

87
UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 407.

MASTOIDITA GRIPALĂ

UNIVERSITATEA DE ȘTIINȚE ȘI TEHNICĂ
TEZĂ
PENTRU DOCTORAT
ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ
ÎN ZIUA DE 15 Iunie 1928.

DE
FARKAȘ ALEXANDRU



„MINERVA” INSTITUT DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE S. A. CLUJ.
1928.

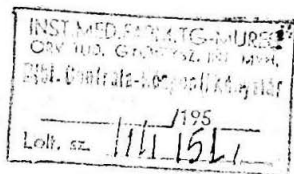
UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 407.

MASTOIDITA GRIPALĂ

UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
TEZĂ
PENTRU DOCTORAT
ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ
ÎN ZIUA DE 15 Iunie 1928.

DE
FARKAȘ ALEXANDRU



24 MAY 2005



„MINERVA” INSTITUT DE LITERATURĂ ȘI TIPOGRAFIE S. A. CLUJ.
1928.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan: D-nul Prof. Dr. MIHAIL A. BOTEZ

Profesori:

Patologia generală și experimentală	D-l Dr. Botez A. M.
Istologia și embriologia umană	" " Drăgoiu I.
Clinica infantilă	" " Gane T.
Clinica ginecologică și obstetricală	" " Grigoriu C.
Istoria medicinei	" " Guiart I.
Clinica medicală	" " Hațiegan I.
Clinica chirurgicală	" " Iacobovici I.
Farmacologia și farmacognozia	" " Martinescu Gh.
Clinica oftalmologică	" " Michail D.
Clinica neurologică	" " Minea I.
Medicina legală	" " Minovici N.
Igienă și igiena socială	" " Moldovan I.
Radiologia medicală	" " Negru D.
Fiziologia umană	" " Nițescu I.
Farmacia chimică și galenică	" " Pamfil Gh.
Anatomia descriptivă și topografică	" " Papilian V.
Clinica oto-rino-laringologică	" " Predescu-Rion I.
Clinica stomatologică (supl.)	" " " " "
Clinica dermato-venerică	" " Tătaru C.
Chimia biologică	" " Thomas P.
Clinica psihiatrică	" " Urechia C.
Anatomia patologică	" " Vasiliu Titu

JURIUL DE PROMOTIUNE

Președinte:	D-l Prof. Dr. Predescu Rion Ion
Membrii:	" " " Iacobovici Iacob
	" " " Michail Dumitru
	" " " Hațiegan Iuliu
	" " " Papilian Victor
Supleant:	" " " Aleman Ioan

Dedic aceasta lucrare

D-lui Profesor Dr. Predescu Rion I.

în semn de recunoștință.



*Părinților mei
dragoste și recunoștință.*



PREFATĂ.

Aceasta lucrare pune capăt vieții mele de student și mă pune în pragul unei vieți noi, plină de răspundabilitate, de unde simt o obligațiune morală să privesc îndărăt aducând mulțumiri vii tuturor aceluia, cari m'au ajutat în acești 7 ani de studii.

Sunt dator să-mi exprim dragostea și mulțumirile în primul rând Părinților mei, cari mi-au adus tot sacrificiul posibil pentru a mă ajuta să ajung până la acest moment. Îi asigur de stimă și dragostea ce le-o port și prin munca mea voi căuta să le răsplătesc ajutorul acordat.

Dlui Profesor *Dr. R. I. Predescu* aduc sincera recunoștință și respectuoasele mele mulțumiri pentru bunăvoința arătată acordându-mi subiectul acestei lucrări, afară de cunoștințele cu care m'am îmbogățit în Clinica D-ei Sale.

Dlui Profesor *Dr. V. Papilian* îi păstrez cele mai vii mulțumiri pentru primele cunoștințe date la Facultate și pentru felul cum D-sa a știut să conducă Căminul Studenților în Medicină în care am aflat 5 ani de-a rândul tot sprijinul moral și material.

Dlui Profesor *Dr. I. Jacobovici* vii mulțumiri pentru foile de observație puse la dispoziție.

Pe onorații Membrii ai Juriului de Promoțiune, precum pe toți Dnii Profesori îi rog, să primească cu această ocaziune asigurarea respectului și a întregii mele recunoștințe.

Dlor asistenți *Dr. Vitályos*, *Dr. Doctor* și *Dr. Săbău* vii mulțumiri pentru cărțile și indicațiunile cari mi le-au dat pentru pregătirea acestei lucrări.

Mulțumiri prietenești în fine Domnilor preparatori *Dr. Eliescu*, *Dr. Varga* și colegilor *Drd. Vulcu* și *Drd. David* pentru ajutoarele date.

Colegilor dela Facultate le păstrez frumoase amintiri.



A. Gripa

Istoricul gripei

Primele date sigure de existența gripei le avem din secolul al XII-lea fiind descrisă sub numele de febră catarală observată pe malurile mării Egee. În secolele următoare se ivesc din ce în ce mai multe cazuri în țările de Sud-West ale Europei, în Asia, Africa așa, încât în secolul al XVI-lea toată Europa, Asia și Africa au fost invadate. În secolele XVII—XVIII apar multe epidemii, în special în Franța, Germania, Anglia și tocmai din secolul al XVIII-lea se datează numele de influență dată de Huxham în Anglia în timpul epidemiei mari din 1734—37, iar numele de gripă se datează din 1743. Numărul epidemiilor se sporește mult în secolul al XIX-lea, ivindu-se în anii 1841, 1847, 1848, 1850, 1870, 1873, 1889/90. —97, dintre cari cea mai gravă era aceea din 1889/90, caracterizată — după descripția lui Westfried — prin frecvența hemoragiilor (epistaxis, hemoptizie, hematemeză, melenă). Tot în cursul acestei epidemii atrage atențiunea Tendenat asupra frecvenței otitelor și mastoiditelor gripale grave, spunând, că înainte de 1890 n'a văzut decât 4 cazuri de mastoidite gripale, pe când dela 1890 până 'n 1895 a operat 30 de cazuri de acestea grave. Truckenbrod observând epidemia din Hamburg constată și el în același timp proporțiunea foarte mare a complicațiunilor auriculo-mastoidiene în cursul acestei epidemii având de tratat circa 40—50 de cazuri. Kaufmann remarcă în cursul acestei epidemii, că foarte multe otite și mastoidite cronice și latente au recidivat grav de gripă.

Natural, că paralel cu epidemiile multiple s'a înmulțit din ce în ce și numărul cercetărilor în direcția virusului, simptomatologiei și complicațiunilor acestei boli. Mai importante sunt cercetările lui Laenec, Stoll, Proust, Kleisch, Graves, Teissier, Pfeiffer, care descoperă în 1892 bacilul influenței, crezându-l agentul unic al gripei.

Nici secolul nostru n'a fost salvat de epidemii. S'au ivit în anii 1914, 1916, 1918/19, 1923, 1925, 1927, dintre care cea mai gravă era cea mondială din 1918/19, care a invadat întâi Spania, de unde a luat numele de gripă spaniolă, apoi toată Europa, Asia, America de Nord, Africa de Nord cu o mortalitate foarte mare din cauza predominenței complicațiilor broncho-pulmonare. Abrand a observat multe cazuri și de complicațiuni auriculo-mastoi-diene grave în decursul acestei epidemii.



Definiția gripei, starea actuală a cunoștințelor clinice

„Gripa este o maladie specifică infecțioasă, contagioasă, de origine adevărat polimicrobiană, provocată prin acțiunea unui germen patogen, de ordin — fără dubiu — foarte banal, cu virulență brusc exaltată prin condițiuni cosmice particulare; germen, care deschide poarta infecțiilor secundare, care vin și se fixează în sensul și după natura complicațiilor cari vor urma (stafilococ piogen, pneumococ, streptococ, meningococ etc.)” (J. Teissier).

Din punct de vedere *etiologic* la această definiție — deși datează de 8 ani (1920) — nici astăzi nu putem adăoga nimic. Virusul gripei nu-l cunoaștem nici astăzi, numai microbii de asociație sunt cunoscuți. Cercetări în direcția virusului, adică a agentului patogen cauzator au făcut: Vaillard și Vincent descriind un streptococ, Braux și Pacini găsind un coc lanceolat, Zaufall presupunând un virus filtrant necunoscut, Bezançon și long demonstrează, că bacilul lui Pfeiffer nu este microbul unic specific al gripei. În 1921 Moreschi prin inoculațiuni de ser sangvin filtrat dovedește existența unui virus filtrant al gripei, Dujarric de la Rivière deasemenea, și, că acest virus se găsește în sputa și sângele bolnavilor, dar omul nu se poate *infecța prin injecția intravenoasă a acestui virus*. Nicolle și Lebailly susțin tot existența virusului filtrant; aceasta presupunere este acceptată astăzi în lumea medicală.

Se cunosc însă bine microbii de asociație, cari se găsesc pe lângă virusul gripal. Aceștia sunt: streptococii, pneumococii, stafilococii, bacilii Pfeiffer, Friedländer, meningococii etc.

Simptome: După o incubajie foarte scurtă — de 1—2 zile — încep semnele caracteristice: moleșeală, abatere generală, hipersensibilitatea pielii unor regiuni (cap, regiunea cefei, lombară etc.), dureri supraorbitare și în extremități, artralгии, anorexie, adeseori constipație și catar al mucoaselor. Temperatura se urcă deobicei cu frisoane la 38°—40°, având caracter oscilator. Faciesul este tipicul *facies gripal* al lui Sauvage de Montpellier:

de culoarea plumbului, cu trăsăturile evidente. exprimând o depresiune. Dacă nu survin complicațiuni, atunci în general 3—5—7 zile bolnavul se ușurează și temperatura scade litic la normal.

Acesta este mersul tipic al unei gripe. În timpul epidemiilor însă se întâmplă deseori, că gripa la unii nu durează mai mult de câteva ore chiar, și în acest caz nu se manifestă, decât prin o indispoziție, oboseală, câteva dureri vagi de scurtă durată, un acces mic de febră, eventual 1—2 frisoane mici.

Forme: Dupăcum gripa se localizează la un organ sau sistem de organe — ceea ce este în funcție de pre-dispoziție individuală, genius epidemicus, microbi asociați — va da următoarele forme luate după frecvență:

1. *pulmonară*: cu congestie pulmonară, raluri rom-flante-sibilante, bronșită etc.

2. *gastro-intestinală*: cu diaree, vomismente, uneori cu aspect tific, coleric, disenteric etc.

3. *nervoasă*: cu cefalee frontale intense, vertij, depresie, delir, nevralgii, spasmuri.

4. forma cu *hiperestezie cutanată* remarcată în 1925 de către Dl profesor Hațiegan și Dl asistent Alexandru Pop, caracterizată prin „pielea dureroasă în special a capului, lăcrimare, lipsa gustului și tachicardia”. Este o formă benignă dar foarte contagioasă, cedează în 2—7 zile la tratament medical.

La copii predomină semnele nervoase, la bătrâni cele pulmonare.

Complicațiunile gripei sunt:

1. *septicemie*: care se termină de obicei prin moarte.

2. *laringiene*: cu edem al glotei, ulcerării etc.

3. *pulmonare*: pneumonie, bronchopneumonie.

4. *cardiace*: endo-, pericardite.

5. *vasculare*: tromboze mai ales în convalescență.

6. *oculare*: conjunctivite, keratite, nervită optică

7. *auriculare*: otite și mastoidite.

Diagnosticul: în lipsă de fenomene specifice este mai mult un diagnostic de excludere.

*

Mă limitez la aceasta schiță foarte sumară a medicinii gripei, pe care am făcut-o în scopul de a ușura înțelegerea și aprecierea mai bine a mastoiditei gripale. Tot în acest scop voiu aduce în ajutor și datele anatomice corespunzătoare, fără de care nu poate exista un studiu clinic.

B. Regiunea mastoidiană

Date anatomice și istologice

Limite.

Regiunea mastoidiană ocupă partea cea mai inferioară a planului lateral al craniului, corespunde porțiunii mastoidiene a osului temporal.

Este limitată în jos de vârful apofizei mastoidiene, în sus de o linie transversală convențională prelungând înapoi marginea superioară a arcadei zigomatice — corespunde liniei temporale; înainte o linie verticală care trece prin marginea post. a orificiului conductului auditiv: înapoi marginea posterioară a apofizei mastoide prelungită până la asterion. Este separată de pavilionul urechei prin șanțul auriculo-mastoidian.

Părțile moi.

Sunt dispuse pe fața externă a apofizei, compunându-se din următoarele straturi:

1. Pielea subțire, fină, puțin mobilă.
2. Tesutul celular subcutanat dens.
3. Aponevroza, care este reprezentată în sus de cea epicraniană pe care se inseră cele 2 fascicule transversale ale mușchiului auricular posterior, iar în jos fuzionează cu tendoanele mușchilor cari se inseră pe apofiza mastoidiană.
4. Stratul muscular compus din mușchiul occipital, sterno-cleido-mastoidian, splenius al capului și micul complex.
5. Periostul, care se continuă cu cel al conductului auditiv osos.
6. Scheletul osos.

Vasele și nervii: a) arterele provin din artera auri-

culară posterioară, care merge de jos în sus în șanțul auriculo-mastoidian și din artera occipitală.

b) *vene* se varsă în vena jugulară externă. Dintre vene este una, care are mare importanță: vena mastoidiană. Ea se naște din porțiunea descendentă a sinusului lateral, parcurge canalul mastoidian, iese prin gaura mastoidiană, merge în jos și se varsă în vena jugulară posterioară stabilind astfel o comunicare destul de largă între circulațiunea exo- și endocraniană.

d) *nervii*: ramurile motorii provin din ramura auriculară a facialului, cele sensitive din plexul cervical superficial.

Planul scheletic.

1. Suprafața exocraniană.

Este convexă, terminată în jos prin apofiza mastoidă. Pe fața internă a acestei apofize se găsește șanțul digastric, locul de inserțiune al mușchiului digastric, înăuntrul căruia este șanțul arterei occipitale.

Fața externă a apofizei sau peretele chirurgical se împarte în 2 jumătăți: una anterioară netedă, care corespunde porțiunii solzoase a temporalului și cealaltă posterioară rugoasă, care corespunde porțiunii petroase. Cea anterioară prezintă: spina suprameatum a lui Henle la unghiul de uniune a marginii superioare cu cea posterioară a conductului auditiv osos: imediat înapoia ei zona ciuruită retromeatică de diametru cam de 1 cm., care corespunde peretelui extern al antrului.

Pe jumătatea posterioară a feței externe se inseră mușchii stratului muscular.

Deasupra apofizei mastoide se găsește orificiul canalului mastoidian.

2. Cavitățile mastoidiene.

Acestea sunt niște cavități pneumatice conținând aer în mod normal. Se disting în antru mastoidian și celule mastoidiene propriu zise.

a) *Antrul* este o prelungire a aticei, un diverticul al bolzii casei timpanului. Are formă ovoidă cu marele ax vertical, situat înapoia conductului auditiv la adult, iar la copil ceva mai sus. Profunzimea antrului față de suprafața exterioară a apofizei la copil este de 2—4 milimetri, iar cu creștere devine din ce în ce mai mare așa, că la

adult este cam de 15—18 milimetri. In ceea ce privește profunzimea maximă Gruber spune 15 mm., Politzer la fel; Buck 18 mm., Schwartze 25 mm. și Broca 29 mm. Ca dimensiuni are 8—10 milimetri în diametrul său mai mare și 5—6 mm. în cel mic.

Antrul comunică cu alica casei timpanice prin intermediul unui canal strâmt: aditus ad antrum al cărui planșeu este determinat de masivul osos al facialului și în consecință este ceva mai ridicat decât planșeul antrului.

Peretele extern al antrului sau peretele chirurgical poate fi delimitat pe suprafața apofizei mastoide în modul următor: în sus prin o linie orizontală care trece prin marginea sup. a conductului auditiv osos; înainte printr'o linie verticală trasă la 4—5 milimetri înapoia marginii posterioare a conductului; înapoi printr'o linie paralelă cu cea anterioară, trasă la o distanță de 1 cm. de ea; iar în jos printr'o linie paralelă cu cea superioară orizontală dar la o distanță tot la 1 cm. de aceasta. Astfel am delimitat un pătrățel de 1 cm.², care corespunde antrului.

Peretele intern al antrului răspunde fosei cerebeloase dinaintea porțiunii descendente a sinusului lateral.

Peretele superior este continuarea lui tegmen timpani, care formează peretele superior și al aditusului. Este uneori dehiscent.

Peretele inferior — planșeul — este mai jos situat ca cel al aditusului. Înainte este în raport cu originea porțiunii III. a facialului.

Peretele anterior corespunde aditusului și masivului osos al facialului, cel posterior celulelor mastoidiene.

b) *Celulele propriu zise.* Sunt de dimensiuni, forme extrem de variabile, există peste tot în grosimea apofize, și stau în comunicare cu antrul.

Celulele aberante sunt perisinusale, perilabirintice la baza apofizei zigomatice etc.

După dezvoltarea celulelor mastoidiene avem 4 tipuri principale de mastoide:

1. pneumatică în proporție de 36'8%, cu celule voluminoase; corticala este foarte subțire;

2. spongioasă în proporție de 20%, cu dispoziția celulelor asemănătoare buretelui; corticala este mai groasă, antrul mai mare;

3. pneumatico spongioasă în proporție de 43'2%, cu ambele feluri de celule și

4. scleroasă dură cu țesut osos compact.

3. Suprafața endocraniană

Această față mergând dinapoi înainte corespunde: fosei cerebeloase, sinusului lateral și fosei cerebrale mijlocii. Este acoperită de meninge.

*

Celulele mastoidiene și în general cavitățile mastoidiene sunt tapetate de o mucoasă foarte subțire, care este continuarea mucoasei casei timpanice. Epiteliul este pavimentos cu 1—2 straturi de celule turtite, chorionul are ici-colo câteva papile scurte. Mucoasa este legată de o lamă periostală foarte subțire.

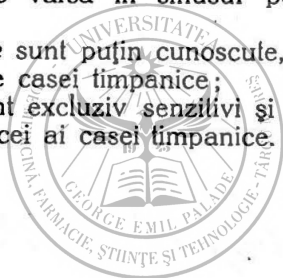
În ceea ce privește vasele și nervii cavităților mastoidiene:

a) *arterele* provin din artera stilo-mastoidiană și meninge mijlocie;

b) *vene* se varsă în sinusul petros superior și lateral;

c) *limfaticele* sunt puțin cunoscute, probabil se confundă cu cele ale casei timpanice;

d) *nervii* sunt exclusiv senzitivi și simpatici, au origine comună cu cei ai casei timpanice.



C. Mastoidita gripală

Definiție. Date istorice și statistice

Mastoidita sau celulita mastoidiană gripală este complicațiunea mastoidiană a gripei; este totalitatea fenomenelor patologice rezultate prin grefarea microbilor asociați cunoscuți — producători de complicațiuni pe lângă virusul filtrant al gripei — asupra cavităților osoase — celule — cuprinse în apofiza mastoidiană, invadându-le numai în parte sau în totalitatea lor.

Mastoidita gripală nu este nici astăzi studiată în deajuns, cu toate, că este destul de mare numărul clinicienilor frapați de frecvența acestei boli. Cercetări mai însemnate a făcut Pasquier în 1411, Bokelius în 1580. În timpul epidemiei din 1889—90 afară de Tendenat, Truckenbrod și Kaufmann menționați deja la capitolul istoricului gripei, Schwabach, Dreyfürs, Patrzek, Pollak și Politzer au merite mai însemnate. În epidemiile mai noi apar iarăși articole de reviste pline de observațiuni, ca ale lui Westried, Barvich, Blackwell, H. Luc, Chavanne.

Pentru a ne putea convinge de proporțiunea mastoiditelor gripale în raport cu mastoiditele de altă natură, iată, să studiem statistica lui Gerber publicată în 1915, făcută pe baza a 521 cazuri de mastoidite cu etiologie sigură (din 1100 cazuri observate de el), la care statistică eu am calculat și procente pentru a le putea aprecia și mai bine.

I. Mastoidite acute			II. Mastoidite cronice		
Etiologie	Nr. cazurilor	%	Etiologie	Nr. cazurilor	%
Scarlatină	120	35'08	Scarlatină	103	57'54
Gripă	70	20'46	Morbili	33	18'43
Morbili	70	20'46	Gripă	10	5'58
Coryză	40	11'69	Difterie	8	4'46
Pneumonie	10	2'92	Pneumonie	6	3'35
Difterie	10	2'92	Coriză	5	2'79
Hemoragie nazală	10	2'92	Hemoragie nazală	5	2'79
Operații la nas	8	2'33	Variolă	4	2'23
Variolă	3	0'87	Ozenă	3	1'67
Traumatizm. cran.	1	0'29	Reumatizm	2	1'11
Total:	342		Total:	179	

Din statistica de față putem să ne dăm seamă foarte ușor de frecvența relativ mare a mastoiditei gripale față de mastoiditele de altă natură și chiar și față de mastoiditele maladiilor infecțioase. Vedem, că este în baza frecvenței sale în al doilea loc la mastoidite acute, în al treilea la cele cronice. Ca procent după această statistică dă 20,46% din totalul mastoiditelor acute și 5,58% din totalul celor cronice.

Din nefericire nu avem alte statistici tot așa de complete pentru a putea face comparație. Cele care sunt, sunt incomplete, nu dau decât date foarte puține.



Etiologie și patogenie

Agentul primordial este desigur virusul filtrant al gripei, acela, care pregătește terenul pentru microbii stătători accidental sau ajunși deodată cu el în organism. Dl profesor Hațiegan ne spunea la cursul lui de Clinică Medicală: „virusul filtrant condamnă, iar streptococul execută,” care frază putem cita și noi vorbind de mastoidita gripală. Streptococul în general, cel lung hemolitic în special este cel mai frecvent microb asociat, el dă în majoritatea cazurilor leziunile acelea osoase grave, pe care le vom vedea la capitolul de Anatomie patologică. După Courmont, Durand, Dufour streptococul hemolitic joacă rolul „cel mai principal” în etiologia mastoiditelor gripale; Laveran, Vaillard, du Casal, Netter, Chantemesse, Finkler, Ribbert, Ludewig au găsit tot streptococi, iar Hartmann și Arno-Scheibe streptococul lung asociat de bacilul lui Pfeiffer și de stafilococ.

Dintre observațiunile mele în 3 cazuri operate și analizate bacteriologic s'a găsit tot streptococi lungi hemolitici.

Statistica bacteriologică a lui Alberti pune tot streptococul lung pe primul loc. Haug din 13 cazuri operate găsește în 9 cazuri streptococ.

Afară de streptococi, într'un număr destul de mare de cazuri se găsesc stafilococi, dupăcum afirmă Weichselbaum, Levy, Arno-Scheibe, Hartmann, Gerber și alții.

În fine se întâlnesc mai rar: pneumococi, meningococi și Netter într'un caz a găsit bacili Friedländer.

Sunt amintite în literatură foarte multe cazuri cu infecție polimicrobiană, găsindu-se în aceeași secreție 2—3 și chiar 4 feluri de microbi. Cea mai deasă asociație este de strepto- și stafilococi aurei, strepto- și pneumococi, streptococi cu bacili Pfeiffer și stafilococi etc.

*

Ca să se poată produce o mastoidită gripală, trebuie ca să intervină 3 factori:

1. Infecțiunea gripală, care slăbește puterea de rezistență generală a organismului dând prin aceasta armă în mâna microbilor.

2. Un „locus minoris resistentiae,” care este dat prin dispoziția normal pneumatică închisă a apofizei mastoide, ba chiar mai mult: prin tapetatul acestor cavități cu o mucoasă, care este continuarea celei a urechei medii și prin profunzimea mai mare a antrului față de nivelul planșului aditusului.

3. Căi de infecție, prin care microbii cu virulență exaltată să se pot propaga la locus-ul minoris resistentiae: la cavitățile mastoidiene.

Condițiunile primilor doi factori le cunoaștem deja din capitolele respective, ne rămâne să studiem pe cel de al 3-lea factor.

În ceea-ce privește căile de infecție, acestea sunt cele obișnuite ale oricărei mastoidite, adică:

a) calea rino-faringo-tubo-timpano-antrală;

b) calea vasculară și

c) calea limfatică, însă faptul pe care trebuie să-l remarcăm aci este, că locul preponderant îl acupă *calea sangvină*, amintită pentru prima oară de Trautmann în 1880, susținută de autorii: Santalo, Chavanne, Labarre, Collinet, Guimani, Jacot, Mac Cuen Smith, Most, Holger, Mygind, Beck, Chauveau. Dl profesor Predescu este tot de aceeași părere. Prin acest fapt se poate explica ușor, cum mastoidita de multeori apare chiar la începutul gripei și fără de cel mai mic simptom de otită medie.

Sunt însă autori cari susțin, că mastoidita totdeauna este precedată de o otită, însă aceasta otită gripală după ei ar fi numai fugitivă, fără manifestațiuni clinice, prin care s'ar produce o imunizare rapidă a urechei medii, de unde ar rezulta mastoidita gripală în aparență fără otită prealabilă.

În ceea-ce privește clasificarea mastoiditelor gripale, acestea se pot împărți în 2 grupe:

a) *primitive*, fără otită medie prealabilă sau cel puțin fără simptome prealabile de otită medie și

b) *secundare*, urmate după o otită gripală prealabilă. Mastoidite primitive au fost observate de autorii: Eulenstein, Koerner, Lubet-Barbon, Santalo, Mac Cuen Smith, Blackwell.

Anatomia patologică

Gravitatea mastoiditei gripale o explică decursul său anatomo-patologic. Din punctul acesta de vedere după modul și gravitatea desfășurării unei astfel de mastoidite putem să diferențiem 2 forme:

1. una ușoară supurativă și
2. una gravă și mai frecventă: de osteită destructivă.

În primul decurs în general cronic, și care urmează de obicei după o otită medie gripală exsudativă, punctul de plecare este mucoasa și anume mucoasa antrului, care în decursul otitelor medii — după părerea majorității autorilor — totdeauna este prinsă. Ca consecință, aceasta mucoasă se infiltrează cu celule rotunde și se tumefiază împreună cu cea a aditusului obstruând astfel în parte sau complet calea de comunicare, deci drumul scurgerii exsudatului format în mastoidă. Exsudatul este sangvinolent întâi, apoi purulent și la gripă foarte abundent totdeauna atât în ureche cât și în mastoidă.

Astupându-i-se drumul spre casa timpanică, exsudatul își va lua drumul spre cavitățile mastoidiene. Infiltrarea mucoasei merge din ce în ce mai profund și procesul prinde din ce în ce mai multe celule. Prin stagnarea puroiului mucoasa se necrozează în mare parte punând în evidență periostul atât de subțire, după destrucția căruia puroiul ajutat și de presiunea sa mărită va distruge destul de ușor peretele osos intercelular la fel puțin rezistent, ajungând pe această cale în celula vecină. Acest proces se va repeta apoi și la celula vecină și așa mai departe erodându-se pereții intercelulari în mare parte va rezulta o cavitate mai mare anfractuoză plină de puroi și de țesut granular, numită după germani de „Einschmelzungsherde“. Aci este apogeul procesului.

Odată formată această cavitate puroiul se va îndrepta spre una din corticale pe care o erodează și perforază fie eșind la exterior, fie intrând în cavitatea craniană. — Mă opresc aci, deoarece consecințele spargerei corticalelor sunt aceleași ca și la orice mastoidită de altă natură și ca atare sunt prea bine cunoscute. Studiind observa-

țiunile publicate ale diferiților autori trebuie remarcat numai faptul, că o mastoidită gripală cronică are mers în general mai scurt decât una obișnuită cronică, deci ca consecință spargerea corticalei va surveni în timp relativ mai scurt.

Ceea-ce are mai mare importanță din cauza gravității sale și ceea-ce dă tocmai caracterul mastoiditei gripale, este cea de a doua formă de decurs: *osteita distructivă mastoidiană gripală*, observată de autorii Körner, Mc. Cuen Smith, Truckenbrod, Ludewig, Eulenstein, Lemcke, Jansen, Hartmann, Chavanne și alții.

Acest decurs de obicei acut sau subacut, uneori chiar supraacut se întâlnește mai ales la mastoiditele gripale primitive, sau cel puțin în aparență primitive, atât de caracteristice gripei. Poate urma însă chiar și după o otită medie purulentă cronică cu tendință necrotizantă.

Procesul de osteită distructivă rarefiantă începe curând dela data infecției, după Mayer deja în a 4-a zi. Focarul primar este măduva, care se găsește în cantitate relativ destul de mare în pereții intercelulari. Prin intermediul osteoclastelor se produce o resorbție lacunară a osului. Aceste lacune ale lui Howship, numite de nemți „Howshipsche Lakunen“, din ce în ce se înmulțesc în număr, erodează substanța osoasă înconjurătoare, dând astfel prin aglomerarea lor formațiuni de rețele. (Kreinz, Beck, Henke, Lubarsch, Scheibe). În toate straturile peretelui intercelular se produce o hiperemie foarte exprimată, edeme perivasculare, hemoragii caracteristice gripei și infiltrație intensă de leucociți.

Procesul odată pornit nu se mai oprește. Destrucția din ce în ce se lățește și trece și asupra altor pereți. Exsudatul devine purulent și pereții celulari distruși cad sub formă de sequestre în lumenul celulelor. Procesul prinzând din ce în ce mai multe celule și distrugându-le va rezulta o civitate mai mare ca și la procesul precedent, însă cu data acesta de un prognostic mult mai grav. Va da leziuni mult mai extinse ale corticalelor și în timp mult mai scurt ca procesul precedent, deci complicațiuni bruște de multeori pe neașteptat. Sunt citate multe cazuri când procesul a trecut asupra restului osului temporal distrugând toate organele cuprinse în acesta, deasemenea cazuri cu mers torpid, unde au fost prinse toate celulele deodată dela început și bolnavul a murit în câteva zile prin complicațiuni intracraniene, fără să-i se fi putut da vreun ajutor.

În general cele mai atinse sunt la ambele procese antrul și celulele din imediata vecinătate a antrului, deaceia la operație primul timp trebuie să fie totdeauna deschiderea acestora.

Trebuesc amintite aici *algiiile mastoidiene postgripale* destul de frecvente, caracterizate prin intermitența simptomatologiei lor, variate după climat, la care leziunea ar fi în celulele aberante ca și la o mastoidită latentă.



Simptomatologia clinică

A. Simptomele subiective

Primul și cel mai constant simptom este *durerea* spontană a regiunii mastoidiene, pe care o remarcă bolnavul și care îl aduce la consultație. Durerea apare totdeauna precoce și brusc fie deodată cu gripă, fie în a 2—4-a zi a gripei fie în convalescență. Este o durere mult mai violentă față de cea la mastoiditele obicinuite. Are caracter de cele mai multeori de junghiuri venite în crize de 5—10 ori la zi cu o durată mai scurtă, sau de dureri reumatoide sau în fine poate fi o durere continuă de presiune a regiunii. Într-un mare număr de cazuri durerile sunt mai exprimate în timpul nopții. În scurt timp durerile încep a lua formă de hemicranie și a se acompania de o cefalee intensă. În general iradiază fie în sus fie în jos după sediul leziunii, sunt frecvente în mijlocul creștelului și la ceafă. — Durerile se acompaniază de multeori de dureri oculare, de neuralgie a trigemenului.

Dacă mastoidita a fost precedată de o otită gripală, atunci bolnavul acuză în plus dureri auriculare cu o slăbire paralelă a auzului sau chiar surditate completă. Vor spune cei mai mulți, că deja la câteva ore după începutul durerilor a început să scurgă în abundență un lichid sangvinolent-purulent din urechea bolnavă, mai departe, că surditatea a înaintat foarte repede și că au auzit zgomote în urechie sub formă de bătăi asemănătoare bătăilor unui ceas, doar ceva mai rare.

Afară de aceste cazuri tipice de mastoidită gripală, sunt cazuri, când simptomele sunt foarte difuze, asupra cărora a insistat deja Tendenat în 1895 spunând, că în aceste cazuri numai o cercetare minuțioasă poate pune în evidență o mastoidită gripală.

B. Examenul obiectiv

1. *Durere provocată* apăsând moderat cu degetul asupra regiunii mastoidiene. Punctele dureroase sunt cele ale oricărei mastoidite, variază după sediul grupului ce-

lular prins. Durerea acesta de cele mai multeori iradiază spre ceafă, gât sau craniu.

2. *Febră*. Cei mai mulți autori insistă asupra febrei mai ridicate în mastoidita gripală decât în alte feluri de mastoidite, fiind aceasta între 38°—40°.

3. *Impastarea, edemațierea și hiperemia regiunii mastoidiene*.

4. *Fistulă mastoidiană*, prin care se scurge un lichid sangvino-purulent în abundență și fetid.

5. *Semne de complicațiuni endocraniene* (paralizia motorului ocular extern, facialului, fenomene encefalice, tromboflebita sinusului etc.) cunoscute dela mastoidite în general. La mastoidită gripală acestea sunt mai grave.

6. Mac Cuen Smith amintește un caz cu *zgomote auriculare chiar obiective* pe care le putea auzi bine și observatorul. Erau niște bătăi la început sincrone cu pulsul, mai târziu de 3—4 ori mai frecvente, cu un sunet metalic. La examenul otologic nu s'a găsit decât o roșeață foarte difuză a timpanului, nimic altceva. La operație însă s'a putut constata o distrucție întinsă a întregii cavități mastoidiene. — Această observație am amintit-o pentru simptomul obiectiv sui generis, singurul caz în literatura celită de mine.

7. *Examenul otologic*: La mastoidita fără otită nu găsim nimic în ureche. Când însă avem și o otită gripală, atunci putem să vedem sau tabloul bine cunoscut al unei otite medii sau tabloul clasic al otitei gripale: partea internă a conductului auditiv și membrana timpanică întens hiperemiate, de o culoare albăstrue, prezentând mici bule hemoragice. Fie că timpanul este bombat și-l perforăm noi, fie că s'a perforat singur, ne va frapa o scurgere sero-sangvinolentă sau sangvino-purulentă abundență, de miros destul de fetid.

Raimondi a descris câteva cazuri de mastoidite gripale la copii de țâță, spunând, că durerea nu este așa de mare ca la adult, ascenziunea termică însă totdeauna foarte mare și este foarte sensibilă articulația temperomaxilară. În 24—48 ore de obicei se perforează spontan cortiala externă, dând drumul conținutului patologic mastoidiam.

Starea generală este și ea alterată de cele mai multeori. Bolnavii se plâng de apatie, insomnie, transpirații, lipsa poftei de mâncare, uneori vărsături.

Mers, formă, diagnostic, prognostic

Mastoidita gripală poate decurge în mod acut, sub-acut sau cronic. Sunt citate însă în literatură cazuri supraacute cu complicațiuni endocraniene bruște, cu moarte rapidă și cazuri lente aproape fără simptome. Astfel Blackwell citează 5 cazuri dintre cari 2 au avut mers torpid și 3 mers cronic. Mac Cuen Smith deasemenea a observat mai multe mastoidite gripale supraacute.

În ceea-ce privește *formele*, nu avem nimic de adăugat, acestea fiind aceleași ca la mastoiditele comune. Tot așa și *complicațiunile* sunt acelea ale oricărei mastoidite obișnuite. Diferența este numai prin faptul, că de regulă survin mai de timpuriu și sunt mai grave din cauza procesului de osteită distructivă care le deschide drumul.

Diagnosticul se bazează totdeauna în primul rând pe *antecedente*. Ne va spune bolnavul, că a suferit de o gripă, în cursul căreia sau după care l-au apucat dureri mari auriculare și deja la 6—24 ore a început a-i se scurge un lichid sangvinolent în abundență, iar la 1—2 zile sau chiar la 8—10 zile veniau durerile mastoidiene cu caracterul descris la simptomatologie. În alte cazuri va spune, că în gripă sau după gripă l-au apucat deodată durerile regiunii mastoidiene fără dureri sau scurgere prealabilă auriculară.

Se bazează după aceea diagnosticul pe simptomele obiective descrise la capitolul respectiv și pe semnele complicațiunilor.

Diagnostic diferențial trebuie făcut cu mastoidite de altă etiologie. Acesta se bazează în primul rând tot pe antecedente, apoi pe caracterele secreției; agravarea prea rapidă a simptomelor și apariția prea de timpurie a complicațiunilor pledează tot pentru o mastoidită gripală. Dacă bolnavul are în același timp și o otită gripală, atunci vom lua în considerare și caracterele acestei otite și mai ales un fapt, anume, că deschizătura produsă pe membrana timpanică în cele mai multe cazuri este largă, uneori chiar foarte largă.

Prognosticul totdeauna trebuie să fie foarte rezervat. Vindecare spontană nu există. O înlăturare momentană a pericolului ar fi cazul, când puroiul format în mastoidă perforând corticala externă face o fistulă și iese la exterior. Mastoidita în acest caz trece deobicei în cronicitate. În prognostic cele mai de temut sunt cazurile de mastoidită gripală acută și supraacută, la care din cauza procesului de osteită distructivă din interior este periclitată viața bolnavului pe care numai intervenția o poate salva.

Dar să fim rezervați în prognosticul nostru chiar și în cazurile în aparență benigne ca să nu avem surprize neplăcute și regretate. H. Luc între altele comunică cazul unui bărbat de 36 ani cu o mastoidită de aceasta latentă, care într'a 7-a săptămână face o septicemie și moare în 3 zile.



Tratamentul

1. *Preventiv*: Desinfecția minuțioasă a nasului, gurei, faringelui chiar la prima manifestațiune a unei gripe. Intern se recomandă doze mici — 0.30 gr. — de chinină odată sau de două ori la zi.

2. *Medical*: În cazuri mai benigne putem aplica acest fel de tratament. Constă în aplicarea de ședințe zilnice de aer cald. (până la 60°—70°) sau de Sollux, care aduce rezultate cât se poate de bune.

3. *Chirurgical*: Tratamentul cel mai eficace este cel operativ, care constă în trepanarea mastoidei și raclajul cavităților bolnave până la osul sănătos: este simpla deschidere largă a mastoidei, sau evidarea petro-mastoidiană completă.

Nu mai descriu aci diferenții timpi ai mersului acestor două operații, deoarece se fac la fel la orice mastoidită independent de natura acesteia, ci mă voiu limita numai la *indicațiunile* lor în cazul nostru.

În regulă generală oricare din semnele sigure ale mastoiditei este un indiciu pentru intervențiunea chirurgicală și cu cât este mastoidita mai acută și mai violentă, cu atât este mai urgentă intervențiunea. Laurens spune, că operația unui astfel de caz acut este tot așa de urgentă și importantă ca și intervențiunea într'o dispnee laringeană cu tiraj sau într'o hernie strangulată.

Indicațiune specială la mastoidită gripală dă fetiditatea, abundența și perzistența scurgerei, caracterele descrise ale secreției, agravarea bruscă a simptomelor mastoiditei cu toate, că membrana timpanică este larg perforată prin scurgerea abundentă. În cazurile de mastoidite gripale primitive, dacă acestea s'au instalat brusc, sau dacă le vedem agravându-se și mai mult: să intervenim imediat.

Luând în considerare procesul distructiv, care se desfășoară anatomo-patologic într'o mastoidită gripală mai ales acută, putem să concludem foarte ușor, că nu avem timp de pierdut. Cazurile mortale grave citate în literatură

ne atrag atențiunea, ca să fim foarte circumspecți, căci gripa în etiologia mastoiditei înseamnă un mare pericol pentru viața bolnavului, o agravare a prognosticului și o indicație deci cât mai rapidă de intervențiune.

Când trebuie făcută această intervențiune? Nu se poate face o regulă generală, trebuie să facă chirurgul când o vede de bine.

Operația nu are *contraindicațiuni*, decât în cazuri de cachexia prea înaintată a bolnavului și de encefalomeningită (Dentu-Delbet).

În ceea-ce privește tratamentul complicațiunilor, este același ca cel al complicațiunilor oricărei mastoidite.

Ca *tratament postoperator* sunt recomandate foarte multe substanțe în acest scop. În general se recomandă soluția Dakin—Pamfil pusă pe tifon sau sub formă de metoda lui Carrel, tifon iodoformat etc. Dl. Prof. Predescu Rion aplică *ozonogenul* lui Iacobovici—Pamfil cu rezultate cât se poate de bune.

Referitor la *sutura plăgii*: unii autori recomandă ca plaga să se sutureze imediat la operație aproape complet nu lăsând decât un mic dren în partea inferioară. Alții din contră: recomandă, ca plaga să rămână larg deschisă la operație și sutura să se facă numai în mod secundar peste câteva zile în cazul dacă nu survine o infecție secundară. Domnul Profesor Predescu procedează după cea de a doua metodă.

Observațiuni clinice personale

Observațiunea I. M. L. 22 ani, studentă în litere, domiciliată în Cluj. Nr. condicei 843 bis 1927.

Diagnostic: Mastoidită gripală acută dreaptă.

Antecedente heredo-colaterale și personale: fără importanță.

Boala actuală. La 1 Februarie 1927 s'a îmbolnăvit de gripă, suferind timp de 4 zile cu temperatură permanentă de $38^{\circ}7$. A tușit foarte mult, a avut faringită, laringită și amigdalită și tot timpul a stat în pat luând prafuri de antipyrină—urotropină—piramidon cum spune ea. Vindecându-se s'a sculat și în a 4-a zi dela data această, adică în ziua de 8. Februarie simte deodată dureri foarte violente sub formă de junghiuri în urechea dreaptă și în același timp și în apofiza mastoidă corespunzătoare, cu o iradiere în sus și înapoi. Dela primul moment al durerilor auzia vâjâituri în urechea bolnavă. Temperatura s'a urcat la $38^{\circ}4$. Într'a doua zi deja, a început a i scurge un lichid sero-sangvinolent din ureche, cu care dată temperatura n'a scăzut decât câteva zecimi, nici durerile n'au încetat. În această stare vine la consultații într'a 3-a zi, unde i-se lărgește perforația insuficientă a timpanului dând drumul unui lichid sangvino-purulent. După această mică intervenție cedează simptomele de mastoidită, scurgerea se menține, temperatura scade la $37^{\circ}3$. Tot la 2 zile venia bolnava la control și tratament. La finea luni Februarie cicatrizându-se timpanul din nou încep durerile mastoidiene. Se face perforație din nou a timpanului, dar durerile persistă.

Examenul medical: Temperatura 38° , de statură înaltă bine dezvoltată, se plânge de apatie, insomnie. În rest nimic patologic.

Examenul local: Urme de puroi în conductul auditiv extern, timpanul întens roșu, perforat, auzul foarte slăbit. Puroiul scurs are miros fetid. — Regiunea mastoidiană la inspecție normală, la presiune însă prezintă o durere vie în special la vârful apofizei, în rest hiperestezie. Rino- și laringologic nimic patologic.

Tratament preoperator: Desinfecția gurei, nasului, curățirea conductului auditiv.

Operația la 2. III. 1927. Nr. cond. op. 98/1927.

Anestezie locală cu novocaină.

Deschiderea largă a mastoidei. Incizia lui Wilde. Hemostază, ligatură. Peretele chirurgical foarte subțire, apofiza de tip pneumatic, celulele de mărimea unor boabe mari de mazăre și a unor alune mici, pline de un puroi destul de fetid sangvinolent. Mucoasa celulelor este necrotizată, neagră, în mare parte dispărută. Pereții celulari moi, friabili, foarte subțiri în multe locuri distruși. Antrul este foarte profund situat și de calibru foarte mic. Atât antrul cât și majoritatea celulelor pline de puroi și sânge, găsându-se puroi chiar și în imediata vecinătate a sinusului. Se curăță întreaga cavitate mastoidiană prin raclarea tuturor părților bolnave până la osul sănătos. Hemostază prin tamponaj. Cavitatea se umplă cu tifon, apoi se toarnă ozonogen în cantitate abundentă. Plaga nu se suturează. — Pansament.

Examenul bacteriologic al puroiului scos: arată streptococi lungi Lemolitiți.

Tratament postoperator: zilnic se dă autovaccin de 0'5—1 cc. Primul pansament se face la 5. III. cu tifon imbibat cu ozonogen, autovaccin 1'5 cc. Temperatura 37'2°. Al II-lea pansament la 7. III. tot la fel și autovaccin de 2 cc. Temperatura 37°. Al III-lea pansament la 9. III. tot cu ozonogen, temperatura 36'9° și așa mai departe pansament tot la 2 zile. La 11. III. se face sutura părții superioare a plăgii cu dren în jos. Plaga înaintază bine spre vindecare, temperatura normală. S'a vindecat în 3 săptămâni.

Observațiunea II. M. A. de 22 ani, învățătoare, domiciliată în Cluj. Numărul condiceii 254/1927.

Diagnostic: Mastoidită gripală (sub) acută dreaptă.

Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Boala actuală: La 14 Decembrie 1926 se îmbolnăvește de gripă și coriză în mod brusc având temperatură 40'2° — cum o spune ea — epistaxis și chiar la început i-se înfundă urechea dreaptă fără să aibă dureri. Gripa a fost foarte violentă, prezentând, totuși, faringită, dureri oculare, conjunctivită și dureri reumatoide mai ales în oasele feței și în reguinile temporale. Simțindu-se mai bine se scoală peste vreo 8 zile, temperatura însă n'a scăzut mai jos de 37'4°. Incepe a simți dureri vagi în

regiunea parietală dreaptă și în creștetul capului, cari au ținut-o timp de vre'o 10 zile, după care starea această se agravează. Apar dureri mari, violente, pulsatile și jung-hiuri în apofiza mastoidă dreaptă cu iradiere în sus și înainte, în care timp se slăbește auzul și sunetele înalte le aude dedublate. Luându-și temperatura găsește 38°. Iși aplică când comprese calde, când reci, durerile își pierd ceva din intenzitate, dar nu trec. Vine la Clinică, unde face câteva ședințe de aer cald, după care durerile trec, dar temperatura rămâne între 37°40'—38°50'. I-se indică operația.

Examenul medical: Temperatura 37°8'. Starea generală puțin alterată. Este de statură mijlocie cu țesutul muscular adipos slab dezvoltat. În rest nimic patologic.

Examenul local: Urma unui mic furuncul în conductul auditiv. Timpanul întreg, roz, reflexul luminos al lui Politzer dispărut. Congestie vasculară. Regiunea mastoidiană la inspecție normală, la palpație și presiune apar dureri asupra fiecărui punct apăsător, cari iradiază în sus și înapoi. Aude numai diapozanul înalt. Weber nu este lateralizat. Rinologic o ușoară hipertrofie a ambelor cornete inferioare. Laringologic nimic important.

Tratament preoperator: desinfecția nasului, gurei, conductului auditiv.

Operația la 3. II. 1927. Nr. cond. oper. 62/1927.

Narcoză cu cloroform.

Evidare petro-mastoidiană. Se găsește necroza întregii cavități mastoidiene, chiar și cea a aditusului, cavitatea plină de un puroi galben-murdar. Raclaj, hemostază, tifon cu ozonogen.

Examenul bacteriologic al puroiului scos: arată streptococi lungi hemolitici.

Tratament postoperator.

4. II. Temperatura 37°2'.
5. II. " 37°30'.
6. II. " dim. 38°9'. Electrargol 5 cc. intrarachid,
" p. m. 38°. Starea generală agravată.
semne de infecție. Indicarea unei operații noi.
7. II. Temper. dim. 38°40'. Operație: raclajul din nou al
cavității plăgii.
Temper. p. m. 37°90'. Ser antistreptococic Frison.
8. II. " dim. 38°; p. m. 38°80'.
9. II. " " 39°40'. Electrargol 5 cc.
" p. m. 37°80'. Autovaccin 1 cc.
10. II. " dim. 38°40'. Pansament. Electrargol 5 cc.
" p. m. 37°10'. Autovaccin 1 cc.

11. II. " dim. 38°30'. Electrargol 5 cc.
 " p. m. 37°50'. Autovaccin 1'5 cc.
12. II.—14. II. Pansament. Temper. 37°—47°30'. Zilnic Electrarg. 5 cc, autovaccin 2 cc.
15. II.—25. II. Temper. 36°60'—37°. Pansament tot la 2 zile.
26. II. Temper. dim. 36°60'. Electrargol intravenos.
27. II. " " 36°60'. Strichnină 0'002; p. m. 37°10'.
28. II. Temp. dim. 36°60'. Strichnină 0'003; Temp. p. m. 37°00'.
- | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---------|---|--------|---|---|---------|
| 1. III. | " | " | 36°60'. | " | 0'004; | " | " | 37°20'. |
| 2. III. | " | " | 36°60'. | " | 0'005; | " | " | 37°30'. |
| 3. III. | " | " | 37°20'. | " | 0'006; | " | " | 36°80'. |
| 4. III. | " | " | 37°00'. | " | 0'007; | " | " | 37°40'. |
| 5. III. | " | " | 36°70'. | " | 0'008; | " | " | 37°20'. |
| 6. III. | " | " | 36°80'. | " | 0'008; | " | " | 37°00'. |

În zilele următoare bolnava se simte bine, temperatura devine constant normală, se scoală și umblă tot la 2 zile la pansament spre vindecare competentă.

Observațiunea III. T. T. de 15 ani, elevă de școală normală, domiciliată în Cluj.

Diagnostic: Mastoidită gripală acută dreaptă cu otită medie gripală acută.

Antecedentele heredo-colaterale și personale sunt fără importanță.

Boala actuală: La 19. II. 1927 se îmbolnăvește de gripă și suferă timp de 4 zile având temper. între 37°—38°60' cum spune ea. Cam la 23—24. II. încep dureri mari continue în urechea dreaptă, cari după 2 zile se transformă în junghiu. Odată durerile auriculare începute i-se înfundă urechea și în scurt timp nu mai aude nimic cu ea. La vr'eo 2 zile o apucă un epistaxis din ambele nări și tot atunci începe și o scurgere întâi sangvinolentă apoi purulentă din urechea bolnavă. Cu toate, că scurgerea a fost dela acest moment permanentă și abundentă, totuși peste câteva zile începe a simți jungiuri în apofiza mastoidă care se exagerau chiar la mișcarea cea mai mică a pavilionului urechei. Temperatura în permanență 37°70'. În starea această vine la consultațiunile Clinice.

Examenul medical. Temperatura 37°80'. Starea generală puțin alterată. Se plânge de cefalee și mai ales de hemicranie la partea bolnavă. Statura potrivită vârstei. Sistemul musculo-adipos, osos bine dezvoltat. Nu are nimic patologic din partea organelor.

Examenul local: Puroi în conductul auditiv extern, al cărui pereți sunt roșii și edemaliați în partea lor internă. Timpanul roșu intens cu mici puncte hemoragice

și cu o perforație largă. Regiunea mastoidiană la inspecție nealterată, la presiune însă bolnava acuză o durere vie mai ales la vârful apofizei, marginea posterioară și partea posterioară a bazei ei. Mișcările pavilionului, apăsarea tragusului provoacă la fel o durere intensă. Durerile iradiază mai ales spre ceafă și regiune occipitală. Rinologic-Laringologic nimic patologic.

Tratament preoperator: Curățirea și desinfecția conductului auditiv, desinfecția nasului, gurei.

Operația: la 1. III. 1927. Nr. cond. op. 107/1927.

Narcoză cu cloroform.

Deschidere largă a apofizei mastoide. La deschiderea apofizei, aceasta se găsește plină de puroi amestecat cu sânge. Pereții intercelulari distruși ad maximum mai ales în partea post. a apofizei. Se golește totul, se raclează până la osul sănătos. Hemostază, tifon cu ozonogen.

Examenul bacteriologic al puroiului, scos: arată streptococi lungi hemolitici.

Tratament postoperator cel obișnuit. Vindecată per primam în 4 săptămâni.

Observațiunea IV. P. M., de 11 ani, elev, domiciliat în Chișinău. Numărul condiceii 215/1927.

Diagnostic. Mastoidită dreaptă operată recidivată de gripă.

Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Boala actuală. În 1925 a suferit de o mastoidită și făcându-i-se o trepanație, s'a vindecat.

La începutul lui Februarie se îmbolnăvește de o gripă și în a 4-a zi a boalei încep dureri mari în urechea dreaptă, care peste câțva timp începe a se scurge. — La 2 zile devine sensibilă și apofiza mastoidă dreaptă.

Examenul medical. Temper. 37,8. Starea generală destul de bună. Statura potrivită vârstei.

Operația la 11. II. 1927. Nr. cond. op. 82.

Narcoză cu cloroform.

Evidare petro-mastoidiană.

Tratamentul postoperator cel obișnuit. Decursul post-operator normal.

Observațiunea V. M. E. de 22 ani, studentă în litere, domiciliată în Cluj. Nr. cond. Clin. Chirurg. 542—799.

Diagnostic: Otită medie gripală purulentă dreaptă cu mastoidită.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale: În copilărie a suferit de pojar,

paludism și deseori avea dureri în urechi care treceau fără urme.

Boala actuală. La începutul lunii Februarie 1927 suferă de o gripă destul de gravă și amigdalită. La vr'eo 10 zile o apucă dureri violente în urechea dreaptă și deja peste câteva ore se scurge sânge și apoi un puroi destul de abundent, care se menține vr'eo 5 zile și atunci oprindu-se apar dureri intense sub formă de junghiuri în apofiza mastoidă corespunzătoare.

Examenul medical. Temper. 38'4. Starea generală bună. Este de statură mijlocie, bine dezvoltată. La organe nimic patologic.

Examenul local: Timpanul perforat, curge un puroi ușor verzui nemirositor. — Hiperestezia regiunii antrului, ușor edem inflamator, dureri spontane și provocate dedesubtul spinei lui Henle. — Rinologic: rinită cronică, cornetul inferior drept hipertrofiat.

Tratament: Desinfecția nasului cu Eucalyptol-Resorcină și a urechei prin 2 spălături largi zilnice cu Ozonogen Pamfil-Iacobovici.

Bolnava pleacă la 23. III. ameliorată. La 2. V. se întoarce iarăși cu simptomele aceleiași mastoidite, dar agravate.

Tratament preoperator: Are frisoane, i-se dă chinină cu aspirină.

Operația la 3. V. 1927. Nr. cond. op. 600 Clin. Chirurg. Anestezie regională cu Novocaină.

Deschiderea largă a apofizei. Se găsește, că celulele abia se mai disting, cavitățile pline de puroi. Se spalăcu ozonogen, se drenează cu meșe. Plaga se lasă larg deschidă.

Tratament postoperator: După operația este afebrilă. În ziua de 8. V. iese din Clinică și urmează tratament.

Observațiunea VI. R. S. de 19 ani, croitoreasă, domiciliată în Cluj. Numărul condicei: 2294/1927.

Diagnosticul: Mastoidită și otită gripală acută dreaptă. Sinuzită maxilară dreaptă.

Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale: în copilărie a suferit de variolă, iar în 1925 de scarlatină.

Boala actuală. În ziua de 10. X. se îmbolnăvește de o gripă însă timp de o săptămână nu s'a culcat, ci a lucrat, însă atunci deodată face o febră de 39°, se simte mai rău ca înainte. Apar dureri reumatoide în toată fața dreaptă, dureri în urechea dreaptă cu văjăituri, iar după 3 zile în plus dureri — junghiuri — în mastoidă. Peste câteva ore aude pocnituri din ureche după care curge

un lichid sero-sangvin, și după care se simte ameliorată. A doua zi iarăși revin durerile, se prezintă la consultații.

Examenul medical. Temper. 37.6. Starea generală bună; de statură mijlocie bine dezvoltată. Din partea organelor nimic patologic.

Examenul local: Puroi în conductul auditiv, timpanul perforat. Hiperestezia întregii regiuni mastoidiene. Sinusul maxilar dureros și la examenul rinologic se vede curgând din el un puroi gălbui.

Tratament: Curățirea și desinfecția conductului auditiv, sinusului maxilar. Ședințe zilnice de aer cald până la 70°—

Bolnava se ameliorează, părăsește clinica complet vindecată la 15 XI. 1927.

Observațiunea VII. G. K. de 28 ani, casnică, domiciliată în Cotcan. Numărul condiceii 1022/1928.

Diagnosticul: Algie mastoidi nă post-gripală stângă.

Antecedente heredo-colaterale: Fără importanță.

Antecedente personale: În Iulie 1927 a suferit de o dizenterie.

Boala actuală: În Februarie 1927 a suferit de o gripă cu temperatură ridicată, cu faringită, amigdalită și imediat la început a simțit dureri mari în urechea stângă, dureri în regiunea mastoidiană mai ales la bază apofizei, care a ținut-o fără ameliorare. Peste o săptămână face diatermie la Dej și durerile încetează. Peste vre-o 3 săptămâni durerile apar din nou sub formă de crize, de dureri reumatoide, însă făcând din nou același tratament iarăși dispar. În decursul anului mai are încă câteva astfel de atacuri pe care le tratează în modul descris. În anul 1928 din nou revin durerile acompaniate de dureri temporo-parietale de intensitate nu prea mare și o țin fără să treacă. Vine la 3 V. la consultațiile Clinice.

Examen medical: Temperatură nu are, starea generală bună. Este de statură mijlocie, bine dezvoltată. Din partea organelor nimic patologic.

Examenul local: Timpanul mat, alb cenușiu, bombat. Reflexul luminos al lui Politzer diminuat, aproape dispărut. În jurul cozei ciocanului se observă o congestie vasculară care se accentuează înspre membrana flaccida a lui Schrapnell. Apofiza mastoidă la inspecție normală, la presiune hiperestezia nu prea pronunțată a întregii regiuni. Rino- și laringologic nimic patologic.

Tratament. Ședințe de Sollux tot la 1—2 zile, timp de 15—20 minute.

La 17 V. este deja ameliorată. Stă încă sub tratament.

CONCLUZIUNI

1. Mastoidita gripală este relativ foarte frecventă atât între mastoiditele maladiilor infecțioase, cât și între mastoidite în general.

2. Mastoidita gripală este o afecțiune gravă, cauzată în majoritatea cazurilor de streptococ și în general de streptococul hemolitic.

3. Leziunea anatomo-patologică tipică este osteita distructivă.

4. Tratamentul în cazuri mai benigne este medical prin mijloace fizice (aer, cald, lumină etc.) iar în rest chirurgical: deschidere largă sau evidare petro-mastoidiană

5. Intervențiunea chirurgicală să nu se limiteze nici odată numai la antru sau numai la un grup de celule mastoidiene. Totdeauna trebuie cercetată toată apofiza.

6. Rezultatele tratamentului postoperator cu ozonogenul lui Iacobovici—Pamfil sunt foarte bune.

Văzută și bună de imprimat:
Cluj, la 2 Iunie 1928.

Decan

Prof. Dr. Mihail A. Botez

Președintele tezei.

Prof. Dr. Rion I. Predescu.

Bibliografie

Abrand: Manifestations oto-rhinologiques au cours de l'épidémie de grippe de 1918-1919. Paris, Medical 1919. Nr. 10. P. 372.

Adermann: Zur Kenntnis der Fissura mastoideo-squamosae. Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für Krankheiten der Luftwege 1900. Bd. 37. S. 358.

Alberti O.: Zur Bakteriologie der akuten Mastoiditis. Archiv für Ohrenheilkunde 1913. Bd. 92. S. 111.

Aschoff Ludwig: Pathologische Anatomie Jena 1923. Bd. II. S. 179.

• *Ballin*: Traitement de la plaie de la mastoïde. Archives Internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. 1913. T. I. P. 625.

Barvich M.: Date statistice asupra 320 cazuri de mastoidite acute. Orvosok Lapja 1927. Nr. 10. P. 334.

Bezold: Erkrankungen des Warzenheiles. Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde 1878. Bd. 13. S. 26.

Blackwell Hugh. B.: Perisinusite et abces epidural de la mastoïde consecutifs à la grippe. 5 observations. La Presse Medicale 1919. No. 48. P. 487.

Branca A.: Precis d'Histologie. Paris 1921. P. 309.

Braun: Beitrag zur Kenntnis der akuten Nekrose der Warzenfortsatzes bei akuter Otitis. Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. 1911. Bd. 45. S. 30-31.

Brühl G.: Lehrbuch und Atlas der Ohrenheilkunde. München, 1913. III. Aufl. S. 19, 397, 337.

— — Zur Pathologie des Gehörorgans (Dehissenz), Persistenz der Sutura squamomastoïdea. Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. 1912. S. 275.

Bürkner: Archiv für Ohrenheilkunde 1883. Bd. 20. S. 81.

Castay L.: Etat actuel du problème bacteriologique de la grippe (Thèse Paris). La Presse Med. 1910, No. 97. P. 913.

Căliman Nic.: Contribuțiuni la problema etiologiei influenței. Clujul Medical 1925. No. 1-2. P. 33.

Chavanne M.: Deux cas de mastoïdite primitive (grippale). La Presse Med. 1922. No. 65. P. 705.

Cholewa: Über den Eiterdurchbruch bei Erkrankungen des Warzenfortsatzes an aussergewöhnlichen Stellen. Deutsch. Med. Wochenschrift. 1888.

- Collet F. J.*: *Precis de Pathologie Interne* Paris 1926. IX. Ed. T. II. P. 706.
- Courmont*: *Les microbes d'association dans la grippe*. Paris Med. 1918. No. 49. P. 440.
- Denker A.*—*Kahler O.*: *Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde*. Berlin 1926. Bd. VII. S. 146.
- Dujarric de la Rivière*: *Le virus grippal*. La Presse Med. 1920. No. 68. P. 670.
- Dentu-Delbet*: *Traité de Chirurgie Clinique et opératoire*. Paris 1897. T. V. P. 428.
- Forgue E.*: *Precis de Pathologie Externe*. Paris 1922. Ed. VII-e. T. II. P. 186.
- Forns*: *Pourquoi sont les otites moyennes fréquentes et les mastoïdites relatives rares*. La Presse Med. 1898. No. 10. P. 60.
- Frey*: *Ein Beitrag zur Anatomie des Schläfenbeins*. Arch. für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde. 1906. Bd. 68. S. 44.
- Gerber P.*: *1100 Operationen über den Processus mastoideus*. Arch. für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde. 1915. Bd. 96. P. 49.
- Gomperz*: *Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres*. Arch. für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde. 1890. Bd. 30. S. 216.
- Grunert*: *Über die Ergebnisse in der allgemein-pathologischen und pathologisch-anatomischen Forschung des kranken Mittelohres im letzten Jahrzehnt*. Arch. für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde. 1904. Bd. 60. S. 129.
- Guisez I.*: *La Pratique Oto-Rhino-Laryngologique*. Paris 1914. Ed. II. P. III—176.
- Haike*: *Fibrinöse Mittelohrentzündung*. Arch. für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde 1905. Bd. 66. S. 292.
- Hängănuf Marius*: *Considerațiuni asupra tabloului clinic și tratamentului gripei din anul 1919/20*. Clujul Medical 1920. No. 9. P. 791.
- Hansberg*: *Osteomyelitis nach akuter Mittelohreiterung*. Verhandl. d. dtsh. otol. Ges. 1910. S. 348.
- Hartmann*: *Über Sequesterbildung im Warzentheil des Kindes*. Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde 1878. Bd. 7. S. 485.
- Hațiegan I.*—*Pop A.*: *O formă particulară a gripei epidemice*. Clujul Medical 1925. Nr. 1—2. P. 31.
- Haug Rud.*: *Influenza und Erkrankungen des Gehörorgans*. Münch. Med. Wochenschr. 1890. No. 3. S. 55.
- — *Die häufigsten Erkrankungen des Gehörorganes bei Influenza*. Münch. Med. Wochenschr. 1890. No. 8. S. 125.
- Henke F.*—*Lubarsch O.*: *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie*. Berlin 1926. Bd. XII. S. 198.
- Hermet*: *Les otites de la grippe*. Am. des mal. de l'oreille, du lar., du Nez. et du Phar. 1891. P. 117.

Hessler: Über Otitis bei Influenza. Arch. für Ohrenheilkunde 1891. Bd. 32. S. 29.

Hirsch: Influenzabazillen bei Erkrankungen des Ohres. Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für Krankheiten der Luftwege 1921. Bd. 66. S. 193.

Jansen: Influenza-Otitis. Arch. für Ohrenheilkunde 1891. Bd. 31. S. 154.

Jancu Ludwig: Über otitis media acuta nach Influenza. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1890. No. 12. P. 242.

Kerrison D.: Variations de la profondeur de la antré mastoïdienne. La Presse Med. 1903. No. 77. P. 683.

Kiesselbach: Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Schläfenbeins. Arch. für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde 1888. Bd. 15. S. 240.

Körner (Frankfurt A. M.): Ostitis des Warzenfortsatzes nach Influenza. Münch. Med. Wochenschrift 1890. No. 27. S. 476.

Lange: Zur Bakteriologie der Warzenfortsatzkrankungen. Zeitschrift für Ohrenheilkunde und für Krankheiten der Luftwege 1913. Bd. 67. S. 247.

Laurens G.: Oto-Rhino-Laryngologie Du Medicin Practicien. Paris 1921, Ed. IV. P. 21, 116.

— — Traitement chirurgical d'urgence d'une mastoïdite suppurée. La Presse Med. 1898. No. 102. P. 345.

Lemcke: Akute Caries und Nekrose des Felsenbeins nach Influenza Arch. f. Ohrenheilk. 1894. Bd. 37. S. 123.

Lermoyez Marcel: Pourquoi faut-il trépaner l'apophyse mastoïde dans les otites aiguës? La Presse Med. 1900. No. 38. P. 229.

Leutert: Bakteriologische klinische Studien über Komplikationen akuter und chronischer Mittelohreiterungen. Arch. f. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilk. 1899. Bd. 46. S. 190.

Loewenberg: L'otite grippale observée a Paris en 1891. Ann. des. mal. de l'oreille, du lar. du Nez et du Phar. 1891. P. 689.

Lubet Barbon M.: Des abces mastoïdiens sans suppuration de la caisse. La Presse Med. 1896. No. 38. P. CXC.

Luc H.: La mastoïdite latente (grippale). La Presse Med. 1921. No. 6. P. 53.

Ludewig: Influenza—Otitis. Arch. f. Ohrenheilkunde 1890. Bd. 30. S. 204.

Mahu M. G.: Notes sur l'indication opératoire dans les mastoïdites aiguës. La Presse Med. 1920. No. 35. P. 346.

— — Traitement des mastoïdites aiguës. La Presse Med. 1913. No. 97. P. 969.

— — Traitement des mastoïdites chroniques. La Presse Med. 1914. No. 37. P. 349.

— — L'application de la methode du Carrel in le traitement des mastoïdites aiguës. La Presse Med. 1917. No. 20. P. 204.

Mayer Otto: Die Mastoiditis nach Untersuchungen von ganzen Felsenbeinen und Knochensplittern. Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 1928. Bd. XVIII. S. 628.

Mignon M.: Les pansements de la Mastoïde. La Presse Med. 1913. No. 76. P. 761.

Mouret: Anomalies de la region mastoïdienne. La Presse Med. 1896. No. 36. P. CLXXXIII.

— — Mastoidite chirurgicale. La Presse Med. 1913. No. 72. P. 725.

Neff: Beitrag zur Lehre von der otogenen akuten progressiven Osteomyelitis des Schläfenbeines beim Kinde und beim Erwachsenen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. Krankh. der Luftwege. 1920. Bd. 80. S. 14.

Neumann u. Ruttin: Zur Ätiologie der akuten otitis. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilkunde 1909. Bd. 79. S. 1.

Nicolle Gh. et Le Bailly: Recherches experimentales sur le virus de la grippe. Annales de l'Institut. Pasteur 1919. No. 6.

Papilian V.: Tratat de Anatomie Umană Cluj 1923. Vol. I. P. 117.

Pasquier M.: Traitement et guérison de la mastoïdite aiguë sans operation. La Presse Med. 1924. No. 88. P. 866.

Popoliță N.: Oțite medii și mastoidite la maladiile infecțioase acute. Clujul Medical 1923. P. 281.

Predescu Rion: Mastoidita posterioră. Clujul Medical 1922. Nr. 11—12. P. 343.

Rămondi M. R.: La grippe chez la nourrisson. La Presse Med. 1916. No. 27. P. 211.

Roch: Erkrankungen mit otitis media im Laufe der Influenza-Epidemie im 1918/1919. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilkunde 1921. Bd. 107. S. 138.

Roger—Widal—Teissier: Nouveau Traité de Medicin. Paris 1924. Ed. II. Fasc. III. P. 481.

Sugár M.: Erkrankungen des Gehörorganes bei Influenza. Arch. f. Orenh. 1899. Bd. 49. S. 59.

Santalo: Mastoidite primitive aiguë. Arch. Intern. de Laryngol, d'otol et de Rhinol. 1913. P. 104.

Scheibe: Ueber die Influenzabacillen bei Otitis media. Münch. Med. Wochenschrift 1892. Nr. 14. S. 235.

Siebenmann: Ertaubung im Verlaufe von akuter Osteomyelitis. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. Krank. d. Luftw. 1907. Bd. 54. S. 1.

Smith Mc. Cuen: L'otite grippale. Arch. Intern. de Lar., d'Otol., et de Rhinol. 1913. T. I. P. 625.

— — Mastoidite primitive avec bruits d'oreilles objectifs. Arch. Intern. de Lar. d'Otol. et de Rhinol. 1908. T. I. P. 426.

Teissier I.: La grippe. Paris Medical 1920. No. 4. P. 69.

Tempea V.: Abces subperiostal mastoïdian cu cale de scurgere prin trompă fără manifestajii timpanale. Clujul Med, 1925. Nr. 9—10. P. 386.

Tendenat : La Presse Medicale 1896. Num. Supl. 19. Iuin. P. LXXXVII.

— — La Presse Medicale 1895. Num. Suppl. 19. Iuin.

Testut L. : Traité d'Anatomie humaine Paris 1922. T. III. P. 668.

— — *Jacob O.* : Traité d'Anatomie topographique. Paris 1921. T. I, P. 62.

Truckenbrod : Influenza-Epidemie von Hamburg. Deutsche Med. Wochenschr. 1890. No. 12. S. 243.

Vouzelle M. : Abces cérébral à la suite d'otite grippale. La Pr. Med. 1897. Nr. 29. P. CLIV.

Westfried I. : Observațiuni clinice și terapeutice asupra infecțiunii gripale. România Medicală 1927 (anul V.) Nr. 5. P. 7.

Weissmann : Guerison rapide des mastoïdites operates. La Pr. Med. 1913. No. 19. P. 182.

Zaufal : Die Beziehungen der Mikroorganismen zu den Mittelohrentzündungen und ihren Komplikationen. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. 1891. Bd. 31. S. 177.

