

91/45
UNIVERSITATEA "REGELE FERDINAND I" DIN SIBIU

FACULTATEA DE MEDICINA

1686

CONSIDERATIUNI ASUPRA TREPANATIEI COCLEO-VESTIBULARE

T E Z A

Pentru doctorat în medicină și chirurgie
Prezentată și susținută în ziua de *7. Noiembrie*1940

de

G E O R G E S C U P E T R E

24 MAY 2005

INSTITUTUL DE MEDICINA
CATEDRA DE OTOLOGIE SI SURZIME
Calea Bucurestilor, nr. 100-101
Lett. nr. *111589*

UNIVERSITATEA "REGELE FERDINAND I" DIN SIBIU

FA CUL TATEA DE MEDICINA

Decan: Profesor Dr. V. Papilian

Anatomie umană.....	Prof. Dr. Papilian V.
Chimie generală medicală.....	" " Secăreanu St.
Chimie biologică.....	" " Manta I.
Istologie și embriologie.....	" " Drăgoiu I.
Fiziologie și fizică medicală.....	" " Benetato Gr.
Anatomie patologică.....	" " Vasiliu T.
Bacteriologie.....	" " Baroni V.
Patologie generală și experimentală.....	" " Botez M.A.
Igienă și medicină preventivă.....	" " Moldovan I.
Clinica medicală I.....	" " Hațieganu I.
Clinica medicală II... (semiologie).....	" " Goia I.
Clinica chirurgicală (semiologie).....	" " Pop A.
Clinica chirurgicală și boalele căilor urinare.....	" " Teposu E.
Clinica obstreticală și ginecologică.....	" " Grigoriu Cr.
Clinica dermatologică și sifiligrafică.....	" " Tătaru C.
Clinica infantilă și puericultura.....	" " Popoviciu G.
Clinica neurologică.....	" " Minea I.
Clinica psihiatică.....	" " Urechia C.
Clinica oftalmologică.....	" " Mihail D.
Clinica balneologică și dietetică.....	" " Sturza M.
Clinica oto-rino-laringologică.....	" " Buzoianu Gh.
Clinica stomatologică.....	" " Aleman I.
Medicina legală.....	" " Kernbach M.
Radiologie.....	" " Negru D.
Istoria medicinei.....	" " Bologa V.
Farmacologie.....supl.	" " Baroni V.
Fiziologie și fizică (conferință).....	
Igienă și medicină preventivă.....	agr. Dr. Zolog M.
Clinica boalelor contagioase.....	conf. " Gavrilă I.

UNIVERSITATEA "REGELE FERDINAND I" DIN SIBIU

FACULTATEA DE MEDICINA

JURIUL DE PROMOTIE:

PRESEDINTE:.....Prof.Dr.Gh.Buzoianu

Prof.Dr.Mihail D.

Prof.Dr.Teposu E.

MEMBRII:.....Prof.Dr.Popoviciu G.

Prof.Dr.Benetato Gr.

SUPLANT:..... Conf.Dr.Popoviciu Tr.



I N T R O D U C E R E

==((=====

Tratamentul meningitelor otice a preocupat îndeaproape, încă din a doua jumătate a secolului trecut, toată lumea medicală.- N'a fost medicament din seria chimio-terapeutică sau biologică, care să nu fie întrebunțat pentru sterilizarea spațiilor meningeale, însă fără ca acțiunea medicamentoasă să poată realiza o bacterioliză capabilă de a asigura vindecarea.-

Dar nici tentativele operatorii încercate în meningitele otice nu sunt mai recente.- Mayo-Robson în 1890 și Ballance în 1891 sunt primii cari încearcă însă fără nici un rezultat, să vindece o meningită serioasă prin operație.-

Mac Ewen, Jansen și Lucae, Lermoyez sunt primii cari până în 1904 ar fi obținut oarecari rezultate operatorii, fără ca să precizeze însă natura bacteriologică a meningitelor operate.-

Toate încercările terapeutice, atât operatorii cât și medicamentoase, făcute până în 1935, nu au procurat otologistilor decât decepțiuni.-

Astfel, în 1904 Stella scria: Que nous trepanions ou non, que nous fassions une ponction ou que nous fassions heures.- Certains survivent, certains guérissent, pour quoi? C'est une question de virulence."

Cu 1935 începe o eră nouă în tratamentul meningitelor otice.-Această eră este în strânsă legătură cu următorii doi factori:

1.-Descoperirea compușilor sulfamidați de către Domagk,și

2.-Perfecționarea tehnicii operatorii.-

Intr'adevăr,nu trebuie uitat că până în 1908,medici de talia lui Lermoyez recomandau evitarea oricărei intervențiuni asupra labirintului,acesta trebuind să fie evitat cu orice preț.- Nu este mai puțin adevărat că el revine mai târziu asupra acestei concepții și recomandă împreună cu Alexander și Hautant trepanarea labirintului ori de câte ori meningele sunt amenințate.-

In prezent,chirurgia labirintică a meningitelor otice cuprinde două tipuri de intervențiuni operatorii:

1.-Trepanarea cocleo-vestibulară,și

2.-Trepanarea cocleo-vestibulo-canaliculară.-

Prima intervenție constituie subiectul tezei de față. Tehnica acestei intervenții este strâns legată de numele lui Hautant,Hinsberg și Alain Gaston.-

La noi în țară primele intervențiuni de acest fel s'au executat în Clinica O.R.L.din Cluj de către Dl. Prof.Dr.Gh,Buzoianu,care a și dat numele de "Trepanație cocleo-vestibulară" intervenției cunoscute în alte țări sub numele de labirintectomie subtotală.-

Profit de această ocazie pentru a exprima Dlui Prof.Dr.Gh.Buzoianu întreaga mea grațitudine pentru bunăvoința cu care mi-a dat prețioasele Dsale îndrumări în alcătuirea prezentei lucrări.-

Deasemenea aduc cele mai distinse mulțumiri Dlor asistenți: Dr. Bodea Eugen și Dr. Costul Gabriel pentru frumoasele sfaturi ce mi-au dat.-

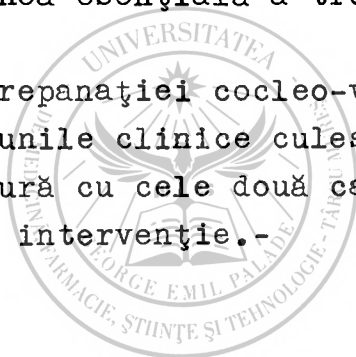
In cele ce urmează voi descrie:

1.-Anatomia și fiziologia urechii interne, găsind absolut indispensabile noțiunile elementare despre morfologia și funcțiunea unui organ asupra căruia se intervine;

2.-Studiul sintetic al meningitelor otice și în deosebi al celor labirintogene aseptice, acestea reprezentând indicațiunea esențială a trepanației cocleo-vestibulare;

3.-Tehnica trepanației cocleo-vestibulare și

4.-Observațiunile clinice culese din Clinica O.R.L. din Cluj în legătură cu cele două cazuri în cari s'a practicat această intervenție.-



ANATOMIA ȘI FIZIOLOGIA URECHEI INTERNE

Trepanația cocleo-vestibulară, urmărind eliminarea completă a focarului septic cauzal labirintic, care prezintă un permanent pericol pentru spațiile subarahnoidiene, se adresează în consecință elementelor urechei interne. - De aceea găsim nimerit de a aminti câteva noțiuni de anatomie și fiziologie labirintică fiind absolut indispensabile atât pentru bunul mers al intervenției chirurgicale, cât și pentru o bună indicație a acestei intervenții:

ANATOMIE

Urechea internă sau labirintul este situat în grosimea stâncii temporale și este formată din labirintul osos și labirintul membranos. -

1. - Labirintul osos. - El este sculptat în stâncă, circumscriind pe cel membranos. - Intre labirintul osos și cel membranos se găsește spațiul perilimfatic care conține perilimfa sau uncoarea lui Cotugno. - Spațiul perilimfatic este foarte mare și comunică cu cel subarahnoidian prin aqueductul melcului, fapt de o deosebită importanță în ceea ce privește modul de infecțiune al meningitelor dela un focar septic labirintic. -

Labirintul osos este reprezentat printr'o cavitate delimitată de un țesut osos compact și greu de izolat la adult de țesutul osos înconjurător. - Această cavitate are o porțiune centrală - vestibulul - în care se deschid, în sus și în afară, canalele semicirculare și de

unde pornește melcul sau cocleea.--

a) Vestibulul are forma unui cub turtit; în consecință are 6 pereți.-- Prin peretele extern el vine în raport cu casa timpanului și fereastra ovală.-- Vestibulul comunică cu suprafața exterioară a stânței prin două a-
queducte și prin conductul auditiv intern.--

b) Canalele semicirculare sunt în număr de 3 și după situația lor în spațiu, se disting în: superior, posterior și extern.-- Fiecare canal prezintă o extremitate ampulară, una neampulară și un arc de cerc.-- Ele se deschid în vestibul prin 5 orificii, deoarece canalul semicircular superior și posterior se unesc prin extremitățile lor neampulare într'o ramură comună, înainte de a se deschide în vestibul.--

c) Melcul sau cocleea este reprezentată printr'un tub care pe măsură ce se îndepărtează de bază, își micșorează calibrul.-- Acest tub este constituit la periferie dintr'o lamă osoasă numită "lama contururilor".-- El este răsucit în jurul columelei, descriind aproape 3 ture de spirală și este împărțit prin lama spirală osoasă în 2 rampe: rampa anterioară sau vestibulară și rampa posterioară sau timpanică.--

Raporturile labirintului osos.-- Labirintul osos prezintă următoarele raporturi importante, de cari trebuie să ținem neapărat seama în timpul intervenției, spre a nu fi expuși la accidente neplăcute:

a) Cu urechea mijlocie, față de care este posterior. Labirintul bombează în casa timpanului la nivelul pro-

montoriului prin porțiunea inițială a melcului, și în aditus ad antrum prin canalul semicircular extern;

b) Cu carotida internă, - melcul și canalul carotidian merg unul lângă altul sau călăresc unul pe altul;

c) Cu nervul facial, - întreg labirintul vine în raport cu canalul lui Fallope. - În prima porțiune facială merge între melc și vestibul, în cea de a doua repauză puțin pe peretele anterior al vestibului, atinge ampula canalului semicircular extern, apoi se așează sub porțiunea anterioară a celui de al doilea canal (Testut) iar în a treia porțiune vine în raport cu canalul semicircular posterior. -

II. - Labirintul membranos. - Acesta se mulează în anfractuozitățile labirintului osos prezentând aceleași elemente anatomice descriptive - vestibul, canale semicirculare și melcul. - Labirintul membranos conține endolimfa sau umoarea lui Scarpa și în el se termină firisoarele terminale ale nervului auditiv. - Endolimfa conține concrețiuni calcare numite "otolite" și "otoconii". -

Apațiul endolimfatic ar comunica, după unii autori, cu spațiile subarahnoidiene, la nivelul sacului endolimfatic, prin intermediul unor mici canalicule. -

1. - Vestibul membranos se compune din: utriculă, saculă, porțiunea inițială a canalului coclear și canalul endolimfatic (Testut). -

a) Utricula ocupă partea posterioară a vestibulului, și în ea se deschid canalele semicirculare membranoase. -

b) Sacula este situată dedesubtul utriculei și

are o formă rotundă.- Utricula și sacula sunt unite prin tracturi conjunctive și fibroase de pereții vestibului osos.- Din ele pornesc două mici canalicule, care, după un scurt traect, se unesc formând canalul endolimfatic.- Acesta se angajează în aqueductul vestibular și se umflă în formă de fund de sac, constituind fundul de sac endolimfatic.-

c) Canalul coclear începe în vestibul printr'o extremitate în formă de fund de sac, care este unită cu sacula prin canalul reuniens al lui Hensen.- Dela planșeul vestibular, canalul coclear se angajează în tubul osos format din lama contururilor, pe care-l străbate în toată lungimea sa.-

Nervi și vase.- Urechea internă este inervată de nervul auditiv-a opta pereche craniană.- După ce ese din bulb, după un scurt traect, nervul auditiv intră în conductul auditiv intern, unde se împarte în două ramuri: o ramură anterioară, este nervul coclear sau auditiv propriu zis și o ramură posterioară-nervul vestibular.-

Nervul coclear pătrunde în columelă și trece prin lama spirală osoasă pentru a se anastomoza în ganglionul lui Corti cu axonii celulelor bipolare, ale căror dendrite se ramifică în celulele auditive.-

Nervul vestibular prezintă pe traectul său ganglionul lui Scarpa din care pornesc ramurile vestibulare pentru utriculă, saculă și ampulele canalelor semicirculare.-

Vase.- Urechea internă este irigată de ramurile arteriale ce provin din artera auditivă internă, din meningeala mijlocie și din carotida internă.-

Venele cocleare și vestibulare se varsă în sinul pietros superior în intermediul vânei auditive interne.-



FIZIOLOGIA URECHEI INTERNE

Tinând seamă de funcțiunea urechei interne, labirintul poate fi împărțit în:

a) Labirintul acustic sau labirintul anterior- reprezentat prin melc sau coclee, care este organul senzorial al auzului, și

b) Labirintul static și cinetic sau labirintul posterior, destinat echilibrului și reprezentat prin vestibulul.-

Această împărțire funcțională, din punct de vedere anatomic, este marcată prin conductul auditiv intern și printr'un masiv osos străbătut de aqueductul facial.-

Funcțiunea cocleei.- Melcul sau cocleea este organul auzului, destrucțiunea lui bilaterală dând surzitate completă.- Mecanismul intim al audiției este explicat prin o mulțime de concepții care, însă se pot sistematiza în următoarele 2 ipoteze:

1.-Ipoteza analizei sau triajului sunetelor de către ureche, și

2.-Ipoteza analizei sunetelor de către centrul nervoși.-

Funcțiunea aparatului vestibular.- Aparatul vestibular se compune din canalele semicirculare, utriculă și saculă.-

Funcțiunea canalelor semicirculare este reprezentată prin menținerea echilibrului în timpul diferitelor mișcări ale corpului, deci ele au rol funcțional cinetic.-

Elementele senzoriale ale canalelor semicirculare sunt localizate la nivelul ampulelor și sunt excitate prin mișcările lichidului endolimfatic, cari pot fi ampulipe-
te sau ampulifuge.-În urma excitației acestor elemente
senzoriale, reprezentate prin terminațiunile nervului
coclear, apare reflexul vestibular cinetic constituit
din nistagm, mișcări ale membrelor, ale capului și chiar
ale corpului întreg,- cât și din senzația subiectivă
de vertij.-

Funcțiunea utriculei și saculei-aparatului otolitic.-Aparatul otolitic are rol în menținerea echilibrului static.-Elementele senzoriale ale acestui aparat
macula- sunt excitate prin otolite, care ar acționa
fie prin~~tracțiune~~ tracțiune (Magnus), fie prin presiune (Quix),
determinând reflexele vestibulare statice, reprezentate
prin nistagmusul și vertigiul de poziție și prin contra-
rotația ochilor.-

Exploararea funcțiunii labirintice are o deosebită importanță în precizarea urechii afectate.- Ea con-
sistă în exploararea funcțiunii auditive și a funcțiu-
nii vestibulare.-

Exploararea funcțiunii auditive cuprinde în mod
sistematic următoarele metode:^{x/}

1.-Metoda pur vocală-cu voce tare sau șoptită;
2.-Metoda voco-instrumentală- cu fonograful și
cu aparatul lui Marage și

3.-Metoda pur instrumentală-care consistă în
examenul cu ajutorul ceasornicului, cu acumetrul lui
Politzer, cu audiometrul electric și în examenul cu
~~x/Rezumate din "Elemente de otologie"~~ Rezumate din "Elemente de otologie" de Prof. Buzoianu

ajutorul diapazoanelor.-In leziunile labirintice o probă de o deosebită importanță este proba Rinne, care constă în studiul comparativ al percepției osoase și aeriene.-Percepția osoasă este mai bună decât cea aeriană în surditatea labirintică totală, transmiterea vibrațiilor făcându-se pe calea osoasă la urechea sănătoasă.- In împrejurări normale-când nu există leziuni ale aparatului de transmisie,-percepțiunea aeriană este mult mai bună.-

Exploararea funcțiunei vestibulare consistă în punerea în evidență a reflexului vestibular static și cinetic, cu elementele componente normale sau alterate.- La examenul funcțiunei vestibulare vom lua în considerare simptomele vestibulare spontane și provocate.-

Simptomele vestibulare spontane sunt reprezentate prin vertij și turburări de echilibru-ca nistagmusul vestibular cu turburările de echilibru general și segmentar.-

Nistagmusul vestibular spontan ocular constituie o localizare a dezechilibrului muscular general- dezechilibru determinat de alterarea vestibului- asupra mișcărilor oculare.- Nistagmusul poate fi liniar sau rotator și are două componente: una lentă, de origină labirintică și una mai rapidă-extralabirintică.- In turburările funcțiunei vestibulare nistagmusul este ritmic, format din două bătăi, una lentă și alta rapidă, este asociat cu alte turburări labirintice și se exagerează în privirea de partea componentei rapide.-

Turburările de echilibru general sunt niște miș-

oări reacționare, caracterizate prin tendința de cădere a corpului, tendință ce se pune în evidență cu ajutorul probei Romberg.- Când aceste turburări sunt de origine pur vestibulară ele se caracterizează prin aceea că tendința la cădere se face totdeauna în direcția componentei lente a nistagmusului, este mai accentuată când bolnavul închide ochii și este variabilă cu poziția corpului.-

Turburările de echilibru segmentar se manifestă sub formă de deviațiuni și se constată atât la membrele superioare cât și la cele inferioare.- La membrele superioare se pot pune în evidență prin proba indexului, care cuprinde proba deviației, a indicației și a poziției.-

Această probă-a indexului-se execută pentru fiecare canal semicircular în plan diferit.- În afecțiunile vestibulare pure deviația și poziția indexului se caracterizează prin aceea că este bilaterală și în sens opus nistagmusului.-

Turburările echilibrului segmentar dela nivelul membrelor inferioare se caracterizează în afecțiunile labirintice printr'un mers în zig-zag, deviat de partea componentei lente.- Dacă bolnavul merge înainte și înapoi-proba lui Babinski-Weil- el descrie o "stea".-

Simptomele vestibulare provocate survin în urma excitației vestibului prin proba pneumatică, proba voltaică, proba rotatorie și proba calorică.-

Proba pneumatică se execută cu ajutorul speculului lui Siegle sau a pereii lui Politzer, numai în cazuri

patologice, atunci când există o lipsă de continuitate în peretele osos vestibular, cu alte cuvinte atunci când există o fistulă.-Prin această fistulă,-prin compresiunea și decompresiunea ce se exercită asupra canalului semicircular orizontal, cel mai frecvent afectat-se produce un nistagmus care poate fi îndreptat în aceeași parte sau în partea opusă.-Acest nistagmus pneumatic, cunoscut sub numele de semnul lui Lucae sau semnul fistulei, se constată în cursul otitelor medii supurate cronice complicate de fistule ale canalului semicircular orizontal.- El mai poate fi provocat și în labirintitele heredosifilitice (semnul fistulei fără fistulă) cât și în otitele medii supurate fără perilabirintită (semnul lui Karlefors-Nylens).-

Proba rotatorie-a lui Mach și Breuer- se execută cu ajutorul scaunului rotatoriu, imprimându-i 10 învârtituri în 20 secunde.-După această probă apare un nistagmus rotator în urma excitației creștelor ampulare prin curentul endolimfatic, în momentul opririi brusce a scaunului.-Proba rotatorie se execută separat pentru fiecare canal semicircular.-

Proba calorică-a lui Barany- consistă în excitarea pereților labirintici cu ajutorul unui lichid.- În clinica O.R.L. din Cluj se execută injectând 10 cc. de apă la 30°.- În stare normală după 15-20 secunde ~~xxx~~ apare un nistagmus de partea opusă.- În caz de hipoexcitabilitate se injectează din nou 10-20 sau chiar mai mulți cc. de apă, până la apariția nistagmusului.-

Proba voltaică -a lui Babinsky- se execută cu

ajutorul mai multor metode: metoda bipolară și biauriculară, monopolară și biauriculară și metoda monopolară și monoauriculară.- Proba voltaică este pozitivă și la cei cu labirintul trepanat, ceace pledează pentru acțiunea ei asupra elementelor nervoase.-

Exploararea funcțiunilor statice ale vestibulului -nistagmusul de poziție contrarotația globilor oculari și acțiunea asupra corpului și asupra membrelor- nu o voi descrie, reflecțiile vestibulare statice fiind încă incomplet lămurite.-



STUDIU SINTETIC ASUPRA MENINGITELOR OTICE.-
=====

Având în vedere că meningitele otice reprezintă, după cum vom vedea mai târziu, indicațiunea esențială a trepanației labirintului, cunoașterea precisă a cauzelor, cât și a simptomatologiei lor este indispensabilă.-

Meningita otică este una din afecțiunile cele mai serioase, fiind cu mult mai gravă decât meningita rino-genă, cerebrospinală și în general decât toate celelalte meningite obișnuite în patologia generală.- Această malignitate este în strânsă legătură cu condițiile anatomice în ~~xxxx~~ cari se dezvoltă.-

Meningitele otice le putem împărți, ținând seama de căile de inoculare a lichidului cefalorahidian, în două mari grupe:

1.-Meningitele otice labirintogene, în care inocularea septică a spațiilor subarahnoidiene se face prin intermediul unei labirintite;

2.-Meningitele otice nelabirintogene, în care inocularea septică a spațiilor meningeale se face prin intermediul căilor extralabirintice și anume: prin leziunile osteitice extralabirintice, prin conexiunile vasculare sau prin dehiscențele osoase preformate.-

Meningitele otice nelabirintogene sunt mai frecvent întâlnite decât cele labirintogene.-

Labirintectomia fiind indicată numai în meningitele otice labirintogene, indiferent că sunt septice sau aseptice, seroase sau puriforme, în cele ce urmează mă voi ocupa numai de ele.-

MENINGITA OTICA LABIRINTOGENA

Patogenie.- Meningita otică labirintogenă este consecința unei labirintite, și această interdependență ține de numeroasele legături anatomice dintre spațiile subarahnoidiene și cavitățile labirintice- legături reprezentate prin tecile perinervoase ale nervului acutic, tecile perivascularare ale arterei auzitive interne, prin conductul auditiv intern, prin aqueducturile cocleare și vestibulare cât și prin alte căi labirintogene.- Trebuie accentuat însă că nu toate labirintitele se complică cu meningită, de unde și conduita terapeutică de a nu practica craniectomia timpano-mastoidiană și labirintectomia consecutivă decât în cazul când afecțiunea labirintică constituie o adevărată amenințare pentru meninge sau când acestea -meningele au fost inoculate.-

În ceea ce privește mecanismul intim al inoculării spațiilor subarahnoidiene deocamdată nu avem o ipoteză unanim admisă, experiențele lui Quix arătând că între lichidul endolimfatic și spațiile subarahnoidiene nu există un curent centripet, ci numai unul centrifug, după cum a demonstrat Jampolski.-

Inocularea spațiilor subarahnoidiene se poate face fie prin căi preformate intralabirintice-aceasta este calea obișnuită-fie, mai rar de altfel, prin alte căi reprezentate prin necrozele labirintice, colecțiunile supurate perilabirintice și osteitele perilabirintice.-

Căile preformate intralabirintice sunt reprezentate prin aqueductul coclear, care unește rampa timpanică

cu foseta piramidală și care este permeabil pentru lichidul cefalorahidian; aqueductul vestibular care conține aparatul endolinfatic; dehiscentele capsulei labirintice și plexul vânos al meatului auditiv intern.-

Leziunile labirintice pot să intereseze separat vestibulul, canalele semicirculare sau cocleea, sau acestea vor fi prinse toate deodată.- De obicei când inflamațiunea apare primitiv la canalele semicirculare ea rămâne localizată la ele.- Afecțiunile vestibulului- abscese ale cavității vestibulare, granulațiuni fungoase, colesteatomul sau sechestrele- se propagă frecvent la coclee.- Cele mai grave ~~xxxxx~~ afecțiuni, acelea cari amenință mai mult spațiile meningeae, sunt însă infecțiunile piogene ale cocleei.-

Sintome.- Sintomele meningitice sunt datorite, pe deoparte, iritațiunei directe a scoarței cerebrale, iritațiune de ^eterminată de inflamațiunea piei-mater și a spațiilor subarahnoidiene, iar pe de altă parte, iritațiunii indirecte, produse de hipertensiunea lichidului cefalorahidian.-

Tinând seamă de intensitatea și gravitatea tabloului simptomatic, dar mai ales de modificările lichidului cefalorahidian, - modificări constatate cu ajutorul puncției lombare, care constituie după cum spune Lemaître, o ~~adv~~ărată biopsie în serie- meningitele otice pot fi împărțite în următoarele 3 forme principale:

- I.-Meningitele septice;
- II.-Meningitele aseptice, și
- III.-Hidropiziile meningitice.-

Această clasificare are o mare importanță și din punct de vedere terapeutic, pentru că după cum vom vedea mai târziu, trepanația cocleo-vestibulară este indicată numai în meningitele otice labirintogene aseptice, fiind de obicei insuficientă în meningitele septice, în cari labirintectomia totală este incomparabil mai bună.-

Dintre aceste trei forme aceea care ne interesează îndeosebi este meningita labirintogenă aseptică.-

Meningita otică labirintogenă aseptică poate fi seroasă sau puriformă, după cum lichidul cefalorahidian este clar sau turbure.-

Meningita seroasă aseptică denotă o reacțiune meningeă atenuată contra unui pericol iminent de inoculare septică a lichidului cefalorahidian, punctul focal de plecare fiind auricular (Prof. Gh. Buzoianu).-

Meningita puriformă aseptică, ca și cea seroasă de altfel, nu conține în lichidul cefalorahidian acest patogen, cari să poată fi puși în evidență direct sau prin culturi.- Ea reprezintă o reacțiune mai înaintată a spațiilor meningeie față de un pericol iminent de infecțiune.-

Meningita aseptică, cu toată sterilitatea lichidului cefalorahidian, este destul de gravă și sunt autori, printre cari Neumann, care-i atribue aceeași gravitate clinică ca și meningitei septice.- Ea poate să devină septică atunci când nu este tratată sau este insuficient tratată.-

În ceea ce privește simptomatologia, meningita aseptică, prezintă, de obicei, aceleași simptome ca ori-

și care meningită ordinară, însă ceva mai atenuate.- Spre deosebire de acestea din urmă, meningita aseptică labirintogenă prezintă în plus simptome speciale, în strânsă legătură cu labirintita distructivă, -cauza declansatoare.- În consecință tabloul simptomatic al meningitelor labirintogene aseptice va fi caracterizat prin cele trei perioade succesive-o perioadă de invaziune, una de excitațiune și una de depresiune- la cari se adaugă simptomele labirintitei distructive.-

O atențiune deosebită trebuie să acordăm semnelor de alarmă meningeală, semne traduse prin fotofobie, tendința bolnavului de a rămâne în întuneric, dureri în ceafă provocate mai ales de mișcările de flexiune, dificultatea de a închide pleoapele în mod complet, dar fără paralizie facială concomitentă- mișcări nistagmice trecătoare, semne cari ne fac atenți asupra pericolului de inoculare a meningelor.-Această precauțiune trebuie avută în vedere și în afecțiunile auriculare cele mai benigne.-Odată aceste semne apărute, intervenția precoce, în faza de meningită preseptică, este conduita de urmat, pentru că după cum spune Hautant "secretul succeselor operatorii obținute în meningite consistă în intervențiunea precoce, în timpul fazei preseptice". Dacă nu putem surprinde pe bolnav în această fază, mai târziu vom constata simptomatologia caracteristică celor trei perioade:

1.-Astfel, perioada de invaziune a meningitei aseptice seroase, se caracterizează printr'un debut lent, insidios, starea meningitică precizându-se cu greu.-

2.-Perioada de excitațiune prezintă o simptomatologie mai puțin manifestă și de obicei incompletă.-Astfel din triada meningitică semnul lui Kernig -rigiditatea lomboocrurală-de abia se poate pune în evidență, în schimb rigiditatea cefei și rezultatele puncțiunii lombare sunt totdeauna pozitive, în lichidul cefalorahidian găsindu-se o ușoară polinucleoză și leucocite nealterate. În ceea ce privește celelalte simptome ca: cefaleea, vărsăturile fără efort și fără greață, așa zisele vărsături cerebrale și constipația, simptome ce alcătuiesc triada meningitică a vechilor autori, sunt de o intensitate mai mică sau pot chiar lipsi. $\frac{1}{2}$

Temperatura nu atinge nici odată 40°, modificările pulsului, ale respirațiunii -tahipnea-cât și turburările psihice (delir, halucinație, depresiune) sunt mai puțin evidente.- Modificările de reflexe ~~reflexe~~ -exagerarea reflexelor tendinoase, rotulian și olecranian, a celor cutanate și semnul lui Babinski sunt pozitive.-

Turburările oculare consistă în fotofobie; la examenul sângelui găsim o ușoară leucocitoză.-

Contractiunile musculare nu sunt prea bine exprimate.-

3.-Perioada de depresiune se caracterizează printr'o atenuare progresivă a simptomelor de excitație a centrilor nervoși.- Astfel, în locul contracturei, se poate instala o paralizie cu caracterul hemiplegic sau monoplegic.-Respirațiunea devine neregulată și adeseori de tipul Cheyne-Stockes.-Pulsul este rapid, neregulat, slab și uneori chiar imperceptibil.-Pupilele sunt neegale, midriatice și cu reflexul fotomotor slab.- În

perioada terminală poate apărea coma, care este tradusă printr'o stare de intensibilitate a bolnavului.-

Meningita aseptică puriformă prezintă aceleași simptome, însă mai accentuate, apropiindu-se foarte mult de meningita otică septică.-

Simptomele labirintice.- După cum am văzut meningitele labirintogene tipice sunt consecința unei consecințe destructive, care se caracterizează prin următoarele simptome: ^{x/}nistagmus spontan violent de partea urechei sănătoase, deviațiune spontană evidentă și Romberg labirintic de partea componentei lente a nistagmusului. Aceste trei simptome se obțin la interogarea vestibulului afectat.-

În labirintita melcului vom găsi turburări acustice : ^{xx/}Weber lateralizat de partea urechei sănătoase sau mai puțin atinse, Schwach diminuat, limita superioară a câmpului auditiv scoborâtă.-

Oridecâteori ne găsim în fața unei labrintite destructive și concomitent constatăm și simptome de infecțiune meningitică, culpabilitatea labirintului în determinarea acesteia din urmă este indiscutabilă; în schimb, dacă în cursul unei meningite apar simptome labirintice, acestea nu ~~mai~~ mai poate fi învinuit de declașarea infecțiunii spațiilor subarahnoidiene.-

x/.-xx/Din "Le traitement des meningites otiques" de
Prof.Dr.Gh.Buzoianu.-

TREPANATIA COCLEO-VESTIBULARA

Trepanația cocleo-vestibulară consistă în deschiderea vestibulului labirintic și a cocleei, și în chinnetajul prudent al conținutului septic vestibulo-coclear (Prof. Dr.Gh.Buzoianu).-

Trepanația cocleo-vestibulară, respectând canalele semicirculare, este o labirintectomie subtotală sau parțială, spre deosebire de labirintectomia totală care este o trepanație vestibulo-cocleo-canaliculară.-In esență această operație consistă într'o vestibulotomie - o deschidere a vestibulului osos între fereastra rotundă și ovală- și în deschiderea cocleei în toată lungimea sa- deschizând în același timp, în parte, și extremitatea inferioară a rampei timpanice.-

Trepanația cocleo-vestibulară este precedată întotdeauna de craniectomia timpano-mastoidiană și aceasta din două motive: în primul rând craniectomia timpano-mastoidiană ușurează trepanația urechii interne, punând în evidență elementele labirintului și în al doilea rând pentru că leziunile focale inoculante pot să fie labirintice, dar și corticale interne în același timp, adică situate la nivelul tablei osoase interne și a regiunii auriculare.- Din cauza acestei strânse legături și interdependenței dintre cele două intervențiuni chirurgicale, primii timpi operatori din trepanație cocleo-Vestibulară aparțin craniectomiei timpano-mastoidiene sau se confundă cu ai acesteia.-

In legătură cu labirintectomia subtotală voi

expune: indicațiunile și contraindicațiunile operatorii,
îngrijirile preoperatorii,
anestezia,
timpii operatori ai craniectomiei timpano-mastoi-
diene,
timpii operatori ai labirintectomiei subtotale,
accidentele operatorii,
îngrijirile postoperatorii și
rezultatele imediate și tardive.-

Indicațiile și contraindicațiile operatorii.-

Din punct de vedere al indicațiunei conduitei operatorii, este foarte important de a stabili înainte de intervențiune dacă este vorba de o meningită labirintogenă sau nelabirintogenă, pentru a nu fi expuși la eroarea gravă de a lăsa intact, în fundul plăgei operatorii, focarul labirintic cauzal, contravenind astfel față de principiul ce călăuzește chirurgia auriculară a meningitelor otice "ablațiunea integrală a focarului septic cauzal".-

Labirintectomia subtotală are o indicațiune vitală în meningitele otice labirintogene aseptice-seroase sau puriforme și labirintite care amenință meningele în mod evident sau au servit de poartă de inoculare septică pentru spațiile subarahnoidiene -aceste labirintite sunt reprezentate prin cele destructive sau neprogressive caracterizate, după cum am văzut, prin nistagmus ocular foarte intens de partea urechii sănătoase, deviațiune segmentară puternică și cu Romberg labirintic evident.-

Dl. Prof. Dr. Buzoianu recomandă intervențiunea și

la meningitice în comă unde nu se poate studia funcțiunea labirintică, aceasta fiind o acțiune prudentă și necesară în acelaș timp.-

Celelalte turburări labirintice-labirintitele statice, neprogressive-cedează la o simplă trepanațiune de evidare mastoidiană.-

Sunt autori cari indică trepanațiunea cocleo-vestibulară și în caz de vertij, aceasta fiind o indicație funcțională.-

Contraindicațiile operatorii ale trepanației cocleo-vestibulare sunt reprezentate de agonie.- Dl. Drof. Buzoianu socotește inutilă operația și în meningitele mixte, -bacilare și piogene- în acelaș timp.- Starea deficitară a urechii de partea opusă sau o altă preocupare de ordin funcțional cade în fața indicațiunei vitale din meningitele labirintogene aseptice.-

Deasemenea nici coma meningitică nu reprezintă o contraindicație, ea putând să se amelioreze prin puncție rahidiană atât încât să permită actul operator.- Prezența ureei în urină nu este decât o contraindicație relativă.-

În consecință, în fața unei meningite labirintogene aseptice avem datoria de a interveni, eliminarea focarului septic cauzal fiind indispensabilă pentru ca acțiunea ulterioară a compușilor sulfamidați-cu o putere bacteriolitică necunoscută înșă până în prezent în lupta antimicrobiană-să producă, chiar în cazurile disperate, adevărate resurecțiuni.-

Îngrijirile preparatorii.-Labirintectomia parțială având în acelaș caracter de urgență ca și craniec-

tomia timpano-mastoidiană, îngrijirile preoperatorii sunt în general reduse, actul preoperator nefiind precedat de preparative speciale. - Totuși, în limita posibilității, vom căuta să ne dăm seama de aspectul bacteriologic al lichidului cefalo-rahidian și în consecință se va face o puncție lombară sau suboccipitală după cum recomandă Ramadier. -

Anestezia. - Poate fi generală și locală. -

Anestezia generală - cu eter, clorofom, protoxid de azot - este de ales, ea prezentând mai multe avantagii:

1. - Permite o prelungire a actului operator, atât de necesară într-o intervențiune minuțioasă cum este această "microchirurgie auriculară": -

2. - Suprimă complet percepțiunea oricărei senzațiuni fapt de o deosebită importanță pentru reușita operației, mai ales că meningiticiii sunt extrem de sensibili din cauza iritației accentuate a meningelui. -

În meningitele recente, incipiente, este recomandat să se administreze cu 15 minute înaintea intervențiunii morfină sau derivatele ei, însă în doze foarte mici, cunoscută fiind acțiunea anihilantă a morfinei asupra mijloacelor naturale de apărare a organismului și în deosebi asupra funcțiunii fagocitare. - Din aceste motive morfina este contraindicată în cazurile evaluate, infectate și intoxicate, în care^o narcoză superficială poate fi suficientă. - Administrarea morfinei este motivată prin faptul că mărește calmul produs prin anestezie și scade cantitatea de anestezic necesară unei bune narcoze. -

Anestezia locală, care ar fi indicată având în vedere starea generală de obicei rea în care trebuie să

intervenim,este greu suportată de bolnav,este insuficientă,trebuind să fie repetată în cursul operațiunii și prelungind astfel actul operator,și mai mult.-In plus în iritațiile meningeae accentuate ea este chiar inaplicabilă.-

In clinica O.R.L.din Cluj,se întrebuintează cu rezultate din cele mai bune,anestezia generală cu eter, administrat cu masca lui Ombredanne.-

Craniectomia timpano-mastoidiană consistă în următorii timpi,pe cari numai îi amintesc:^{x/}

- 1.-Evidarea petro-mastoidiană largă;
- 2.-Craniectomia propriu zisă,și
- 3.-Exploararea cavității trepanate și inspectarea exploratrice a meningelor și regiunilor învecinate.-

TECHNICA TREPANAREI COCLEO-VESTIBULARE!-

Trepanarea cocleo-vestibulară propriu zisă începe dupăce prin timpii operatori anteriori am expus vederii elementele anatomice ale labirintului.- Ea consistă în următorii trei timpi:^{xx/}

- 1.-Rezecția punții osoase dintre fereastra rotundă și ovală;
- 2.-Trepanarea cocleei și
- 3.-Chiuretajul cavităților.-

1.-Rezecția punții osoase dintre fereastra rotundă și ovală se face cu ajutorul unei dalte fine de tre-

x/.-xx/Rezumatē din "Le traitement des meningites otiques"de Prof.Dr.Gh.Buzoianu

panație.-Rezecția interesează marginea superioară a ferestrei rotunde și marginea interioară a ferestrei ovale, fiind situată sub~~er~~ orizontala ce trece prin polul inferior al acestei ferestre.-În felul acesta perforația conductului auditiv intern-un accident foarte grav, chiar azi când dispunem de chimioterapia sulfamidelor, atât de intens microbucidă,-perforație care stabilește o comunicare între conduct și spațiile subarahnoidiene, este evitată în mare măsură.-

2.-Trepanația cocleei se execută fie cu ajutorul daltei, fie cu o freză electrică.-Ea se întinde în sus până la nivelul unei linii ipotetice ce ar prelungi polul inferior al ferestrei ovale, iar înainte până la relieful curb al promontoriului.- Trepanația trebuie executată cu prudență, pentruca rezecția osului să se limiteze la capsula cocleară timpanică.-

3.-Chiuretajul cavităților cocleo-vestibulare se face cu prudență, prin mișcări fine ale chiuretei, lăsându-i ei misiunea de a îndeplini aproape singură chiuretajul intracavitar și evitând de aforța rezistențele osoase ce pot apărea înaintea ei.-Chiureta înaintează dela vestibul către cupola cocleară-evitând porțiunea superointernă a cavității obținută prin trepanație- iar înainte merge până la canalul osos al muschiului ciocanului.-Chiuretajul prudent al labirintului executat, ținând seamă de cele de mai sus și neîntins prea mult în profunzime, nu este periculos.-

Prin chiuretajul cavităților labirintice se îndepărtează conținutul septic-colestaatom, sechestre, fungozități-al focarelor locale, asigurând astfel su-

primarea cauzei focale a meningitelor labirintogene.-

Accidentele ce pot surveni în cursul trepanației vestibulo-cocleare sunt reprezentate prin: leziunea nervului facial, deschiderea conductului auditiv intern și leziunea carotidei interne și sunt datorite, în parte raporturilor intime, pe care am văzut că aceste organe le prezintă față de labirint.-

Leziunea nervului facial poate fi evitată ținând seama de limita superioară a trepanației cocleei,- o linie ce trece prin polul inferior al ferestrei ovale, deasupra acesteia găsindu-se canalul lui Fallope- și ferind peretele profund al cavității de trepanație de acțiunea chiuretei.-

Deschiderea conductului auditiv intern.- Fundul conductului auditiv intern se proiectează pe peretele intern al capsulei labirintice între fereastra ovală și nivelul aproximativ al canalului osos al mușchiului ciocanului, iar în sus se întinde până înaintea canalului lui Fallope.- Deschiderea conductului auditiv intern la acest nivel este un accident care trebuie considerat totdeauna ca fiind grav, cu deosebire în meningitele aseptice, deoarece prin comunicarea labirinto-subarahnoidiană se poate infecta lichidul cefalorahidian, transformând astfel o meningită aseptică într'una septică. Acest accident poate fi evitat nechiuretând lamele ciuruite cocleo-vestibulare și neexecutând exereza columei.-

Deschiderea canalului auditiv intern influențează și meningitele septice, agravându-le.- În menin-

gitele ~~se pot forma~~ labirintogene însă se pare că acest accident nu mai are aceiași gravitate, deoarece bariera naturală antimicrobiană dintre labirint și spațiile subarahnoidiene - barieră reprezentată printr'un țesut conjunctiv situat în fundul conductului auditiv intern este depășită, așa că lichidul cefalorahidian a fost deja inoculat.-

Leziunea carotidei interne se explică prin raportul pe care acest vas îl are cu peretele intern al urechii medii și cu coclea.- De obicei acest accident nu are o gravitate prea mare și poate fi evitat nedepășind cu trepanarea promontoriului.-

Îngrijirile preoperatorii sunt în strânsă legătură cu afecțiunea ce a determinat intervențiunea chirurgicală.- În acest caz fiind vorba de o meningită otică labirintogenă- în majoritatea cazurilor - îngrijirile postoperatorii vor consta în tratamentul local al plăgii bineînțeles că în același timp vor face și un tratament antimeningitic, dar acesta face parte din tratamentul antimeningitic propriu zis.-

În ceea ce privește tratamentul local, Dl. Prof. Dr. Gh. Buzoianu recomandă pansamente zilnice, începând chiar de a doua zi după operație, spre a evita, în felul acesta, ~~proliferarea microbiană~~ transformarea cavității septice într'o cloacă, în care proliferațiunea microbiană să continue și după trepanație.- Pansamentele se fac cu meșe de tifon triunghiulare, cu ajutorul cărora se absoarbe secrețiunea din fundul plăgei.- După aceasta se face o bae auriculară cu eter, și se introduc în

cavitata de trepanație meșe îmbibate cu eter iodofor-
mat.-

Rezultatele operatorii imediate.- Prin trepanația
cocleo-vestibulară și craniectomia timpano-mastoidiană
prealabilă realizăm două deziderate importante:

1.-Indepărtarea focarului septic infecțios labi-
rintic care a declanșat și susține infecția spațiilor
subarahnoidiene,și

2.-Decomprimare ancefalului împiedecând în acelaș
timp,o progresiune prea rapidă a hipertensiunii intra-
craniene în intervalul dintre două rahicenteze.-

Realizarea primului deziderat- exereză perfectă
sau cât se poate de perfectă a tuturor leziunilor ostei-
tice auriculare inoculate - este absolut "indispensabi-
lă în tratamentul antimeningitic, pentru că chimioterapia
microbucidă nu poate avea o acțiune efectivă, atât timp
cât persistă în vecinătatea meningelor o leziună ostei-
tică care poate inocula în permanență spațiile meningeae.
Pe de altă parte, leziunile osteitice nu sunt influențate
de acțiunea microbucidă a chimioterapiei sau sunt in-
fluențate într'o măsură nesigură, variabilă" (Prof. Buzo-
ianu).-

Rezultatele tardive ale labirintectomiei subto-
tale sunt reprezentate printr'o mutilațiune a funcțiu-
nei auditive-o surditate totală - și disparițiunea tur-
burărilor statice și a nistagmusului- cam la 15 zile
după operațiune.-

Local se constată o deformațiune cicatricială
retroauriculară.-

Mortalitatea prin labirintectomia subtotală este

redusă, iar dacă se ridică uneori până la un procent de 25% (Laurens) aceasta este datorită unei intervenții tardive.-



OBSERVAȚIUNI CLINICE.-

Observațiunea I.- F.M. în vârstă de 17 ani, muncitoare, se prezintă la consultațiile clinicei O.R.L. din Cluj în ziua de 12 Noembrie 1938, suferind de otită medie supurată cronică bilaterală-Polipoasă la dreapta și de cefalee.- În conductul auditiv stâng se găsește o macă cerumeno-purulentă, la îndepărtarea căreia se observă o mică perforațiune antero-inferioară a timpanului, prin care se scurge, din casă, un puroi ușor fetid și în cantitate mică. La dreapta, din contră, scurgerea purulentă este abundentă și fetidă. Bolnava urmează un tratament la ambulanța clinicei până în ziua de 19 Noembrie, de 7 zile. În acest interval ea n'a avut temperatură .-

Antecedente personale: la vârsta de 3 ani a suferit de scarlatină, care s'a complicat cu otită medie supurată cronică bilaterală.- Supurația auriculară ceda dintr'un timp în altul pentru a reapare cu intermitență.- Mama bolnavei declară că la 13 ani fica sa deasemenea a suferit de o afecțiune pe care însă n'o poate preciza afecțiune ce a durat 2 luni .-

Antecedentele heredocolaterale- sunt fără importanță.- Boala actuală-, cu evoluție intermitentă, datează deci dela vârsta de 3 ani.- O recrudescență a supurațiunii auriculare a survenit la sfârșitul lui Octombrie, bolnava acuzând dureri în ambele urechi, cefalee intensă, simptome ce au decis-o să se prezinte la consultație în ziua de 12 Noembrie .-

Examenul otologic.-Urechea stângă prezintă o su-purație redusă, de abia fetidă, un timpan cicatricial per forat în cadranul antero-inferior .-

Urechea dreaptă.- Conductul auditiv extern este plin cu puroi consistent și foarte fetid.-După îndepăr-tarea acestuia prin spălarea, conductul apare blocat deo masă pâlipoasă, care astupă până'n treimea externă. Cele două apofize mastoide nu sunt dureroase nici spontan, nici la presiune. Bolnava fiind afebrilă ea urmează la ambulanță un tratament de desindecțiune auriculară, fă-cându-se în acelaș timp o polipotomie dreaptă.-

La 19 Noembrie 1938 apr brusc pe neașteptate, fenomene alarmante:- temperatură de 39°, vărsături frec-vente cu caracter cerebral, stare generală rea.- In această zi bolnava lipsește dela tratament.- A doua zi, adusă de mama sa ea a fost internată cu diagnosticul de meningită otogenă- prezintă redoarea cefei semnul lui Kering de abia se schițează, un puternic nistagmus, către stânga, temperatură 39°, cefalee, vărsături și tendința de a cădea la dreapta. Deoarece la această bolnavă am-băle urechi supurează și apofizele mastoide nu sunt dureroase la presiune, o chestiune importantă care se ri-dică este următoarea: care este urechea care a provocat meningita? Procedându-se la un examen auricular bila-teral foarte atent s'a găsit următoarea formulă acu-metrică:

M.	V.C.	W.	Sch.	R.
Or. dr. 20 cm.	0.5-1 m.		10-12"	"
Or. stg. 0	0.5 "		8-10"	-

E Explorarea vestibulară a arătat următoarele simp-tome:

la 21 Noembrie 1938, în momentul intrării în clinică, nistagmus puternic la stânga și deviație segmentară la dreapta.- A doua zi dimineața nistagmus bilateral predominând la stânga, deviațiune segmentară spontană la stânga.-

Proba calorică a fost făcută cu ozonogen la 28°.- La urechea dreaptă nistagmusul drept nu este anihilat cu 13 cm³; bolnava nu are vîrtăj, nici vărsături deviația spontană către stânga nu este influențată.- La urechea stângă 20-50-100 cm³ ozonogen la 28° nu mărește frecvența nistagmusului opus spontan; deasemenea nici nistagmusul stîng și nici deviațiunea nu sunt influențate.-

La puncțiunea lombară se obține un lichid turbure, care apare în jet sub o puternică tensiune.- Examenul citologic și bacteriologic arată 1350 neucocite pe mm³; germeni nu se constată, dar la etuvă, după 72 ore, se dezvoltă streptococul viridans.-

Rezultatul examenului labirintic duce la concluzia că ambele labirinte sunt prinse, însă cel drept mai puțin ca stîngul, nistagmusul predominant către stînga demonstrează un proces în plină destrucțiune la dreapta.- Deviațiunea spontană la stînga denotă un proces în destrucțiune progresivă sau o mai mare iritațiune a fascicolului vestibulo spinal stîng. Există deci o oarecare disarmonie între simptomele obținute și o dificultate de a preciza după această simptomatologie care este labirintul responsabil.- În acelaș timp trebuie ținut seamă și de următoarele două elemente :

1.- Elementul meningitic care intervine prin hiper-tensiunea craniană și turbură rezultatele exploarațiunii labirintice :

2.-Elementul otoscopic, care demonstrează o predo-minență macroscopică de netăgăduit a leziunelor destruc-tive la nivelul urechei drepte. Făcând analiza critică a acestor elemente s'a stabilit că labirintul drept es-te responsabil de meningita labirintogenă.- În ceea ce privește turburarea cocleară, mai accentuată la stânga, s'a găsit că acest labirint cu toate că este mai distrus funcțional, se găsește în stadiul cicatricial și nu în sta-siul leziunelor destructive .-

În consedință s'a decis trepanarea mastoidei și la-birintului drept, el fiind cu siguranță calea de transmi-siune otică a infecțiunii meningee.-

Operațiunea--- a fost executată de Dl. Prof. Buzoianu asistat de Dnii Asistenți Teodorescu A. și Bodea E.

Ea a consistat într'o evidare pietro-mastoidiană tip Ramadir, cu degajarea parțială a durei mater cerebrale și cerebeloase .-

În sfârșit s'a făcut treparația labirintului, prac-ticând cu grijă ridicarea punței osoase-care leagă cele două ferestre, ovală și rotundă- și ablațiunea promontoriu-lui .-

S'a deschis d asemenea vetibulul osos și melcul. S'au controlat diverticuli osoși cu o chiuretă fină al cărui vâr era îndreptat în afară. Cu un stilet expoarator s'a controlat integritatea oasoasă, în profunzime a vestibului și a coclei în primul tur de spiră. S'a evitat, ~~chiuretajul~~ chiuretajul prea activ. După aceasta s'a făcut o baie cu eter și apoi cu tentură de iod. Drenajul cavității opera-

toare s'a făcut cu ajutorul meșelor de tifon impregna-
te cu eter iodoformat.-Meșele s'au așezat pe peretele
intern al casei timpanului fără a căuta ca ele să pă-
trundă în cavitatea labirintului trepanat.-

Mersul postoperator.-- După intervențiune temperatu-
ra scade dela 39° la $37^{\circ}3$.--In următoarele 12 zile ea a
oscilat între 36-38 grade, în ultimele 3 zile depășind
seara 38° .-- La început s'au făcut zilnic puncții rahi-
diene pentru a asigura drenajul spațiilor subarahnoidi-
ene.-Lichidul s'a clarificat progresiv, rigiditatea ce-
fei a diminuat, starea generală ameliorându-se continuu,--
In acest interval bolnava a luat 110 tablete Septoplax.-
După 13 zile dela intervențiune bolnava s'a vindecat;
ea a rămas în clinică până la cicatrizarea plăgei osoa-
se auriculare.-

Trebue remarcat că 5 zile după intervențiune con-
trolul urechii stângi arată că supurațiunea a cedat com-
plet și s'a menținut în această stare.-

Observațiunea II.-- Copilul A.Tripon de 4 ani, din
comuna Bălcești Cluj, este adus la consultațiile clinice
O.R.L.din Cluj în ziua de 27 Martie 1940 pentru un corp
strein în casa timpanului din partea dreaptă (sămânță
de roșcovă).--

Trebue remarcat căci cu o zi înainte părinții
încercaseră extracțiunea corpului strein, fapt care ex-
plică pătrunderea lui în casa timpanului,-

Sub narcoză-cu eter- se extrage cu oarecare di-
ficultate corpul strein cu ajutorul unei pense fine

auriculare specială de Dl.asistent Gârbea Stefan și Dr. Posticescu.-

După această intervenție se fac pansamente auriculare zilnice cu soluția Calot și se administrează -în scop profilactic -sulfamide (neo-coccyll).- Cu toate aceste măsuri de precauțiune la 1 Aprilie se constată semnele unei meningite-rigiditatea cefei, febră 38^o5, și simptome de labirintită progresivă dreaptă la puncția lombară se obține un lichid turbure, în care atât examenul microscopic al sedimentului, cât și în culturi se pune în evidență prezența streptococului.-

În aceeași zi -1 Aprilie se execută, sub anestezie generală cu eter, de către Dl.Prof.Buzoianu, asistat de Dnii asistent Gârbea și Dr.Posticescu-narcotizator fiind Dl.Drd.Liviu Andrei-craniectomie timpano-mastoidiană dreaptă asociată cu trepanația cocleo-vestibulară a labirintului drept.- În timpul trepanației vestibulului și cocleei, s'a găsit, în cavitatea lor, puroi.-

Evoluție postoperatorie .-- Trei zile după intervenție lichidul cefalorahidian s'a clarificat, iar streptococii au dispărut.-Chimioterapia microbicidă a fost realizată prin administrarea ~~tablete~~ tabletelor de neo-coccyll-aproximativ 100, deci 50^o gr.de 1162 F.evoluția postoperatorie a plăgei a fost normală.-Pentru întărirea inimii s'a dat, 5 zile consecutiv, picături de tinctură digitală.-Febra scăzând și lichidul fiind complet clarificat, puncțiile lombare s'au suprimat.-

CONCLUZIUNI

=====

1.-Trepanația cocleo-vestibulară consistă în deschiderea vestibulului labirintic și al cocleei și în chiuretajul prudent al conținutului septic vestibulo-coclear.-

2.-Trepanația cocleo-vestibulară a fost practică pentru întâia dată în România în Clinica O.R.L.din Cluj de către Dl.Prof.Dr.Gh.Buzoianu și colaboratorii săi.-

3.-Intervenția este indicată în meningitele labirintogene aseptice (seroase și puriforme),pe când în cele septice trepanația vestibulo-cocleo-canaliculară este de preferat.-

4.-In Clinica O.R.L.din Cluj,anestezia generală cu eter,administrat cu masca lui Ombredanne,este aceea care convine mai bine acestui gen de intervenție.-

5.-Trepanația cocleo-vestibulară,după ce s'a practicat o craniectomie timpano-mastoidiană premonitoare, consistă în următorii timpi operatori:

a) rezecția punții osoase dintre fereastra rotundă și cea ovală;

b) trepanarea cocleei și

c) chiuretajul cavităților.-

6.-Intervenția la timp (îndepărtarea integrală a focarului infecțios labirintic),decomprimarea intermitentă prin rahicenteză a hipertensiunii intercraniene meningitice,plus sulfamidoterapia în doze masive,ne asigură cele mai bune rezultate în tratamentul meningitelor otice.- Aceasta constituie singura conduită rațională de tratament în meningitele labirintogene aseptice.-

Văzută și bună de imprimat.-

DECANUL FACULTATII

PRESEDINTELE TEZEI

ss.Prof.Dr.V.Papilian

ss.Prof.Dr.Gh.Buzoianu

B I B L I O G R A F I E

- G. BUZOIANU. — Meningite otice clinic primitive. Buc. 6 Dec. 1932. Societatea Română de O.R.L. —
- G. BUZOIANU. — Elemente de otologie. Cluj 1937. —
- G. BUZOIANU. — Le traitement des méningites otiques. Paris 1940. —
- G. BUZOIANU. TEODORESCU A. și BODEA E. — Méningite septique labyrinthique .—
Trépanation du labyrinthe et sulfamide 1162 F. Guérison
Revista Stiințelor Oto-Rino-Laringologice Cluj. Aprilie 1939 .—
- G. BUZOIANU, St. GÂRBEA, RADOESCU. — Autre méningite septique labyrinthogène. —
Labyrinthectomie totale et sulfamide suivi de guérison .—
Revista Stiințelor Oto-Rino-Laringologice Cluj Aprilie 1939 .—
- G. BUZOIANU, St. GÂRBEA et E. BODEA. — Deux cas nouveaux de méningite puriforme guéris par association de la chirurgie et la sulfamidoterapie au 1162 F. Reviste Stiințelor Oto-Rino-Larin - gologice Cluj, Octombrie 1939 .—
- G. BUZOIANU. St. GÂRBEA și E. BODEA. — Craniectomia timpano-mastoidiană operațiunea tip în chirurgia focală a meningitelor otice. Revista "Spitalul" No. 1-2, Ianuarie-Februarie 1940. —
- G. BUZOIANU. — Commentaires sur les causes qui contrarient la guérison des méningites otiques a l'époque sulfamidique actuelle .—

Revista Stiințelor Oto-Rino-Laringologice
Cluj Iulie 1940.-

- G.BUZOIANU.POPOVICI et POSTICESCU.- Méningite Labyrinthique septique ástreptocoques guérie par la trépanation du labyrinthe et le sulfamide 1162 F.(Néo-coccy1)Revista Stiințelor Oto-Rino-Laringologice.Cluj,Iulie 1940.-
- CANUYT.G.- Méningite eiquë puriforme ápneumocoques d'origine otogéne chez une ancienne traumatisé du crâne et trépaneé .Traitement par l'intervention chirurgicale et la sulfamido-pyridine 693 Dagéan.Guerison.Les Annales d'oto.laryngologie No.7 1939.-
- CANUYT.G.- Quatre cas de méningite aiquë d'origine otogéne traités par l'intervention chirurgicale large et le para-amino-phénil-sulfamide 1162 F.(Septoplax)Guérison.Quelques reflexion sur Le septoplax.Les Annales d'oto-Laryngologie. 1939 No.7 .-
- GASTON.- Le traitement des méningites otogénes.Vigot Frères 1935 .-
- GASTON.- Les méningites post-aoperatoires par la labyrinthete latente .-
Les annales d'oto-laryngologie.1938.p.314.-
- HALPHEN.M.M.et SALAMON.- Septoplax et labyrinthectomie dans une méningite otogene.Annales d'O.R.L. 1939 Février No.2 p.184 .-
- HAUTANT A.- Indication et technique de la trepanation du labyrinthe.Société francaise d.O.R.L.Congres 1923 .-

- HAUTANT A.- La trépanation du labyrinthe. Notes de lecture Annales d'oto-laryngologie, 1932 .-
- LAURENS G.- Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx Paris, 1936.-
- LUND R.- Indication de la labyrinthectomie. Annales de maladie de l'oreille 1922. p. 1181.-
- NEUMANN (Vienne).- Consideration sur l'etiologie, le diagnostic et le traitement de la méningite otitique. Revue de laryngologie Janvier 1934.-
- QUIX (Utrecht).- Méningite otogène guérie par opération Société de la laryngologie des hopitaux 9 Fev. 1938 .-
- QUEX (Utrecht).- quelques points importants dans le pronostic et le traitement de la labyrinthite.- Congrès français d'O.R.L. Paris 1934 .-
- TESTUT.- Traité d'anatomie humaine. Tom III. Paris 1930.-

Finis.-

