave inferioare (Mihăescu. Clujul medical Nr 11/933.)

**Forme clinice.** 1) După felul evoluției: a) Forma supra-acută cu o stare toxi-infecțioasă, rapidă și gravă. Bolnavul sucombă în câteva zile. b) Forma sub acută și latentă, când tabloul clinic este foarte șters și necaracteristic. Nimic nu ne îndreptățește de a diagnostica tromboflebita sinusului. Descoperirea ei în cursul unei intervenții pe mastoidă sau cu ocazia unei necropsii constituie o surpriză. (Sëbilleau Laurens, Chatellier Ombredanne.)

2) După localizarea trombusului. Există tromboză limitată numai la sinusul lateral, tromboze extinse la golf și vena jugulară așa numitele tromboze sinuso-jugulare. Extinderea trombusului se poate face în sus, interesând torcularul precum și celelalte sinusuri legate de el.

3) După forma anatomică. Aspectul clinic nu ne poate preciza forma anatomică a leziunii venoase, găsită la intervenție. Singură puncția sinusului ne va preciza dacă avem de aface cu o flebită obliterantă, purulentă, sau necrozantă.

4) După simptomatologie. a) Forma meningeală descrisă de G. Laurens și studiată de David Galați se caracterizează prin predominanța semnelor meningiale. Bolnavul prezintă cefalee, fotofobie, vărsături și constipație, redcarea cepei, semnul lui Kerning. Reacția lichidului cefalo-rachidian corespunde unei meningite seroasă aseptice sau puriformă aseptice. Rareori microbii pătrund în lichidul cefalo-rachidian când o adevărată meningită septică se produce. b) Forma tifoïdă, cu temperatura în platou, limba încărcată, gelatinoasă și tremurătoare, ficatul și splina mărite. Se instalează o stare de prostrație cu cafelee, delir și insomnie. c) Forma pioemică, caracterizată prin abcese în cele mai variate viscere, dar mai ales în plămâni, ficat, splină, articulații și în țesutul celular subcutanat. d) Forma tetanică cu trismus și redcarea feței (Moulonget) e) Forma palustră, când friscanele se repetă zilnic, având caracterul febrei palustre cotidiene. f) Forma fără otită. Fenomenele auriculare sunt fugace, neobservabile, ca după câteva săptămâni sau luni să apară tabloul clinic al trombozei sinusului.

5) După vârstă. Există o particularitate specială în tromboflebita copiilor. În afară de tromboflebita obișnuită, mult mai rară decât la adulți, ba chiar excepțională în primii 5 ani, mai distingem două forme clinice: a) Tromboza primitivă a golfului jugular. A fost descoperită de Leutert și studiată de Neumann. Ne gândim la această afecțiune, când în cursul unei otite survenite la un copil de 5—15 ani, temperatura se menține în platou și după paracenteza practică iar examenul general nu relevă alte infecțiuni. Starea generală se menține tot timpul bună, constatând uneori o bună dispoziție și o euforie caracteristică. Agentul patogen în această formă este streptococul hemolitic. b) Septico-piohemia fără tromboză. Se întâlnește și la adulți, dar mai frecvent la copii. În aceste cazuri, cu tot aspectul de mare infectat, pe care-l prezintă bolnavul, puncția sinusului este pozitivă, extrăgând sânge, deci o lipsă de trombus. Unii autori ca: Lemaître, Leutert, Reverchon, cred în existența unui trombus parietal survenit în urma unei flebite a emiserei mastoide. Kroner și Jansen cred în existența a mici trombusuri în sistemul venos intercelular al apofizei mastoide. Torrini susține tromboza capilarelor. Meșianu crede că nu ar fi decât o formă

de trecere foarte scurtă către tromboflebita sinusului sau a golfului.

**Diagnosticul.** Existența frisoanelor și a temperaturii cu mari oscilații, concomitent cu o stare generală gravă ne va face să suspiciunăm o tromboflebită. Diagnosticul pozitiv îl vom avea numai cu ajutorul rezultatelor de laborator: a) Hemocultura din sângele periferic, dar mai ales din puncția sinusului va da siguranța acestui diagnostic. Ea ne evidențiază și agentul patogen, mai ales când e practică la finea marilor frisoane. b) Puncția lombară și semnul lui Queckenstedt au o mare valoare în enunțarea diagnosticului de tromboză sinusală. Acest semn ne va induce în eroare în cazurile de absențe congenitală a sinusului, sau când sinusul e transformat într'un cordon fibros nepermeabil. Când proba lui Queckenstedt este parțial pozitivă e necesar de a recurge la proba lui Stookey. Această probă constă în a face o compresiune de 15 secunde asupra jugularei notând urcarea presiunii în manometrul lui Claude tot din 5 în 5 secunde. Încetăm compresiunea jugularei și notăm tot la 5 secunde cifra presiunii descrescând. Normal presiunea inițială este atinsă după 25 secunde de la încetarea compresiunii. În tromboza parietală avem o ridicare de presiune la compresiune, dar la decompresiune căderea tensiunii este mai puțin rapidă.

Este necesar să diagnosticăm forma clinică a tromboflebitei făcând totodată un diagnostic diferențial cu afecțiunile asemănătoare. Diagnosticul diferențial va întâmpina greutăți mai ales când otita nu este recunoscută. În aceste cazuri ne vom gândi la diversele infecțiuni generale: erizipel, gripă, febră tifoidă, paludism, meningită, infecții bronho-pulmonare. Examenul constiincios al bolnavului va elimina rând pe rând afecțiunile asemănătoare, rămânând diagnosticul prezumtiv de tromboflebită, precizat cu ajutorul examenului de laborator. Când însă, avem în antecedente suferințe oto-mastodiene, lucrurile se simplifică. În aceste cazuri e necesar de a interveni, iar prin examenul direct al organelor intra mastodiene și prin cercetarea probelor de laborator, diagnosticul se va impune.

În general putem spune că precizarea diagnosticului de tromboflebită se poate face dacă ținem seamă de examenul local, de cel general precum și de rezultatele laboratorului. Important este de a preciza momentul apariției primelor simptome pentru a indica intervenția necesară imediată evitând complicațiile grave care s'ar putea ivi.



**Evoluție și prognostic.** Tromboflebita sinusului lateral lăsată să evolueze la voia întâmplării va avea de cele mai multe ori un prognostic fatal. G. Laurens și J. Collet afirmă, că tromboflebita sinusului ne operațiv are un prognostic absolut fatal. Totuși s'au observat cazuri în cursul intervențiilor pe mastoidă sau la autopsie, că sinusul era transformat într'un cordon fibros, demonstrând vindecarea spontană a trombozei.

Moartea în tromboflebită este datorită sau stării de intoxicație gravă mai ales în formele supra acute, sau complicațiilor și metastazelor viscerale survenite în cursul septicemiei. În materie de prognostic s'au fixat unele date:

a) Sèbileau și Bouchet susțin că apariția metastazelor este de un prognostic favorabil uneori, ele jucând rolul unor abcese de fixație.

b) Arneth și Schilling susțin că apariția multor leucocite tinere este de un prognostic fatal.

c) Celulele bazofile crescând, rezistența organismului scade.

d) Disparația cozinofilelor este de un bun augur.

e) Leucocitoza se mărește paralel cu infecția, arătând că organismul poate să lupte contra infecției. Leucopenia demonstrează diminuarea rezistenței organismului, fiind de-un prognostic sombru.

Mare importanță în pronunțarea prognosticului i-l constituie colectarea abscesului de fixație. Când abscesul nu prinde sau prinde tardiv, prognosticul este nefavorabil.

Velem deci, că în enunțarea prognosticului trebuie să ținem seama de mulți factori, iar conduita pe care vom adapta-o la ivirea unei complicații venoase, va fi intervenția rapidă.

Mortalitatea în tromboflebita sinusului lateral, după statisticile celor mai mulți autori, are un procent de 50%, ceea ce demonstrează seriozitatea afecțiunii.

## Partea II.

**Indicația puncției sinusului lateral.** Odată studiată tromboflebita sinusului, este necesar să precizăm conduita noastră în fața acestei afecțiuni. De sigur nu va fi cea de expectativă prelungită, căci am văzut mersul ei fatal, când e lăsată să evolueze la voia întâmplării.

Conduita pe care o vom adapta-o în cursul unei flebite sinusale, va fi dată de rezultatele puncției sinusului lateral.

Necesitatea practicării puncției sinusului, constituie astăzi o regulă absolută în cazurile dubioase, asupra căreia insistă în special D-l Prof. Buzoianu. Ea trebuie practică în toate cazurile de îndoială când examenul general, local și de laborator nu ne dau siguranța diagnosticului.

Dar și când există o destrucție a tablei interne osoase la nivelul sinusului lateral și aspectul acestuia este modificat se va proceda la puncția lui, — fiindcă există cazuri cari ușor ne duc în eroare. Astfel Grabscheid Eugen în „Revue de la rinologie” No. 9 din Nov. 1933, publică un caz de tromboză compresivă, unde sinusul prezenta o culoare albăstruie sub cot, iar păreșii lui ne reprezentând nici cea mai mică leziune. Puncția sinusului însă, nu extrage nimic, iar incizia lui evidențiază un trombus ce ocupă partea inferioară a sinusului, continuându-se cu un trombus al jugularei.

De asemeni Prof. Buzoianu („Revista Științelor d'O. R. L.” Nr. 3 din 1 Iulie 1938) constată la un bolnav cu un sinus de aspect normal un trombus obliterant enorm ce ocupa întreg sinusul.

Georges (de Hâvre) publică în „Les Annales” d'O. R. L.” Nr. 3—1938 un caz de tromboflebită supurată a sinusului lateral, fără osteita mastoidiană și fără modificări ex'erioare a părelui sinusian.

În alte cazuri, aspectul macroscopic al sinusului trădează flebita fiind de culoare gălbuc (frunză veștedă), dar puncția extrage sânge eliminând diagnosticul de tromboză.

Dacă aspectul macroscopic ne-ar da certitudinea existenței sau neexistenței unui trombus în interiorul sinusului, puncția nu s'ar mai fi înțențiat. Ea nu ar mai fi fost necesară la capitolul trombo-flebitelor. Părerăa lui Mygind (Revue de la rinologie Nr. 1 din Ianuarie 1932) că puncția nu-e necesară de cât în cazurile când suspiciunăm puroi este nejustificată.

În clinica O. R. L. din Cluj, indicația puncționării sinusului lateral este dată de simptomatologia clinică. Indiferent de aspectul macroscopic al părțelului sinusal când acesta este descoperit, indiferent dacă există sau nu pulsațiuni ale durei, atunci când clinic există bănuiala unei trombo-flebite, puncțiunea se execută. Frisonul, transpirațiunile abundente, însoțite de temperatură ridicată ce se menține și după deschiderea celulelor mastoideene, sprijină posibilitatea existenței trombozei și impun puncționarea sinusului lateral.

Este obligatoriu a practica hemocultura în toate cazurile când puncția este pozitivă. Ea ne va descoperi agentul patogen, ce are mare valoare din punct de vedere practic, ajutându-ne la prepararea serurilor și vaccinurilor specifice.

Puncția sinusului este o manoperă absolut înofensivă și fără consecință neplăcută, ea poate fi cel mult inutilă. Frica unor autori (Mygind) de-a răspândi infecția prin puncție, este neîntemeiată, atunci când observăm cu cea mai mare strictețe regulile de asepție.

Infecțarea sinusului în cursul practicării puncției constituie evident o eroare gravă și nejustificată.

Suntem obligați a executa puncția cu cea mai mare finețe, căci prin brutalitatea mișcărilor noastre, putem produce leziuni părțelului sinusal și hemoragii consecutive. Hemoragiile sinusului sunt periculoase, fiindcă pe deoparte acoper plaga stânjenind mersul operator, pe de altă parte sunt un mediu prielnic de propagare a infecției.

Cum vom proceda: în fața unei oto-mastoidite acute, sau cronice reîncălzite intervenția pe mastoidă este necesară și cât mai rapid făcută. Orice temporizare poate fi fatală. „Pericolul temporizărilor există, pericolul intervențiilor precoce este neexistent“ (Prof. Buzoianu în Revista Științelor O. R. L. Nr. 3—1938.), Berger și Hamade scriu: si un doute persiste, mieux vaut opérer que temporiser et attendre des complications qui peuvent être mortelles. (Revue de laringologie, otologie, rinologie. Sept.-Oct. 1937 pag. 863)

Când din anumite motive întârziem cu intervenția pe mastoidă infecția se va propaga de cele mai multe ori la sinus. Bolnavul are înfățișarea unui mare infectat, cuprins de frisoane zilnice însoțite de oscilații mari de temperatură „în lovitură de arcuș“ și cu o stare generală extrem de alterată. Primul gând va fi în spre o tombo-flêbită a sinusului, dar diagnosticul precis și în special diagnosticul formei anatomice îl va da puncția sinusului.

Pentru a proceda la puncție, este necesar ca sinusul să fie descoperit. Descoperirea sinusului se face fie în cursul unei trepanări mastoidiene când denudarea lui o facem noi cu o pensetă fină, ridicând lamelele osoase în acelaș fel ca și cum am ridica cu unghia coaja unui ou, fie în mod patologic, când leziunile mastoidiene sunt direct suprapuse leziunilor sinusului și ridicând secvestrele osoase vom fi conduși la sinus. Vom observa aspectul său macroscopic și în special culoarea sa albastră în mod normal, gălbue „ca frunza veștedă“ în cazuri patologice. Dar nu totdeauna este așa, Sunt cazuri când cu tot aspectul aparent normal al sinusului, există flebită.

Este necesar o denudare largă a sinusului pentru a putea apricia liniile de tranșie între diversele culori. Vom observa de asemeni mișcările pulsatile, cari după unii autori au importanță în diagnostic. Moure susține că sinusul trombozat transmite ușor pulsațiile encefalice. G. Laurens și alții, susțin din contră că sinusul bolnav nu prezintă pulsațiuni.

Vom face o baie cu tinctură de iod sau cu apă oxigenată cavității osoase și vom badijona cu un tampon imbibat cu tinctură de iod părătele venos, Vom aștepta puțin timp ca plaga să se imbibe bine cu antisepticul. Cu o siringă obișnuită golită de aer prin împingerea pistonului în jos, vom pătrunde paralel cu sinusul și nu perpendicular, căci riscăm să străpungem părătele posterior, pătrunzând în spațiul subarahnoidian sau în cerebel. Pe de altă parte nu vom ține acul nici prea tangențial cu părătele venos, căci acesta poate fi infiltrat (trombus parietal) și nu va pătrunde în lumen, ci își va face drum prin părăte. Vom aspira ușor în siringă cu ajutorul pistonului. Rezultatul poate fi diferit:

1. Siringa aspiră sânge. Sunt două eventualități: sau nu este flebită sinusală, sau există flebită fără tromboză sau cu tromboză parietală. In acest caz vom face hemocultura din sângele extras și vom putea găsi agentul patogen, confirmând diagnosticul.
2. Siringa nu extrage nimic, puncția sinusului este albă adică

lipsită de sânge, avem flebita supurată. Formă ce dă frecvent complicațiuni.

Puși în fața unor astfel de eventualități, vom avea desigur atitudini diferite. Astfel în:

I Septicemiile fără tromboză sau cu tromboză parietală vom face: a) O largă descoperire a sinusului, b) Excluzia sinusului. Primul timp, descoperirea sinusului am descris-o, rămâne excluzia lui. Pentru a exclude sinusul este suficient a obstrua lumenul vasului, făcând o tamponare după metoda lui Lannois: Se introduce între sinus și părțile osos după ce un ajutor a decolat mucoasa sinusului de părțile craniului, o cantitate de meșă iodoformată suficientă pentru a obstrua complet sinusul. Plaga se va lăsa deschisă și se vor face pansamente cu soluția Dakin zilnic.

II. Trombo-flebita obliterantă. Puncția sinusului albă, proba lui Queckenstedt negativă. Se pot prezenta două cazuri:

a) Trombo-flebita obliterantă cu hemocultură negativă. Conduita de urmat este la fel ca în cazurile precedente: descoperire, denudare largă și excluzia sinusului. În tot timpul vom fi atenți la starea generală a bolnavului. Dacă după 24 până în 48 ore, fenomenele nu cedează, ba din contră se exagerează, este nevoie de a deschide sinusul.

b) Trombo-flebita obliterantă cu hemocultură pozitivă, starea generală rea suntem nevoiți de la început să deschidem sinusul.

Primi timpuri ai operației de deschidere sinusală sunt făcuți. Acum vom explora din nou sinusul, vom cerceta dacă denudarea este suficientă. În caz contrar vom continua-o în sus sau în jos după extinderea leziunilor. Sinusul trombozat, fiind pus în evidență îl vom inciza și vom extrage chiagul. Inciza sinusului se face unde părțile pare mai bolnav. Linia de incizie va fi paralelă cu axul mare a sinusului, având o lungime de 2—3 cm. Odată pătrunși în lumina lui, fără a avea vre-o hemorgie, vom descoperii un chiag fie în stare de organizare, fie infectat. Cu ajutorul unei chiurete vom debarasa lumina vasului de tot ceea ce conține. Trebuie făcut să sângereze capătul superior. Aceasta este regula absolută. Se introduce chiureta în sinusul lateral deschis, având dosul întors către părțile intern al sinusului. Se va practica un chiuretaj foarte dulce, analog chiuretajului uterin. Când hemoragia apare, chiureta a pătruns în sinusul sănătos. În timpul acestor manevre, se produce uneori o hemoragie abundentă, inundând întreaga plagă. Cu ajutorul unui tampon de meșă iodoformată vom opri ușor he-

moragia. În cazurile grave vom tampona cu mușchiu de porumbel.

Cât privește capătul inferior al sinusului procedeul urmat variază după diferiții autorii. Unii procedează la fel ca și pentru capătul superior, chiuretând trombusul până când apare hemoragia. Alții practică ligatura jugulară deasupra trunchiului tiro-lingo-facial. Această ligatură constituie astăzi o operație de siguranță stăvilând infecția sinusului. Ea constituie primul timp operator, timpul aseptice, în deschiderea sinusului. Linia de incizie se face dealungul marginii anterioare a mușchiului sterno-cleido-mastoidian, având o lungime de 7—8 cm. fiind paralelă cu pachetul vasculo-nervos al gâtului. Se descoperă jugulara, se aplică două ligaturi cu catgut și se secționează între ele. Nu reprezintă nici un inconvenient, circulația sanghină fiind asigurată prin venele colaterale.

Când trombusul interesează jugulara, nu este suficientă ligatura, ci este nevoie de rezecția venei cât mai sus posibil. Linia de incizie va avea acelaș traect ca și pentru ligatură, fiind cu mult mai întinsă, continuând plaga mastoidiană. Plaga cervico-mastoidiană nu se va închide, ci se va pansa zilnic vindecându-se prin secundă intenție.

Extinderea trombusului la golful venei jugulare necesită operații dificile. Procedeul lui Grünert consistă într'o deschidere largă a găurii rupte posterioare prin rezecția apofizei jugulare a temporalului și printr'o drenare largă a golfului venei. Este o operație gravă și periculoasă, putând trimite particule infectate în ramurile venoase colaterale. La noi a fost executată pentru prima dată în clinica oto-rino-laringologică din Cluj, de Prof. Buzoianu în anul 1936.

III. Trombo-flebita supurată. Puncția sinusului extrage puroii semnului lui Queckenstedt pozitiv. Technica de urmat este similară cu cea din tromboza obliterantă, incizând sinusul și drenând puroiul. Insistăm în special asupra tratamentului antisepticemic.

Pe lângă conduita chirurgicală specială impusă de fiecare caz în parte trebuie să dăm o importanță foarte mare tratamentului medical, care trebuie început înainte de-a avea diagnosticul sigur de trombo flebită. Este de două categorii: specific și nespecific.

1. Tratamentul specific implică toate mijloacele ce au de scop distrugerea microbilor fie din circulația generală fie din focarele primitive ale infecției. Pentru aceasta este nevoie de-a cunoaște agentul patogen:

a) Scroterapia. Serul antistreptococic a lui Vincent este cel

măi eficace. Se injectează doze masive de ser (100 cm<sup>3</sup> de două ori la zi) timp de 10—15 zile după încetarea fenomenelor septice. Are inconvenientul că este foarte scump, nefiind la dispoziția oricărui. La noi se întrebunțează cu rezultate bune serul antistreptococic preparat de „Institutul Cantacuzino“ București.

b) Vaccinoterapia anti-streptococică și antistafilococică nu prea dau rezultate.

c) Imunoterapia practică cu autovacin preparat prin sterilizarea microbilor timp de o oră la 60 grade se bucură de mari favoruri. Injecțiile se fac subcutant, începând cu 100—200 milioane microbii și ajungând la cifra de 2—3 miliarde microbi.

d) Transfuzia sanghină. Este o metodă bună în tratamentul septicemiilor de origine auriculară. Domnul Prof. Buzoianu insistă foarte mult asupra acestei metode aplicându-o frecvent și cu succes în clinica oto-rino-laringologică din Cluj. Transfuzia are o triplă acțiune, anti-infecțioasă, hemostatică și anti-tlogistică.

e) Abcesul de fixație iarăși practicat în clinica oto-rino-laringologică din Cluj, constituie un mijloc de luptă contra infecției generalizate. Se injectează 4—5 cm.<sup>3</sup> esență de terebentină în coapsă, iar după ce s'a colectat puroiul, se deschide și se drenează în condițiuni aseptice.

f) Imuno-transfuzia. Acțiunea ei binefăcătoare se datorește pe deoparte transfuziei sanghine, pe de altă parte principiilor imunizante pe care le conține. Se obține prin injectarea cu 6 ore înainte de transfuzie la un dăttor universal un autovaccin provenit de la un bolnav. D-l Prof. Buzoianu recomandă aplicarea acestor două din urmă metode, chiar dela începutul afecțiunii și nu în ultimul moment, când poate fi prea târziu.

g) Proteino-terapia (injecții cu lapte, injecții cu peptonă) au dat oarecari rezultate.

h) Chimio-terapia reprezentată în special prin prontosil, rubezol, piridium, sulfamide nezoice, are mare rol în combaterea infecției fără a fi de o eficacitate maximă. Acelaș lucru îl putem spune despre substanțele colorante ca: tripaflavina 10%, intravenos, violetul degențiană 0.50% de două ori la zi câte 10 cm.<sup>3</sup> intravenos.

2. Tratamentul general constă în a susține organismul prin toate mijloacele posibile. În special se dă o importanță mare organelor principale: Cord, plămâni, rinichi, ficat etc...

## Partea III.

**Fapte clinice.** Pentru justificarea marei gravități a infecțiilor sinusului lateral, redăm câteva cazuri clinice observate în clinica O. R. L. din Cluj.

**Observațiunea I.** Soldatul C. I. de 23 ani. Este internat în spitalul militar din Cluj la 11 Februarie 1937, pentru dureri auri-culare stângi.

Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Examenul obiectiv ne arată o stare generală rea. Debil, anemic, febril.

Examenul o. r. l. evidențiază o ușoară congestie a ambelor amigdale hipertrofiate, rino-faringită-ecută.

Examenul urechii stângi evidențiază puroi în conductul auditiv extern, timpanul perforat în cadranul anteroinferior. Apoiiza mastoidă ușor sensibilă la presiune. I-se practică timpanotomie atrio-aticală, lărgindu-i-se perforația spontană.

În această stare este adus la clinica O. R. L. unde i-se constată în plus, căderea păretelui superior al conductului auditiv extern în treimea sa internă. Starea generală a bolnavului evoluează tot spre gravitate. Temperatura se ridică la 38 grade.

I-se practică de urgență o antro-celulotomie maximă în 4 Martie 1937 de către Prof. Buzoianu și Dr. V. Arghir. Se constată puroi sub tensiune și o fistulă care merge către golful venei jugulare. La trepanarea regiunii mastoide cu dalta și ciocanul, se observă un os moale, buretos, iar chiureta se înfundă în substanța împregnată cu puroi. În urma chiuretajului se descoperă o mare cavitate mastoidiană, mai ales în jos și spre vârf. Un stillet butonat alunecă mai mulți centimetri în direcția păretelui venos. Se lărgeste acest traect pe cât posibil și se introduce o meșă iodofor-mată, pentru drenaj.

A doua zi temperatura se ridică brusc la 41°, pentru a scădea în ziua următoare la 38°. Presupunându-se o tromboflebită se hotărăște practica intervenției necesare, care se execută de către



Prof. Buzoianu și Dr. Teodorescu sub narcoză cu eter. Se face în doi timpi :

I. Primul timp aseptice, ligatura jugularei interne în regiunea cervicală și rezecția ei de jos în sus. II. Timpul al doilea se descoperă sinusul lateral. În acest scop după ce plaga cervicală se tamponează cu meșe muiate în eter și se acoperă, izolându-se cu un cârlig sterilizat, se lasă în câmpul operator numai regiunea mastoidă. Se unește plaga cervicală cu cea mastoidiană prin unirea incizilor; Se descoperă sinusul lateral, denudându-se de corticala osoasă care-l acoperea în sus și în jos pe o distanță de 3—4 cm. Sinusul sângerează. Tamponându-se se observă că segmentul inferior nu dă nimic. Se exerează osul în direcția găurei rupte posterioare. Țesutul osos se scoate cu ajutorul penselor mușcătoare de os. După deschiderea găurei rupte posterioare vena jugulară este rezecată în întregime, iar golful este deschis cu precauțiune incizându-i-se părțile externe, pe șghiabul unei sonde canelate. Incizia se continuă în sus până la nivelul meșei iodoformate. În golf se găsește trombus, care se extrage. Toată plaga este scăldată în tinctură de iod, apoi se așează cu atenție meșe iodoformate. Plaga cervicală se lasă larg deschisă.

Post-operator. I-se face un tratament energetic antisepticemic. Bolnavul se vindecă

**Observațiunea II.** Este vorba de bolnavul Eugen L. în vârstă de 24 ani, doctorand în medicină, care în ziua de 26 Februarie 1938, s'a prezentat suferind la clinica O. R. L. din Cluj. El acuză dureri în urechea dreaptă și la nivelul hemifetei de aceeași parte, însoțită de o stare generală adinamică febrilă.

Istoricul boalei actuale. Bolnavul ne spune că a suferit și suferă de gripă încă de acum 10 zile, cu temperatura oscilând între 39—40 grade. Este obosit, febril, inapetent, adinamic. Cu o zi înainte a constatat dureri auriculare drepte, accentuate progresiv. În acelaș timp rinita acută care s'a manifestat tot timpul boalei sale se perpetuează, din fosa nasală dreaptă eliminându-se o cantitatea normală de muco-puroiu.

Starea prezentă. Examenul oto-rino-laringologic găsește un timpan roșu, bombat în dreapta, reacțiune mastoidiană de acelaș parte. Fosa nasală dreaptă este blocată de muco-puroi care pare să vină din maetul mijlociu. Punctele sinusale sunt dureroase numai în dreapta la nivelul fosei canine și ceva mai sus. Febra

este ridicată la 39,5. I-se practică o timpanotomie atrio-aticală dreaptă, se punctionează sinusul maxilar drept de unde iese o cantitate apreciabilă de purotu.

Evoluția. In urma timpanotomiei și a puncției sinusului maxilar, temperatura scade la 37,7, însă reacția mastoidiană se menține. Bolnavul urmează pansamente auriculare, puncțiuni sinusale, asociate chimio-terapiei generale cu prontosil în tablete și injecțiuni. Starea generală se menține gravă, temperatura oscilând între 37,3 — și 39. Apărând un nistagmus spontan spre stânga, se practică antro-celulotomie maximă (Prof. Buzoianu - Dr. Cotul). La trepanare se descopere o mastoidă spongioasă hemoragică cu puroiu în antru. Se drenează lăsându-se plaga deschisă. A două zi seara temperatura se ridică brusc dela 38 grade la 40,8, bolnavul are respirația superficială, este ușor cianotic și delirează. Pansamentul plăgii nu arată nimic deosebit, examenul pulmonar și general organic negativ. Cum starea generală se menține gravă, se impune controlul sinusului lateral.

Operația a fost executată de Prof. Buzoianu și Dr. Andrei Teodorescu, ligaturându-se în timpul aseptice jugulara internă dreaptă în două puncte, secționându-se între punctele ligaturate. După timpul aseptice se trece la timpul septic la nivelul mastoidei. Se jârgește celulotomia maximă, descoperindu-se o mastoidă foarte dezvoltată, cu numeroase celule aberante, fără exudat purulent. Se descopere cu cea mai mare atenție sinusul pe o suprafață de 2-3 cm., constatându-se aspectul său macroscopic normal. Se tincturează și se practică o puncțiune. Siringa trăge sânge. Hemocultura acestui sânge n'a fost practică. A două zi temperatura scade la 39 grade. Se practică o transfuzie de 190 cm.<sup>3</sup> (Dr. Moga și Dr. A. Teodorescu). A patra zi temperatura scade la 38,2. Seara se urcă iar la 40 grade. In fața acestei situațiuni două fapte erau posibile: sau apariția unui trombus care se extinde sau un alt focar organic la distanță. Examenul clinic medical arată un focar de pneumonie la baza stângă, regiune unde bolnavul atrage atenția prin indicația unui junghiu foarte intens. I se indică tratamentul pneumoniei (piridium intra-venos, cardiazol-chinină, dligitală,) totodată practicându-i-se un abces de fixație în coapsa dreaptă care apare în a noua zi. In momentul când trebuia să se producă criza, temperatura a fost în descreștere netă. Reluarea oscilațiilor febrile după câteva zile, se datorește prezenței unui abces pulmonar care se re-

zoarbe complet după 3 săptămâni, când bolnavul devine constant afebril. (Piridium intravenos, puncții pleurale, prontosil în cavitatea abcesului etc). Tot timpul acesta, la fiecare două zile, sinusul maxilar a fost evacuat regulat de puroiu.

**Observația III.** Este vorba de bolnava Maria Haș în vârstă de 19 ani, care este adusă la 31 Ianuarie 1936 de părinții săi la clinica oto-rino-laringologică din Cluj, pentru starea generală gravă survenită în urma unei operațiuni pe mastoidă executate cu 3 săptămâni înainte.

Istoricul boalei actuale. În cursul lunii Decembrie a anului 1935 i se ivește o o'ită medie supurată acută la urechea stângă în urma unei rino-faringite gripale. I se practică timpanotomii repetate fără rezultate favorabile. Reacțiunea mastoidiană stângă este evidențiată. I s'a practicat o antro-celulotomie maximă de către medicii săi curanți. Bolnava se simte bine câteva zile, apoi începe să prezinte o stare generală infecțioasă acompaniată de frisoane zilnice urmate de temperatură oscilantă. La palparea regiunii latero-cervicală stângi sub mastoidă, bolnava acuză dureri. În această situație este adusă la clinica oto-rino laringologică din Cluj. Examinată imediat se constată: starea generală gravă, temperatura ridicată la 38,6 grade, iar pulsul frecvent atingând cifra de 110 pulsațiuni pe minut. La palparea regiunii sterno-cleido-mastoidiană superioară stângă se constată o împăstare difuză și o sensibilitate accentuată.

Fără a se examina plăga mastoidiană pansată, se stabilește diagnosticul de trombo-flebită septicemică a sinusului lateral stâng și se impune intervenția pe sinus.

Operația este executată de către Prof. G. Buzoianu ajutat de Dr. Dorin Ionescu în 21 Ianuarie 1936. Se procedează în primul timp la ligaturarea venei jugulare interne care se face sub trunchiul tiro-lingo-facial. În al doilea timp al operației se trece la nivelul plăgii mastoidiene. Se face toaleta plăgii externe, se desface plăga mastoideană așezându-se depărtătorul automat. Se tincturează cavitatea mastoideană trepanată și se chiuretează toți mugurii de cicatrizare. În partea posterioară se observă sinusul lateral descoperit pe o mică porțiune. Să lărgește în jos și în sus descoperirea sinusului până la marginile cavității trepanate. Nu se constată pulsații sinusale. Deschiderea lui dă drumul unei mici colecții pio-sanghinolente. Ambele capete nu sângerează. Cu ajutorul unei chiurete mici se chiuretează capătul superior până ce acesta sân-

gerează. Se tamponează eu o meșă subțire muiată în eter iodoformat. Se trece la capătul inferior, se decorichează de către părțile osos cât mai jos posibil eliberându-se o mare porțiune din extremitatea inferioară a sinusului. Se chiuretează și acest capăt inferior, până când există certitudinea că înțreg trombusul este detașat. Se introduce cu o siringă eter pentru a spăla golful venos și apoi capătul unei meșe fine de tifon udată în eter iodoformat. Plaga mastoidiană se lasă larg deschisă drenându-se cu meșe de tifon iodoformate. Plaga cervicală se suturează parțial drenându-se în unghiul său superior și inferior.

În urma operației bolnava se simte relativ bine. Starea generală se menține fără o agravare, iar frisoanele au dispărut. Totuși temperatura se ridică seara până la 39 grade. Se decide o a doua intervenție de rezecție a venei jugulare.

Ea este executată la 25 Ianuarie 1936 de către Prof. G. Buzoianu și Dr. Dorin Ionescu. Sub anestezie generală cu eter se rezecă o porțiune de patru până în cinci cm. din vena jugulară anterior suturată, care acum prezintă trombus neregulat. Se rezecă partea posterioară a vârfului apofizei mastoide, fără să se deschidă gaura ruptă posterioară. Se spală golful prin sinus cu soluția Dakin se drenează, iar plaga se lasă larg deschisă. Se aplică un tratament energetic antisepticemic: septicemină intravenos, electrargol, transfuzii de sânge. — Bolnava se ameliorează progresiv, făcând până la vindecarea definitivă a plăgii cervico-mastoidiene trei abcese stafilococice la distanță. Primul localizat în partea anterioară a articulației humero-scapulară dreaptă sub marele pectoral, este deschis la 7 Februarie 1936. Al doilea în partea internă a coplei stângi, deschis la 14 Februarie 1936; a treilea în partea internă și anterioară a brațului stâng, este deschis la 19 Februarie 1936. În 10 Martie bolnava părăsește clinica vindecată.

Aceste cazuri oglindesc perfect cele susținute în teză. Am insistat în special asupra timpilor operatori, pentru a scoate în evidență momentul exact când este indicată puncția, precum și modul cum se procedează în fața unei tromboze bătute. Rezultatele puncției au determinat atitudinea chirurgului în rezolvarea tromboflebitelor.

---

## CONCLUZIUNI.

1. *Puncția sinusului lateral constituie o cercetare semiologică extrem de importantă în punerea diagnosticului sigur de trombo-flebită a sinusului lateral.*

2. *Puncția sinusului este necesară mai ales în cazurile de îndoială, când examenul general și examenul local al sinusului în timpul trepanării mastoidei, nu pot preciza cu certitudine existența trombo-flebitei.*

3. *Indicația puncției sinusului este îndreptățită, deoarece există cazuri, în cari aspectul macroscopic al sinusului pledează pentru trombo-flebită, iar puncția extrage sânge și cazuri cu aspect normal al sinusului, dar cu puncție negativă.*

4. *Hemocultura din sângele puncționat este obligatorie. Ea poate evidenția agentul patogen.*

5. *Puncția sinusului lateral nu se poate practica de cât în timpul trepanării mastoidei. Ea va fi executată în condițiuni riguros aseptice. Injecția sinusului în timpul puncției este înlăturată dacă se ține cont de regulele asepsiei.*

6. *Puncția sinusului în condițiuni de asepsie riguroasă este o manoperă absolut inofensivă. Chiar atunci când pare inutilă ea este totuș folositoare scoțându-ne din îndoială în fața unei simple peri-flebite.*

7. *În clinica O. R. L., din Cluj puncția sinusului lateral se practică în totdeauna în cazurile dubioase de septicemie otică, fără a se fi regrețat vre-odată executarea ei.*

*Văzută și bună de imprimat.*

*Cluj, la .....*

*Decanul Facultății ;  
ss. Prof. Dr. DRAGOIU.*

*Președintele tezei :  
ss. Prof. Dr. BUZOIANU.*

## Bibliografie.

**Aubriot et K: Grimaud.** „Thrombo — phlébite extensive otogène des sinus craniens à colibacille“. Les Annales d'O. R. L. No. 12—1932.

**Aubry.** „Applications de l'épreuve de Queckenstedt aux thromboses sinuso-jugulaires.“ Archiv internat O. R. L. Mars 1929.

**Baudet (de Toulouse).** „Septicémie consécutive à une thrombophlébite latente du sinus latéral. Ouverture du sinus et séro-thérapie, antistreptococcique.“ Les Annales d'O. R. L. No. 8—1933.

**Bertoin.** „Thrombo-phlébite consécutive à une blessure du sinus latéral.“ Les Annales d'O. R. L. No 11—932.

**Bertoin** „Hémorragies secondaires du sinus latéral“. Les Annales d' O. R. L. No. 6—1932

**Bourgeois.** „Maladies des oreilles, Précis du pathologie chirurgicale“. Tome II Masson 1928.

**Prof. G. Buzoianu.** Otologie. Cluj. 1937 „Septicemiile auriculare“ pag. 277.

**Prof. G. Buzoianu.** „Septicemiile auriculare“. Extras din Clinica et Laboratorium. Luna Aprilie 1936.

**Prof. Buzoianu și Dr. A. Teodorescu** „Tombo-flebita golfului venei jugulare“. Revista oto-rino-laringologice Cluj No. 4—1937.

**Prof. G. Buzoianu. Dr. A. Teodorescu și Dr. T. Bodea** „Trombo-flebita sinusului lateral. Septicemie auriculară consecutivă. Ligatura jugulare și drenajul sinusului. Vindecare.“ Clujul Medical 1938.

**Prof. G. Buzoianu.** „Mastoidită supurată însoțită de septicemi și determinări pulmonare“. Revista O. R. L. Stiințelor Cluj No. 3 Iulie 1938.

**Calamida (Milan)** „Le traitement médical de la septicémie auriculaire.“ Les Annales d' O. R. L. No. 3—1931.

**Canuyt.** „Septicémie streptococciques hémolytiques au cours d'une otorrhée réchauffée. Traitement chirurgical, abcès de fixation, sérum

antistreptococique de Vincent. Guérison". Les Annales d'O. R. L. No. 12—1932.

**Cetilli (Catame)** „L'immunothérapie dans la septicémie auriculaire". Les Annales d'O. R. L. No. 3—1931.

**Collet.** „Oto-Laryngologie avec applications à la neurologie. Trombose du sinus latéral. Pag. 836.

**Eeman.** „Mastoidite bilatérale; Trombose pariétale du sinus latéral droit". Arch. int. O. R. L. 11—1830.

**Fallas.** „Septicémie d'origine auriculaire". Les Annales d'O. R. L. No. 8—1932.

**Fallas.** „Thrombo-phlébite du sinus latéral." Arch. internat O. R. L. XI—1931.

**Gaillard.** „Complications septiques après traumatisme opératoire du sinus latéral." Les Annales d'O. R. L. No. 3—1931.

**Georges.** (de Hâvre) „Ouverture spontanée du sinus latéral. Début de sépticémie: Tamponnement du sinus. Ligature de la jugulaire. Guérison: „Les Annales d'O. R. L. No. 3—1933.

**Georges** (de Hâvre) „Thrombo-phlébite suppurée du sinus latéral, sans ostéite mastoïdienne, sans modifications extérieures de de la paroi sinusienne. „Les Annales d'O. R. L. Nr. 3—1933.

**Grivot, Caussé et Hilaire.** „Deux cas de septicémie auriculaire." Les Annales d'O. R. L. Nr. 8—1932.

**Grabscheid.** „Thrombose compressive dans un cas d'anofthalmie congénitale". Revue de la rinologie Nr. 9 Nov. 1933.

**Hinojar** (Madrid) „Eléments de diagnostic de la phlébite du sinus latéral. Les Annales d'O. R. L. Nr. 3—1931.

**Lannois et Gaillard.** „Quelques cas de complications veineuses dans l'oto-mastoidite. Les Annales d'O. R. L. L. 1927 Junie.

**G. Laurens.** „Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx". Masson et Cie 1924. Complications veineuses. pag 197.

**Leroux.** „Formes cliniques de la septicémie auriculaire". Les Annales d'O. R. L. Nr. 3—1931.

**Mihăescu P.** „Septico-piemie primitivă otogenă" Clujul medical Nr. 11—1933.

**Mygind** „Treatment otogenic supris and sinus thrombosis. Revue de la rinologie Ianuarie 1932 Nr. 1.

**Moure J.** Technique chirurgicale oto-rino laryngologic. „Phlébites du sinus latéral." Pag. 320.

**Philip.** „Un cas de thrombo-phlébite du sinus latéral chez l'enfant" Les Annales d'O. R. L. Nr. 10—1933.

**Reverchon (Lille).** „Septicopyhémie et thrombo-phlébite auriculaire. Diagnostic des „cas limites“. Rôle des veines émissaires mastoïdiennes dans la production des thromboses non oblitérantes“. Les Annales d'O. R. L. Nr. 3—1931.

**Testut.** Traité d'anatomie humaine. Gaston Doin 1922.

**Wanamaker.** „Quelques considerations et suggestions dans le traitement de la thrombose du sinus latéral. Les Annales d'O. R. L. Nr. 11—1931.

---

