

## CONSIDERAȚIUNI ÎN LEGĂTURĂ CU DIAGNOSTICUL PRECOCE ȘI TRATAMENTUL OTOANTRITELOR LA SUGARI.

*Dr. Puskás Gh., Indig B., Marmor J., Dr. Kertész A., Dr. Togănel J.*

Cunoștințele noastre privitoare la otoantrita sugarului datează de la începutul secolului al XIX-lea. În jurul anului 1800 *Wendt*, *Kutscherlanzt* apoi *Tröllsch* publica observațiunile lor în legătură cu otoantritele sugarilor. Cel din urmă găsește în stînga temporalului a 25 sugari, procese supurative destructive și stabilește că fiecare dintre sugarii necropsiați era distrofic. În anul 1884 *Czerny* și *Mozer* publică observațiunile lor în legătură cu un material vast și stabilesc că dispepsia și enterocolita se asociază foarte des cu otita supurativă. În schimb *Gradenigo* și *Penzo* în anul 1891 apoi *Heermann* în anul 1894 au afirmat că procesele anatomo-patologice din urechea medie și din antru survin post mortem, iar cele clinice „otita medie concomitentă” sînt fără importanță.

La începutul secolului al XX-lea, bazându-se pe examinări bacteriologice în serie *Preysin* constată ca majoritatea proceselor otice purulente sînt cauzate de pneumococi. În anul 1921 *M. Renaud* ridică problema mastoiditei latente. *Mc. Kim Marriott*, *Alden* și *Lamy* pun în evidență streptococul din secreția antrală cu ocazia intervențiilor și se străduiesc să găsească legătura dintre procesul otic și starea distrofică a sugarului. *Finkelstein*, *Sokolov*, *Strasnikova* stabilesc în mod cert strînsa legătura între procesul otic și diareele acute pe de o parte și distrofie pe de altă parte.

Începînd din anul 1930 se executa tot mai des antrotomia, deși încă nu este clarificat faptul dacă distrofia este urmarea procesului otic sau dacă antrita este o complicație a distrofiei.

Noi sintem de părerea a celor, care nu desconsideră importanța otoantritei, survenite drept complicație a îmbolnăvirilor căilor respiratorii superioare, și care prin rolul de focar parental persistent duce spre distrofie; dar considerăm mai frecventă apariția otoantritei drept o complicație a enterocolitelor și distrofiilor care agravează, prelungește sau uneori duce la un sfîrșit letal.

În cele ce urmează prin modesta noastră experiență dorim să contribuim și noi la rezolvarea problemelor și astăzi actuale ale diagnosticului precoce, tratamentului și indicațiilor chirurgicale la bolnavii cu otoantrită.

La sugari există doua feluri de antrite, o formă acută întilnită mai rar cu un proces supurativ subperiostal „antrită manifestă” și o formă întilnită mult mai des cu simptome clinice mai sarace „antrită latentă” sau „ocultă” de care ne vom ocupa în referatul nostru. Cu toate că această problemă ne preocupă încă din anul 1950, pentru a fi mai concisi, vom prelucra numai datele anului 1953, deoarece într-un referat anterior am publicat deja unele amănunte. Dintre bolnavii internați în anul 1953, 9% au suferit și de otită. Dintre toți bolnavii de urechi 25% aveau antrită, adică în 45 de cazuri. Repartizarea bolnavilor pe grupe de vîrstă este următoarea: de la 0—3 luni 18%, de la 3—12 luni 64%, iar peste 12 luni 18%. Dintre bolnavii noștri 24% au fost alimentați natural, 31% mixt și 45% artificial. Dintre bolnavi 42% au fost eutrofici, 55,5% distrofici și 6,5% atrofici.

Deci majoritatea bolnavilor cu antrită au fost distrofici și alimentați artificial. Cu cea mai mare probabilitate în 65% din cazuri otoantrita a fost primară, deci cauza distrofiei, iar în 35% complicația distrofiei.

Pentru stabilirea unui diagnostic precoce cît mai just, am studiat la bolnavii noștri următoarele: 1. anamneza, 2. starea de nutriție, 3. temperatura, 4. tabloul sanguin calitativ, 5. rezultatele examenului otologic, 6. radiografia și 7. ne-am bazat pe datele furnizate de intervenția chirurgicală.

1. În 39% a cazurilor de otoantrită, ele au fost urmate, asociate sau precedate de boli diareice (dispepsie, enterocolită, dizenterie), iar în 55% a cazurilor de boli ale căilor respiratorii. Rolul complicat și pregătitor al acestor maladii prezente în 44% a cazurilor este covârșitor. În lipsa lor diagnosticul de otoantrită e foarte îndoielnic, în schimb în prezența unei afecțiuni gastro-intestinale, bronhopulmonare sau mai ales a unei distrofii cu caracter tenant, otoantrita poate fi confirmată chiar și în absența semnelor clinice corespunzătoare.

2. Curba ponderală stagnantă sau cu tendință de scădere nedietogenă sau scăderea bruscă a greutateii sau imposibilitatea de a o recîștiga, presupune la sugar o otoantrită chiar și în lipsa unor semne sigure și mai ales în prezența unor ascensiuni febrile, temporare.

3. Nu este patognomonică, dar este totuși semnificativă curba termică a sugarului distrofizat cu otoantrită. Temperatura depășește rar 38 grade Celsius. De cele mai multe ori observăm subfebrilitate oscilantă. Perioada febrilă de cele mai multe ori durează doar una sau două zile, ca după cîteva zile, eventual săptămîni de pauză, să se prezinte din nou. Curba termică a sugarului distrofic tinzînd spre hipotermie, prezintă ici-colo cîte un croșet termic. În perioadele febrile examinăm repetat și cu atenție urechea,

deoarece în această perioadă secreția otică existentă se accentuează, sau scurgerea se produce chiar în acel moment. Ridicarea temperaturii poate fi și semnul unei retenții.

4. După observațiunile noastre, variația leucogramei și a tabloului sanguin calitativ nu au o valoare patognomonică, cu toate că întîlnim frecvent leucocitoză cu un tablou sanguin deviat spre stînga. În același timp se poate observa și un tablou sanguin normal, chiar în cazurile adevărate prin intervenție. Nu am avut ocazia să constatăm pe nici un material mai vast leucocitele cu nucleu picnotic, vacuolele plasmactice descrise de *Lukács* și colaboratorii săi ca semne speciale.

5. În ceea ce privește valoarea diagnostică a duratei procesului otic am observat că la sugarii atrofici, un proces care trece peste 14 zile cu secreție mai mult sau mai puțin abundentă, pledează pentru antrită.

În 96% a cazurilor, unde secreția a persistat pînă la 20 de zile, am găsit antrită confirmată și prin intervenție. În majoritatea cazurilor scurgerea pornește numai după 24 de ore de la intervenție, din cauza viscozității secreției și a edemului aditusului. Evacuarea secreției este împiedicată uneori de către mucoasa prolabată, în care caz paracenteza trebuie să fie repetată după 24-48 ore.

6. La majoritatea bolnavilor cu suspiciune de antrită am efectuat și radiografiile. Evaluarea radiografiei este îngreunată de către structura specifică a mastoidei sugarului. Mastoida sugarului este încă insuficient dezvoltată, compusă propriu zis dintr-un antru mare care este mărginit de o lamă osoasă spongioasă, subțire și fragilă. Dintr-o osoasă a mastoidei se dezvoltă încet și în consecință întîrzie și pneumatizația, care ar fi condiția primordială pentru reușita radiografiei. Cu toate acestea radiografia efectuată în mod corespunzător ne dă indicații asupra proceselor din mastoidă, respectiv despre procesele din jurul antrului indicîndu-ne dacă procesul este acut, cronic sau distructiv.

Noi am folosit pentru radiografiile metoda *Geffert-Suhat* modificată de către *N. Balaban*. Experiența noastră ne arată, că în ciuda greutăților tehnicii radiografiei, metoda de mai sus dă un ajutor prețios clinicianului, în cazul cînd radiografia este asociată datelor clinice și de laborator.

Radiografiile bolnavilor noștri cu antrită le-am considerat pozitive în 57% a cazurilor, negative în 15% a cazurilor și neapreciabile în 18%.

7. Înainte de a comunica rezultatul intervențiilor, atragem atenția asupra unor modificări macroscopice și histologice importante în aprecierea datelor obținute cu ocazia intervenției. Conform părerii lui *Witmack* pneumatizația mastoidei ia naștere în mod treptat și se termină numai după vîrsta de un an. Datorită specificului anatomic, atît eaza timpanului, cît și antrul se infectează ușor. În schimb infecția împiedică respectiv întîrzie pneumatizația fiziologică și îngreunează aprecierea atît macroscopică cît și microscopică. În urma procesului inflamator secreția viscoasă din antru nu se resoarbe, osificația este insuficientă și la intervenție chirurgicală găsește țesuturi moi, asemenea celor granulative, pe care le poate considera patologice, deși acestea sînt resturile procesului fiziologic. Histologic este vorba numai de transformările mucoasei care cîmpușează antrul și urechea medie și încă nu este prezent procesul osteomielitic, care poate fi observat în genere doar după vîrsta de șase luni, tocmai din cauza specificului anatomic arătat mai sus. Procesul corespunde în principiu unei inflamații acute sau cronice. La aceasta din urma predomină țesutul granulos față de secreția mucoasă sau muco-purulentă pe care o întîlnim la inflamațiile acute.

Histopatologic în cazurile noastre rezultatul a arătat un proces acut în 40%, un proces cronic în 50% și negativ în 10% a cazurilor. Secreție mucoasă s-a găsit în 5% a cazurilor, muco-purulentă în 17%, purulentă în 58%, țesut granulos în 10%, iar în 10% nu am observat nimic patologic.

Deci diagnosticile noastre au fost confirmate în 90% a cazurilor prin intervenția efectuată, iar în cele 10% a cazurilor cu rezultat negativ, sugarii atrofici operați au arătat o lentă creștere în greutate. Dintre cele 45 de cazuri operate am pierdut doi sugari, unul în timpul intervenției, iar celălalt la cîteva ore după aceasta. La ambii s-a găsit o secreție muco-purulentă în antru. Nici cele două cazuri nu le considerăm pierdute

din cauza intervenției. Ambii sugari fiind grav atrofici și decompensați și neputându-i scoate din starea aceea, am apelat la intervenție, ca la un ultim refugiu.

Credem că intervenția trebuie să fie executată în toate cazurile cind afecțiunea otică durează de peste 3 săptămâni și aceasta mai ales dacă este vorba de sugari atrofici. În ultimul timp unii cred că nu este tocmai motivată activitatea chirurgicală susținută și de noi, considerată de ei excesivă, deoarece procesul observat în antru nu este altceva decât o stagnare în dezvoltarea fiziologică a mucoasei antrale ca o urmare a infecției urechii medii, deci nu este antrită. Procesul considerat patologic, conform acestei păreri, nu este altceva decât starea specifică a antrului respectiv a mastoidei la vîrsta corespunzătoare. În acest caz intervenția pare prematură, deoarece procesul se rezolvă și fără aceasta. Alții susțin că azi, în epoca antibioticelor, administrarea lor parenterală sau după unii chiar locală, duce la vindecare și fără intervenție. În condițiile posibilității de administrare a unei game largi de antibiotice, părerea noastră s-a modificat doar într-atît în cît în fiecare caz încercăm și acest tratament, dar dacă datele clinice și de laborator, enumerate mai sus par să confirme antrita, executăm intervenția fără întîrziere.

Tratamentul proceselor otice acute cu antibiotice pare a fi eficace dacă se începe din timp și sub observația medicului specialist.

---