

UNIVERSITATEA " REGELE FERDINAND I " CLUJ - SIBIU.

FACULTATEA DE MEDICINA

1755
Noi.

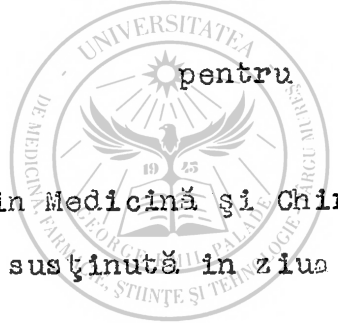
gi 60

TRATAMENTUL FISTULELOR SINUSULUI FRONTAL.

T E Z A

pentru

Doctorst in Medicină și Chirurgie, prezentată
și susținută in ziua de1940.



De

POPOVICI DAN

24 MAY 2005

INSUSITOARE DE TEMA
CR. 100/07/1940
DR. DAN POPOVICI
1940

FACULTATEA DE MEDICINA

NOI.....
DECAN : Prof.Dr. V.Papilian.

PROFESORI :

Anatomia umană	Prof.Dr.	V.Papilian
Chimia generală medicală.....	"	"
Chimia biologică	"	"
Istologie și embriologie.....	"	"
Fiziologie și	"	"
Anatomie patologică.....	"	"
Bacteriologie	"	"
Patologie generală și experim.	"	"
Igienă și medicină preventivă	"	"
Cl. medicală I.....	"	"
Cl. medicală II.....	"	"
Cl. chirurgicală	"	"
Cl. chirurgicală și a bolilor cilor urinare	"	"
Cl. ginecologică și obstetr.	"	"
Cl. dermatologică și sifiligr.	"	"
Cl. infantilă și puericultură	"	"
Cl. neurologică și endocrinol.	"	"
Cl. psihică.....	"	"
Cl. oftalmologică.....	"	"
Cl. otolaringologică.....	"	"
Cl. otolaringologică	"	"
Cl. stomatologică.....	"	"
Medicina legală	"	"
Radologie medicală.....	"	"
Istoria medicinei	"	"
Farmacologie	supl.	"
Igienă generală.....	agr.	"
Cl. bolilor contagioase	Conf."	"

JURUL DE PROTOTIP.

PREZIDIU : Prof.Dr. Gh.Buzoianu

MEMBRI : " " D.Mihail

" " Gr.Benetato

R.Peposu

I.Manta

SUPLANT : Conf. I.Gavrilă



Părinților mei, recunoștință
pentru toate scrisorile
făcute în decursul studiului.



Frății mei Livicu, toată
dragostea.

Doamnei și Domnului Vlad, toată
dragostea frățescă.

INTRODUCERE.

Ideea subiectului acestei teze mi-a fost sugerată de Domnul Prof. Buzoianu, Directorul Clinicii Oto-Rino-Laringologice din Cluj încă din luna Iunie 1940. Problema tratamentului în fistulele sinusului frontal, datorită rarității acestor cazuri, a fost citată prea puțin în literatură medicală. Două au fost motivele serioase care au impus chirurgilor specializați această problemă.

1.- Leziunea anatomică a porțelului anterior sinusului și

2.- Prejudiciul complicațiilor fronto-palpebro-oculare și cel estetic conferit de scurgerea de-a lungul obrazului a puroiului. Acestea sunt de altfel motivele și cele două obiective principale ce le urmărește tratamentul în fistulele sinusului frontal. În primul rând, refacerea anatomică și în al doilea rând, suprimarea cauzei de prejudiciu estetic al obrazului. Pentru stingeră acestor obiective s'au imaginat mai multe procedee de tratament.

În lucrarea de față am încercat să descriu tratamentul chirurgical - de altfel singurul indicat - într-un număr de 21. Prof. Buzoianu care mi-a dat în cele două cazuri ivite în clinica D-șale, rezultate pozitive. Pentru a ne forma o idee clară asupra tratamentului în fistulele sinusului frontal, mi-am împărțit lucrarea de față în mai multe capitole și anume :

- 1.- Embriologia și anatomia sinusurilor frontale,
- 2.- Etiologie și patogenie,
- 3.- Simptome,
- 4.- Tratamentul în fistulele sinusului frontal,
- 5.- Accidente operatorii,
- 6.- Complicații,
- 7.- Observațiuni clinice.

Pe această cale țin să aduc omagiile mele D-lui Prof. Buzoianu pentru onoarea ce mi-a făcut de a-mi încredința acest subiect și pentru primele îndrumări pe care mi le-a dat în clinica D-șale.

Prezint deasemenea viliile mele mulțumiri D-lui asistent Dr. Gârbea pentru indicațiunile pe care mi le-a dat în conducerea acestei teze.

Embriologie și anatomie sinusurilor frontale.

sinusurile frontale trebuiesc considerate ca nește dependențe ale foselor nazale. Ele se dezvoltă după naștere aproximativ la 2 ani și încep să apară ca o " înmugurire a celulelor etmoidale anterioare " care pătrund încetul cu încetul și în porțiunea inferioară a frontalului /Poirer. Acest fapt prezintă o importanță primordială și i vom înțelege mai ușor - considerând sinusurile frontale ca dependențe a foselor nazale - inflamațiile cavităților sinusale. Am menționat că dezvoltarea sinusurilor începe în jurul de 2 ani. Procesul continuă încet ; la 6-7 ani, ajung dimensiunile unui bob de mei și abia între 15-20 de ani ajung la completa lor dezvoltare. Fiecare sinus frontal are forma unei piramide triunghiulare cu baza în jos. Va prezenta deci trei pereți : unul anterior, unul posterior și celălalt intern ; o bază și un vârf. Baza este îndreptată în jos, iar vârful privește în sus. Peretele anterior este format din lama anterioară a osului frontal prin intermediul lui se deschide cavitatea sinusului în operațiunii. Grosimea acestui perete variază de la oțiva mm - 1 cm. Peretele posterior este format din

lema posterioară a osului frontal, care este foarte subțire. Peretele posterior separă cavitatea sinusului de meninge, lobul frontal al creierului și sinusul longitudinal superior. Peretele intern este format din despărțitoarea mediană ce separă cele două sinusuri frontale. Acest sept median poate să fie deviat de o parte sau de alta. Uneori este perforat așa încât cele două sinusuri comunică. Baza sinusului frontal răspunde în parte foselor nazale, în parte orbitei. Vârful proiectează în sus și este format din unirea peretelui anterior cu cel posterior și intern. Pe baza sinusului se găsește orificiul lui de deschidere între celulele anterioare ale etmoidului se numește canalul fronto-nasal, care se deschide în meatus mijlociu. Lungimea acestui canal este variabilă. Cu cât celulele etmoidale anterioare sunt mai dezvoltate, cu atât este mai lung și învers. În general, măsoară 10-15 mm lungime și 2-3 mm lățime. Din cauza situației variabile a orificiului inferior al canalului fronto-nasal caracterul acestui canal este dificil. Apropierea imediată a orificiilor etmoidale de orificiul inferior al canalului fronto-nasal, explică coexistența frecventă în clinică

a sinusitei frontale cu sinusite etmoidale./Prof. Buzoianu/.
Cavitatea sinusală este aproape totdeauna neregulată din cauza pereților osteomembranoși intrasinusali. Aceștia constituiesc în caz de infecții, un pericol destul de important prin diverticuli care formează, secreția purulentă fiind obligată să stagneze. În mod normal, cavitatea sinusală nu conține decât ser. Mucosa este o porțiune diverticulară din mucoasa pituitară. Glandele mucoase care se găsesc aici pot fi originea mucocelilor sau chistelor frontale. Arterele și nervii provin din vase și nervii pituitară. Venele se anastomozază cu venele intercavernice prin venele perforante.

ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE.

Din punct de vedere etiologic, ținând seama de patologie generală, fistulele sinusului frontal le putem împărți în trei capitole : în fistule post-inflamatorii, și fistule post-traumatice și fistule neoplazice. În primul rând discutând fistulele traumatice, acestea le putem subîmpărți în fistule traumatice accidentale și fistule traumatice operatorii. Ca fistule traumatice accidentale putem cita,

plăgi fistule cu întrecerea peretelui anterior al
sinosului, plângă prin arză de foc, plagă prin lovitură
de corn, căderi pe un corp tare și ascuțit. Ca fistule
traumatice operatorii, putem considera toate acelea care
urmesc o intervenție chirurgicală interesând sinusul.
A doua categorie de fistule sunt cele provenite drept
complicații a proceselor inflamatorii sau cronice
supurete de la nivelul sinusului frontal.

Exteriorizarea este una din principalele complicații
ale sinusitei frontale purulente acute, proces
care se poate face atât la nivelul peretelui anterior
sau inferior orbital. Din punct de vedere clinic ea se
poate prezenta în trei forme / Clinică Prof. Suzoianu /:
forma infiltrativă, forma colectată și forma fistulizată.
a) în forma infiltrativă avem o roșeață intensă a tegu-
mentelor și foarte dureroasă atât spontan cât și la
presiune. regiunea se edematiază și se infiltrază,
făcându-ne să binuim exteriorizarea procesului la
nivelul unghiului orbital supero-intern. Această formă
infiltrativă este însoțită foarte adeseori de o stare
generală alterată prin ridicarea temperaturii, agitații

etc. Ea poate să cedeze în 4-5 zile prin amandarea fenomenelor locale și generale, rămânând doar durerile caracteristice sinusitei. b/ A doua formă de exteriorizare este cea colectată. Ea nu se deosebește ce aspect clinic local și general de cea infiltrativă decât că această se resorbe în câteva zile, reacțiunea tegumentelor dispărând iar această formă duce la formarea unui absces care se poate scobori pe întreaga pleoapă superioară. c/ Cea mai importantă formă care ne interesează pe noi este forma fistulizată. Dacă în cele două forme discutate anterior este posibil să nu existe o fistulă osoasă, procesul inflamator infiltrativ sau colectat să fie mai mult datorit unui proces de osteo-periostită a peretelui frontal anterior sau peretelui orbiter, în forma fistulizată există totdeauna o fistulă osoasă și una cutanată. Fistula osoasă este situată în cele mai multe cazuri în peretele orbiter, mai ales în porțiunea internă, putându-se forma și în partea externă, datorită faptului că acest perete este cel mai subțire. Ea se formează întotdeauna în urma difuzării procesului inflamator la nivelul osului, dând osteo-periostite distructive. Prin continuitate cu fistu

ocasă se formează fistula cutanată care poate fi localizată în regiunea arcadei orbitare în plină sprinceană sau în partea internă a gârului palpebral superior. Căutăm mai rar fistulizarea se face în regiunea lacrimală. În afară de aceste forme de exteriorizare a sinusitei frontale separate acute, mai există exteriorizări a proceselor cronice supurative sinusale survenite în urma reinoculării infecției sub influența corizelor, abia perceptibile, care reproduc într-o oarecare măsură simptomele a procesului supurativ acut. Exteriorizarea supurației în acest caz este adeseori o consecință tardivă a reinoculării infecției și se prezintă cu aspect la fel ca cele din formele acute. Am discutat până acum fistulele sinusale ce iau naștere din procesele inflamatorii acute sau cronice nespecifice. Este cazul să amintim că fistulele provenite în urma proceselor inflamatorii specifice, ca fistulele tuberculoase localizate la acest nivel, care sunt excepțional de rare uneori de semnalat. Cazurile publicate în general sunt foarte puțin numeroase și aproape întotdeauna s'au observat la fizicii înaintați, în urma extensiunii leziunilor bucale sau nasale coexistente. Unele fistule anterioare

post inflamatorii ale sinusului frontal pot fi concomitente cu fistule profunde ale corticalei craniene spre endocraniu sau cu fistule care pot să lezeze septul intersinusul infectând sinusul opus. Menționăm încă fistulele neoplazice care, în urma supurației, pot să dea naștere la complicații. În sfârșit amintim mucocelul, care, în cazuri foarte rare, poate să supureze măgându-se în acest caz fenomene inflamatorii comparabile cu totul sinusitelor frontale supurate. Această supurație se poate exterioriza prin fistulă dând complicații la nivelul ochiului și a pleoapelor sau poate să infecteze sinusul opus și în fine să dea naștere la complicații endocraniene.

Simptome.

Simptomul primordial este scurgerea de lichid transformat / puroi / din cavitatea sinusului infectat, prin orificiul extern al fistulei. Acest puroi poate ajunge în regiunea orbitară, interesând globul ocular și pleoapele, producând o infecție secundară. Din punct de vedere obiectiv, la nivelul orificiului extern al fistulei se pot descrie uneori ulcerațiuni mici, care sunt însoțite de o exsudație. Considerând fistulele sinusului frontal ca o consecință a unui proces inflamator

sau cronic acut sau cronic reincalzit, vor urma simptomatologia sinusitei purulente acute sau cronice cuuzale.

Tratamentul in fistulele sinusului frontal.

Tratamentul in fistulele sinusului frontal va fi intotdeauna chirurgical și constă in intervenția operatorie pe cale externă. Operația se bazează : 1/ pe deschiderea sinusului și 2/ drenarea lui.

Doate procedeele actuale prin care se deschide sinusul sunt bazate nu numai pe respectul esteticii, ci și ales pe scopul de a obtine cura radicală, adică tratamentul definitiv. Se vor înalțura indicațiile disgrațioase atât cât e posibil și rezecțiile osoase subtile. In realitate, astăzi există două căi principale pentru a aborda pe cale externă sinusul frontal. Sau trepanand peretele anterior in partea sa inferioară /Ogston-Luc. Lothrop și Coblescu / sau trepanand peretele orbiter la nivelul unghiului superiorintern. / Jansen Jaques /. Aceste procedee au avantajii și inconveniente și trebuie cunoscute deoarece sunt susceptibile de a fi utilizate și combinate in cursul operației. Trepanația pe cale frontală. Aceasta trepanație poate fi : 1/ totală,

adecă să cuprindă tot peretele anterior al sinusului. Această operație utilizează a întrebuițato Tilly. Astăzi nu se mai practică. 2/ Parțială, limitată la un segment al peretelui. Acesta este procedeuul lui Ogston luc modificat, întrebuițat în Clinica O.R.L. din Cluj de către Domnul Prof. Buzoianu și 3/ prelungită spre etmoid, procedeuul întrebuițat de Taplas. Noi vom descrie aci pe larg procedeuul lui Ogston luc modificat care a fost urmat în clinica noastră dând rezultate bune. Timpii operatorii cuprind : anestezia, incizia tegumentelor și rezecția nervului frontal, trepanarea sinusului, chiuretajul sinusului, chiuretajul etmoidal și drenajul frontonasal.

Anestezie. Anestezia poate să fie generală sau locală, după alegerea operatorului. Anestezia generală se face cu cloroform ; după ce bolnavul a adormit se va tampona fosa nazală respectivă pentru a împiedica scurgerea sângelui în căile respiratorii. Anestezia locală este cea preferabilă. O jumătate de oră înainte de operație se va face o injecție de scopolamină-corfina. Anestezia locală cuprindă mai mulți timpi : a/ anestezia fosei nazale și a regiunii etmoidale, b/ anestezia părții

noi, c/ anestezia nervului frontal și d/ anestezia
ranurei etmoidale.

a/ Anestezia fosci nazale și a regiunii etmoidale
se face prin introducerea în partea superioară a foselor
nazale a unei moșe lungi înțebată în secțiunile 10 % și
adrenalină. b/ anestezia părților noi se face prin
infiltrația dermică și tractul incizional și injec-
țiunea subcutanată de novocaină, adrenalină 1 %, încercu-
ind zona operatorie.

c/ Nervul frontal se va anestezia, în poala bifur-
cațiunii sale.

d/ În anestezia ranurei etmoidale se va intru-
buia 4 cc din soluția 2 % care se injectează dedesub-
tul comisurii palpebrale interne.

În clinica r-ului Prof. Burzoianu se practică de
preferință anestezia locală. Această anestezie se execută
prin infiltrația cu novocaină 1 % a nervului nazal in-
tern, care inervează mucoasa și a nervului supraorbi-
tar care dă sensibilitatea tegumentelor. Chiar când se
trebuie să unilaterale este indicată anestezia bilate-
rală Nervul nazal intern este abordabil la o profun-
zime de 2 cm. în unghiul superointern orbitar,

nervul supraorbital la aceeași profunzime sub arcade orbitare. Se recomandă anestezierea și a trunchiului nervului maxilar în partea sinusului care se va opera, la nivelul fosei pterigo-maxilare. Anestezia mucoasei nazale se va și face prin badjonare cu cocaine 3 %.

Incizia tegumentelor și decoleză nervului frontal.

Incizia se va face la nivelul arcadei orbitare în linia aprincesei până la ptea mai ușor ascunde ultelor electrice. Se decolează apoi periostul cu o spuză. De inserția scripetelului oblicului mare nu dă decât o diplopie trecătoare. După ce se face hemostaza și ligaturile vaselor, se procedeză la descoperirea nervului supraorbital a cărui rezecție este indicată pentru a evita înglobarea trunchiului nervos în țesutul cicatricial și în consecință nevralgiile ulterioare.

Etapele sinusului și chiuretajul endo-sinusal. Se saciază periostul frontal care este adeseori foarte aderenț, al rădăcinii nasului și al unghiului supero-extern al cavității orbitare. Se decolează apoi prudent sacul lacrimal și scripetele marelui oblic. Se atacă osul imediat deasupra suturii fronto-

maxilare, unde este punctul de reper pentru intrarea
in sinus. După deschiderea sinusului se explorează
cavităţea cu ajutorul unui stilet care se pune in
curent cu mărimea sinusului, dacă el e mare sau mic,
apoi se prelungeste trepanarea așa fel ca orificiul
să fie cât mai mic posibil, suficient însă pentru a
putea aborda anfractuozităţile sinusale prin chiuretaj.
In caz că avem un sinus voluminos, se rezică peretele
anterior sub forma unui dogel de alungă cu o prelungire
superioară in sens vertical. Prin această pricoadă se
evită o cicatrizare mutilantă. Chiuretajul endosinusal
se practică cu foarte mare delicateţe pentru a evita
complicaţiunile intra-craniene şi septicele. Mucosa
peretelui posterior nici nu va fi chiuretată dacă nu
prezintă fungozităţi. In caz când acesta este necesar,
atunci se va chiureta, dar foarte uşor şi superficial
sau va fi cauterizată cu clorură de zinc 10 %. Dacă dura-
mater va fi descoperită şi cu fungozităţi, nu se va
chiureta niciodată. Peşsemenea şi fungozităţile
orbitare, dacă ele există prin necrozarea peretelui
inferior, nu se va chiureta şi vor fi tratate prin
pansemente antiseptice. Chiuretajul endosinusal,

va fi înlocuit prin/ cauterizării și funcționițiile vor fi ciclate cu pensa în sinusitele frontale reîncălzite.

Chiuretajul etmoidal și drenajul fronto-nasal.

Acușt timp operator poate prezenta cea mai mare importanță din două motive : labirintul etmoidal constituie un focar de infecție care poate fi sursa unei reinfecții din jos în sus a sinusului frontal. Pe de altă parte, prin situa, iunea sa anastomică așezată între sinus și fossele nasale celulele sale jonează scurgerea puroiului și a secrețiilor post-operatorii. Chiuretajul etmoidului se va face pentru control chiar dacă a fost realizat într un timp anterior pe cale nazală. Pentru abordarea etmoidului este necesară o prelungire a trepanării în partea inferioară peste apofiza montantă și oasele proprii ale nazului. Chiuretajul se va practica cu ajutorul penselor obișnuite și apanselor lui Luc. Se respectă în rezecție porțiunile inferioare a apofizei montante, peretele intern orbiter, pentru a nu se produce ulterior o herniere a conținutului orbitei spre fossa nazală și pentru a se înlătura o stenozare a canalului fronto-nasal. Se lărgiște apoi canalul frontal cu

ajutorul chiuretelor îndreptate totdeauna cu partea
epietoare în față. Acest timp este terminat când s'a
obținut o cavitate care face și comunica larg fosile
nazale cu intrul frontal. În sinus se lasă o rețea impreg-
nată cu ulei gomolizat 3 %, capătul ei opținând prin canalul
frontal la nivelul narinelor. Această rețea se scoate a doua
zi, cultura plăcii fiindu-se incomplet cu lăsarea unui
orificiu de supraveghere și climatizării. Dacă necesar, se di-
minuă, rețeaua de drenaj se pot schimba tot la 2 zile. În ace-
leși timp se recurge la tratamentul adjuvant cu instilări
gomolizate și inhalazioni mentolate. Căletrizarea completă
survine după 4-5 săptămâni.

Accidente operatorii.

Accidentele operatorii sunt excepționale.

Sunt rare cazurile când putem lesa dura mater și penetra
în sinusul opus sau în orbită. Când peretele opus este
trec sau foarte subțire și friabil, putem ușor pătrunde
până la dura mater. În acest caz trebuie să lăcăm sinusul
deschis și să drenăm larg. Deschiderea sinusului opus
poate să fie realizată în caz de chiuretaj prez violent
sau când avem deviație septului inter-sinusal. În acest

caz perforația poate fi favorizată de estolita consecutivă. Deschiderea orbitoi va fi evitată în timpul chiuretajului pleoazelor sinusali și a canalului frontomaxilar.

COMPLICAȚII.

Avem complicații benigne și complicații grave.

a/ Complicațiile benigne. Acestea sunt edemul palpelelor și conjunctivite, care cedază la pansamentul zilnic și ocluziunile cu peroxid și instilațiile cu colir. Apoi avem encefalite hemisferale ca urmare a secțiunii nervului supra-orbital, epifora, care este provocată de leziunea căilor lacrimale superioare; diplopie, dacă scripetele a fost detașat în cursul operațiunii.

b/ Complicații grave. Ele sunt datorite unor greșeli operatorii. Operația necompletă sau o eroare de diagnostic, ca necunoaștința unei sinusite frontale opuse, care reinfectează sinusul operat, sau a unei complicații intracraniene, preexistente trepanției; insuficienței chiuretajului la nivelul prelungirilor orbitare sau temporale, opera-

ția infectantă datorită unui chiuretaj prea viguros a pereților sinusului de unde poate rezulta un proces de osteită traumatică sau osteo-mielită. În sfârșit operațiunile cu extracțiunea regiunilor peri-sinuzale care determină infecțiunea celulelor sinus frontal prin perforația septului inter-sinusal, o meninșită prin lezarea lamei cribroforme sau accidente orbitare. În fine, se pot produce fistule.

OBZERVATIUNI CLINICE.

1/ Fistula fronto-orbito-palpebrală stângă cu abces extradural al localului frontal stâng.

Candrea George, în vârstă de 58 ani din con. Neagra, jumăt. Turda a fost trimis de Clinica Oftalmologică la data de 19 Iunie 1940 cu fistulă orbito-palpebrală stângă.

Antecedente heredo-colatorale : Copil mort la 10 ani după morbul lui Pott.

Antecedente personale : În afara unei infestații bianoragice, neaște orice boală infecto-contagioasă.

Istoricul bolii actuale : Încalate cu 5 ani

Bolnavul a suferit un traumatism în regiunea fronto-orbitară stângă, producându-se o plagă care a supurat aproape un an de zile. În acest timp bolnavul prezenta hemieranii intermitente cu amețeli și turburări în acuitatea vizuală stângă. Se internază în spitalul din Abud de unde, după o săptămână de pansamente, s-a întors cu oarecâ ameliorat. După câteva săptămâni durerile de cap revin, însoțite de amețeli și acuitatea vizuală dispare, stare care-l obligă să stea la pat. În toamna anului 1938, se prezintă la Serviciul clinicul oftalmologică, care-l îndrumază la clinică noastră, unde constatăm o fistulă cronică în regiunea orbito-palpebrală stângă, ce nu deviază de sinusul frontal și se indică tratament specific de probă cu toate negativitatea reacțiilor serologice. Mai târziu hemieranii stângă se accentuează, fiind însoțită de temperatură și turburări grave din partea globului ocular stâng, bolnavul a fost deciz să se prezinte din nou la Serviciul clinicul oftalmologică la data de 14 Iunie,

de unde este trinia clinicei U...L. la 19 Iunie 1940.

Examen U...L.

Buco-faringoscopie : dinți pioreici, și cerii multiple.

Rinoscopie. Rinită cronică cu tendință atrofică dreaptă.

Otoscopie. Otită cicatricială dreaptă cu surditate de transmisie.

În regiunea orbitor palpebrei stângi se constată o fistulă supurată cronică, care datează de 3 ani de când bolnavul a suferit traumatismul în această regiune. Această fistulă a dus la următoarele complicații oculare: ectropion cicatricial al pleoapei superioare stângi și stafilon corneean perforat opac cu înclavarea cristalinului. Re

Temperatura 38° 4.

Examen general : negativ.

Intervenția.

A fost executată de Prof. Buzbianu, asistat de Dr. Gârbea. După dezinfectia campului operator cu tinctură de iod și alcool, se practică o anestezie loco-

loco-regională / nervii etmoidali, supraorbitarul și maxilarul superior stâng în fosa pterigo-maxilară și tegumentele din regiunea orbitară stângă / cu o soluție de novocaină 0,75 %, bolnavul primind în prealabil un etar. pantopon. Se practică o incizie de-a lungul arcadei sprâncenoase, coborâtă prin unghiul intern al orbitei până la șanțul nasogenian stâng, efectuându-se în același timp hemostaza cuvenită. Se decolază periostul dând peste o fistulă osasă al cărui sondaj ne ducea până la dura lobului frontal. După sondaj apărea pe fistulă o secreție purulentă, ușor fetidă. Se trepanează regiunea arcadei sprâncenoase în porțiunea fistulei după procedeul Ogston-Luc perfecționată / *prof. Buzoianu, Trepanarea se face cu oarecare dificultate, porțiunea verticală a osului frontal având în jurul fistulei o grosime între 2-3 cm. După trepanare, la mai largă în jurul fistulei se găsește dura lobului frontal, prin cu fungozitatea, se descoperă pe o suprafață de aproximativ 3-4 cm până apare dura sinătoasă.

Pentru a putea ajunge la aceasta a fost nevoie de o prelungire a inciziei în sus, în regiunea fron-

telă. Se continuă trepanația spre porțiunea internă a
arcadei sphenocenoase, dând peste o cavitate de mărimea
unei boabe de fesole care nu era altceva decât sinusul
frontal redus de volum. Trepanând și regiunea etmoidală
apare un val de puroiu sub tensiune care trăda o etmo-
idită supurată cronică. Se chiuretează parțial etmoidul
stâng. În cursul acestei intervenții cristalinul în-
clavat se elimină complet. Se prind cu șgrefele
buzole plăgii, lăsându-se o meșe pentru drenaj. A doua
zi temperatura se reduce la 37,5. Se schimbă pensamen-
tul, care apare imbibat cu secreții purulente din etmo-
id. A treia zi, temperatura revine la 38, fapt care
determină să înălțurăm toate șgrefele pentru a drena
plaga etmoidal larg. Temperatura se reduce din nou, treptat
până la 37°. Cicatrizarea plăgii evoluează în mod
normal. La fiecare pensament însă se apare dinapre et-
moid o cantitate de secreție purulentă care ne determină
să chiurețăm din nou etmoidul. După acest chiuretaj,
plaga se cicatrizează rapid, astfel că după 7 săptămă-
ni dela operație, bolnavul părăsește clinica complet
vindecat.

CONCLUZII.

1.- Fistulele fronto-orbitare ale sinusului frontal, constituiesc o afecțiune destul de rară ; unele fistule anterioare ale sinusului frontal pot fi concomitente cu fistulele la profunde ale corticalei craniene spre endo-cranii.

2.- După etiologia lor putem avea fistule epostene post-inflamatorii, secunare post-traumatice și fistule neoplazice. Ce mai cunosc fistulele sinus-frontale în mucocelele sinusului frontal.

3.- În mod obișnuit, fistula fronto-orbitală a sinusului frontal de cele mai multe ori este produsă de osteită veche a sinusitei frontale.

4.- În majoritatea cazurilor, fistulele anterioare ale sinusului frontal nu dau complicații oculare și palpebrale.

5.- Tratatamentul este numai chirurgical și constă în cură radicală a sinusitei purtătoare, adică cauzează inflamația sinusului. În fistulele neoplazice, tratamentul se confundă cu terapia îndreptată contra neoplaziei sinusului frontal.

6.- Procedeele operatorii radicale, întrebunțate în clinica otorino-laringologică din Cluj este o metodă derivată din procedeele Gustin - luc perfectioană.

Văzută și bună de imprimat

DECANUL FACULTĂȚII :

PROFESORUL CATEDREI :

ss. Prof. Dr. V. Popilian

ss. Prof. Dr. Gh. Suciianu

BIBLIOGRAFIE.

- Prof. Dr. Ct. Buzoianu : Rinologia.
- Leupens Georges : Chirurgie de l'oreille du nez, du pharynx et du larynx.
- Fougue S.: Précis de pathologie externe.
- Testut L.: Traité d'anatomie humaine.
- Papilian V. : Traité de anatomie umană.
- Terracola : Les maladies de fosse nasale.
- Laurens G. : Oto-rhino-laringologie du médecin praticien.

