

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1097.

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA POLIPILOR AURICULARI



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 22 APRILIE 1937.

DE

MERA ZOLTAN

medic ext. la Soc. Vol. de Salvare

CLUJ
TIPOGRAFIA NAGY, STR. I. G. DUCA No. 8.
1937.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I” DIN CLUJ
Facultatea de Medicină.

No. 1097.

CONSIDERAȚIUNI
ASUPRA POLIPILOI AURICULARI



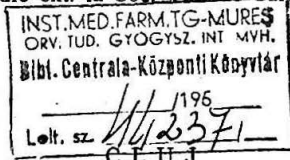
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 22 APRILIE 1937.

DE

23 MAY 2005

MERA ZOLTAN

medic ext. la Soc. Vol. de Salutare



TIPOGRAFIA NAGY, STR. I. G. DUCA No. 8.
1937.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Domnul Prof. Dr. D. MICHAIL

Profesori :

Clinica stomatologică	Prof. Dr. <i>Aleman I.</i>
Istoria medicinei	" " <i>Bologa V.</i>
Bacteriologie	" " <i>Baroni V.</i>
Patologia generală și experimentală	" " <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" " <i>Buzoianu G.</i>
Istologia și embriologia umană	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Popoviciu Gh.</i>
" ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu Cr.</i>
Semiologie medicală	" " <i>Goia I.</i>
Clinica medicală	" " <i>Hațieganu I.</i>
Clinica chirurgicală	" " <i>Pop A.</i>
Medicina operatoare	" " <i>Kernbach M.</i>
Medicina legală	" " <i>Popoviciu Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia	Supl. " <i>Michail D.</i>
Clinica oftalmologică	Prof. " <i>Minea I.</i>
" neurologică	" " <i>Moldovan I.</i>
Igienă și igienă socială	" " <i>Negru D.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Papilian V.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologia umană	Supl. " <i>Sturza M.</i>
Balneologie	Prof. " <i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	" " <i>Țeposu E.</i>
" urologică	" " <i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	" " <i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	" " <i>Vasilii T.</i>
Anatomia patologică	" " <i>Vasilii T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președintele :	Domnul Prof. Dr. <i>Buzoianu Gh.</i>
	Domnul Prof. Dr. <i>Kernbach M.</i>
Membrii :	" " " <i>Popoviciu Gh.</i>
	" " " <i>Sturza M.</i>
	" " " <i>Tătaru C.</i>
Supleant :	Domnul Doc. Dr. <i>Gavrilă I.</i>

Introducere.

Oricum am privi problema polipilor auriculari, din orice perspectivă și sub orice incidență de vederi, ea își impune reala sa importanță pe terenul practic al medicinei curative. Valoarea teoretică și practică a polipilor otici este expresia intrinsecă a nesfârșitelor cercetări, cari zi de zi au lărgit cadrele cunoștințelor noastre până în faza lor de astăzi. Simbolul realului interes științific și clinic al polipilor auriculari este munca fără preget a unei distinse pleiade de autori care a situat această problemă la locul său de adevăr.

În cursul multor cercetări ale diversilor autori, polipii auriculari au constituit epicentrul preocupărilor științifice cu deosebire problema nosologiei, a etiologiei, patogeniei, a anatomiei patologice, a unui studiu clinic în ansamblu și în fine, a tuturor procedeelelor terapeutice.

Încadrarea precisă a polipilor auriculari nu a fost posibilă din cauza diversităților de vederi anatomo-patologice. Insuși denumirea de „polip” a dat loc multor controverse intrucât în cadrele concepțiilor vechilor autori, sub această denumire se înglobează toate producțiunile pediculate, cari se implantează mai ales în casa timpanului, asupra oscioarelor, mai rar pe timpanul însuși și în conductul auditiv extern. Polipii urechii mijlocii prezentând acest polimorfism arhitectonic, a determinat pe cei mai mulți autori să adopte o clasificare anatomo-istologică, adică să țină cont de natura lor structurală. Înainte de epoca istologică, singurul criteriu de diagnostic al polipilor otici era aspectul lor exterior. Tocmai din acest motiv, concepțiile autorilor au virat spre pozitivismul anatomic, în sensul de a substitui denumirea de „polip” cu termeni mai preciși,

cari să corespundă unor tipuri istologice bine definite ca: granulome, botriomicoze, fibrome etc. Din punct de vedere clinic, problema nosologică a polipilor auriculari nu prezintă atâtea necunoscute, ca aceea anatomo-patologică și prin urmare, clasificarea lor pe această latură nu întâmpină dificultăți prea mari. Aceste producțiuni fiind înserate într'un organ, care nu permite creșterea lor decât în direcția unui canal tubulat — conductul auditiv extern — ele vor lua mai mult sau mai puțin o formă polipoidă, indiferent de natura lor arhitecturală. Astfel concepută această clasificare, sub denumirea de „polip” s'ar îngloba atât granulomele simple, cât și neoplasmale benigne sau maligne, cu alte cuvinte, toate neoformațiunile vegetante ale urechii.

În timpul din urmă termenul de polip auricular și-a pierdut în limbajul medical curent sensul său vechiu. *El nu semnifică astăzi altceva decât o neoformațiune pediculată de natură inflamatorie, formată în general, în dependență de o mucoasă cronic inflamată.* Prin urmare, ne folosim de acest termen de convenție, rămas în uz până în ziua de azi, care traduce o complicație consecutivă unei otite medii cronice.

În rezumat, problema polipilor auriculari trebuie considerată mereu actuală, atât din punct de vedere teoretic, cât și practic, întrucât valoarea terapeutică în îngrijirea unei otite cronice, depinde de tratamentul primitivă a acestora și numai secundar de îngrijirea otitei propriuzise.

Considerații generale.

Definiție.

Din studiile făcute de diverși autori înaintea erei microscopice, se desprinde că sub denumirea de „polipi auriculari” se confundau sau se încadrau, toate excrescențele provenite din casa timpanului, adică nu numai polipii produși de otoree, ci toate tumorile maligne și benigne.

Actualmente sub această denumire se înțeleg numai polipii datorți supurațiilor auriculare, cari sunt formați dintr'un țesut de granulație, prin modificarea mucoasei, consecutiv acestor inflamațiuni cronice. Polipul auricular nu constituie deci o afecțiune independentă, ci este totdeauna în funcție de o supurație otogenă, de o otită medie supurată cronică, netratată sau insuficient tratată. Cu totul excepțional, polipul este datorit unor alterări inflamatorii cronice ale conductului, prin prezența unui corp străin (*Lávrant*) sau a unui furuncul (*Bourgeois*) de obicei, însă existența unui polip, ne impune fără nicio îndoială diagnosticul de otită medie supurată cronică și prin urmare, polipii auriculari nu sunt decât complicațiile acestei otite.

Istoric.

Nu avem intenția ca să expunem un istoric complet asupra acestei probleme, întrucât ar însemna să ne pierdem în amănunte, de aceea vom releva numai în linii generale primele cercetări, cari s'au făcut în acest domeniu și în special etapele mai importante, cari au apărut în cursul acestor cercetări până în zilele de azi.

Cazuri izolate de formațiuni polipoide auriculare au fost descrise de diferiți autori: *Wallstein* (1846), *Meusner* (1853), *Wells* (1854), *Billroth* (1855), *Trölsch* (1859) și *Lukas* (1864).

Prima lucrare mai importantă o avem dela *Kessel* și *Stuedener* din 1867, în care tratează problema de ansamblu a polipilor auriculari, documentându-se prin o statistică de 65 cazuri. Ei semnalează principalele caractere histologice a acestor neoformațiuni; le deosebesc de simplele granulațiuni consecutive supurațiunilor și le clasează în următoarele categorii de: polipi fibroși, mucoși și mixomatoși.

În 1883 *Steinbrügge* și *Moos* reiau problema polipilor urechii și afirmă, că toate granulațiunile consecutive otitelor supurate cronice sunt de aceeași natură cu polipii și trebuie considerate tot ca polipi.

Klingel (1891) din cazurile sale studiate, distinge granulațiuni, angio-fibrome și mixo-fibrome.

Niemack dă un raport despre 55 cazuri studiate de el. Semnalează prezența unor corpusculi rotunjiți, pe cari el îi crede că ar fi produși de desagregare, formați — după el — dintr'o substanță fibrinoidă. Nu admite transformarea epiteliului cilindric în epiteliu stratificat, admis de mulți autori

Lacke, în 1892, adoptă clasificarea lui *Klingel* și confirmă concluziunile acestuia.

Marmaducke, în 1892, atrage atenția asupra erorilor de diagnostic între o tumoră de granulație și un sarcom.

Hamon Fougeray (1892) pentru a evita confuziunile asupra naturei polipilor, propune pentru prima dată ca să se rezerve cuvântul de *polip*, numai proliferațiunilor de origine pur inflamatorie, adică formate în dependență de o mucoasă cronic inflamată.

În 1893, *Manasse* descrie pentru prima oară foli-culi limfatici și chiste cu celule gigante în interiorul polipilor. El crede, că aceste chiste derivă dintr'o degenerescență grăsoasă sau mucoasă a centrului acestor foliculi limfatici.

Karl Koch în acelaș an descrie tumorile conductului auditiv, însă nu vorbește decât de tumori inflamatorii.

Courtade. în 1894, citează cazuri de hemoragie interstițială, aproape subită, în interiorul unori polipi, iar *Zeroni* semnalează prezența unui colesteatom central inclus în masa polipului.

— În 1896 *Brindel* semnalează la Societatea de Anatomie și Fiziologie dela Bordeaux, prezența de 4 cazuri de polipi cu grămezi limfoide.

În 1898, *Manasse* confirmă din nou prezența chistelor și a celulelor gigante în polipii și în mucoasa inflamată a urechii mijlocii.

În 1903, *Vaquier* vorbind despre polipii auriculari, spune că cel mai frecvent este polipul mucos, după care urmează formele mai rare: polipul fibros și mixoamele.

Cornet în 1905, pe baza examinării a 25 cazuri de polipi ai urechii spune că, polipii nu sunt nici mixome, nici fibrome sau alte tumori, ci neoplasme inflamatorii. Acestea sunt excrescențele mucoasei timpanale, cari au ca punct de plecare un edem localizat pe această mucoasă, probabil infiltrată în urma infecțiunii cronice a casei. Din punct de vedere histologic nu există mai multe specii de polipi, ci numai diferite varietăți, cari rezultă mai ales din intensitatea procesului inflamator, a localizării, infiltrațiunii și a edemului în țesutul conjunctiv hiperplasiat.

În 1910 *Jeandelize* afirmă că numai o singură tumoră inflamatorie trebuie descrisă sub numele de „polip”: aceasta este tumora de granulație. Transformațiunile acesteia și mai ales a formei celei mai cunoscute este transformațiunea fibroasă sau fibromul.

Citelli, în 1912 în urma studiilor sale imparte polipii urechii în 2 mari clase: de o parte granulomele, cari sunt mai numeroase și pe de altă parte o altă categorie numită polipii neoplasici de natură benignă: fibrome, mixome și forme mixte.

Portmann și *Forlais* prin examinările istologice din 1922 găsesc o identitate tisulară în botriomicoză și în polipi. Pentru ci polipii nu sunt tumori „sunt numai botriomicoze, adică muguri cărnoși inflamatorii, surveniți într'un mediu celular infectat”.

În 1922 *Lemaitre* semnalează un polip al casei cu unele caractere colesteatomatoase, care prezintă la examenul histologic, pe lângă caracterele obicinuite, o infiltrație colesterinică în țesutul său conjunctiv, acompaniat de o reacție giganto-celulară foarte accentuată. Cum prezența celulelor gigante în țesutul încărcat de cristale de colesterină este un fapt histologic frecvent observat, autorul se întreabă, dacă polipii cu reacțiuni giganto-celulare se observă numai în cazurile de otorei colesteatomatoase, sau și în cazurile de otorei simple, până când polipii granulomatoși nu există decât în acestea din urmă.

În 1923 *Lavrand* ne expune concluziunile sale asupra a 33 cazuri, găsim în 10 cazuri degenerescență colesteatomatoasă cu reacțiune giganto-celulară.

În 1931 *Granet* tratează despre valoarea semiologică și tratamentul polipilor urechii. El consideră polipii auriculari ca formațiuni de tip proliferativ, legate de o supurațiune cronică a urechii, traducând leziuni osteitice ale casei.

În 1933 *Rendu* descrie un caz de polip cartilaginos al urechii medii, extras dela o femeie de 70 ani. La examenul histologic se constată, că este vorba de o neoformație fibroasă benignă, care a suferit o degenerescență hialină ceea ce arată vechimea tumorii.

Worms (1935) se ocupă mai ales cu polipoza recidivantă a casei timpanului. La examenul radiologic se constată, că dimensiunile casei timpanului sunt mărite fără să constate o supurație abondentă, existând de cele mai multe, ori o infecție veche. Autorul se întreabă, dacă infecția auriculară este concomitentă sau consecutivă acestei polipoze, ori este ea la originea acestei polipoze.

În tratatul recent (1937) al Dlui *Profesor Buzoianu* găsim că polipul auricular este o neoformațiune de natură inflamatorie, neconstituind o afecțiune independentă, ci este totdeauna în funcție de o supurație otogenă.

Frecvența.

Frecvența polipilor auriculari este variabilă. După statistica lui *Schwartz* se constată raportul de: 1 polip la 15 otorei, iar după a lui *Hessel* de 1 polip la 28 otorei. În

general se poate admite că $\frac{1}{5}$ din cazurile de otite medii supurate cronice se complică de polipi auriculari,

Clasificări.

În decursul cercetărilor asupra polipilor auriculari s'au încercat și s'au făcut numeroase clasificări, ceea ce dovedește cât de grea este problema încadrării nosologice din punct de vedere arhitectural, histologic a acestor neoformațiuni. În teza lui *Taillefer* găsim vreo 10 clasificări. Dintre cele mai cunoscute amintim două, una aparține lui *Stuedener*, adoptată în Franța de către *Duplay* și de mulți alți histologiști (*Sexton*, *Urbantschitsch* etc.) și alta a lui *Moos* și *Steinbrügge*, adoptată de *Eitelberg*. Clasificarea lui *Stuedener* ne indică: 1. polipi mucoși, 2. polipi fibroși și 3. mixomi. Aceeași clasificare ne-o dă și *Laurens*. Clasificarea lui *Moos* și *Steinbrügge* este mai completă cuprinzând: 1. granulațiuni, 2. angiofibrome, 3. mixome și 4, fibrome. *Vaquier* în ordinea frecvenței lor clasifică polipii ca și *Stuedener* în mucoși, fibroși și mixomi.

Etiologia.

Supurațiunile prelungite din casă, iritând mucoasa, determină proliferarea sa și producerea de muguri cărnoși, cari devin polipi. Se poate adăuga, că polipul odată format, întreține supurația casei, acționând ca un corp străin, împiedecând scurgerea puroiului și favorizând înapoia lui retențiunea lichidelor, resturilor epidermice etc. ; există deci un cerc vicios.

Adesea punctul de plecare al formațiunilor polipoase este o osteită a oscioarelor sau a peretelui casei, care explică varietatea punctelor de implantatie. Colesteatomul este deasemenea frecvent. El este o cauză de iritațiune pentru mucoasa casei și joacă deci un real rol în etiologia polipilor.

În statistica lui *Schwartz* se constată raportul de 1 polip la 15 otorei, iar în a lui *Hessel* de 1 polip la 28 otorei.

Anatomia patologică.

Examenul macroscopic.

Polipii auriculari prezintă o serie de particularități dintre cari două caractere sunt mai importante: forma și implantația. *Forma.* Aproape totdeauna polipul auricular prezintă o formă ovalară și este pediculat. Pediculul este scurt și destul de subțire. *Volumul.* Volumul polipilor urechii este variabil; mici, mari, ajungând uneori la nivelul meatului auditiv. Ei pot fi unici și multipli. *Suprafața* lor este netedă sau neregulată și destul de des muri-formă. *Culoarea* variază între galben — gris și roșu — viu. *Consistența* este de obicei moale, comparabilă cu aceea a polipilor nasului. *Implantația.* Do obicei polipii auriculari se inseră în casa timpanului pe o regiune atinsă de osteită: pe oscioare, în antrul mastoidian sau uneori pe timpanul însuși. Mai rare sunt inserțiunile pe conductul auditiv extern. *Moos și Steingrügge* din 100 cazuri de polipi auriculari, găsesc 75 implantați în casă și numai 25 în conductul auditiv extern. Când se inseră în conduct, îi găsim lângă membrana timpanului, de obicei pe peretele postero-superior, alteori pe timpanul însuși. Adesea consecutiv unui furuncul, unui abces mastoidian sau parotidian, care s'a deschis în conduct, se pot vedea granulațiuni polipoase, implantate pe unul dintre pereții acestuia. Lavrand din cazurile sale trage concluzia, că *implantația predilectă* este în dependență de mucoasa cavității supratimpanice a urechii mijlocii. Acelaș fapt este susținut de *Lubet, Barbon, Martin și Duplay.*

Examenul microscopic.

Polipii urechii reproduc toate elementele mucoasei de unde provin, însă în proporție diferită și după o dispoziție specială. La secțiunea transversală a unui polip mergând dinspre periferie spre centru vom distinge: 1. un strat epitelial, 2. o zonă periferică, umplută de celule mici, rotunde și bogate în capilare tinere sau pe cale de transformare, numită zona de infiltrațiune sau mantaua leucocitară, 3. o zonă centrală clară, săracă în nuclei și cu tendință la fibrozare, 4. la centru vase foarte dilatate lacuri de sânge. — Vom studia epiteliul și țesutul central sau țesutul propriu.

a) Epiteliul.

Este când pavimentos, când cilindric. Epiteliul pavimentos este totdeauna stratificat și se găsește în polipii vechi. Epiteliul cilindric este totdeauna ciliat, se observă în depresiunile interlobulare și se găsește în polipii recenți. După *Cornet* se observă constant, prezența ambelor epiteliuri pe acelaș polip. Acest polimorfism îl afirmă și *Lavrand* pe baza observațiilor sale făcute asupra 33 de cazuri.

b) Țesutul propriu.

Țesutul propriu al polipului este constituit din elemente conjunctivo-vasculare. *Elementele conjunctive.* Țesutul conjunctiv este lax, cu fibre fine, formând un veritabil sincițiu, reamintind țesutul reticular. Țesutul conjunctiv al polipilor poate fi comparat cu un burete, mai mult sau mai puțin poros. Substanța fundamentală este amorfă, cu infiltrațiuni celulare, mai mult sau mai puțin abundente. *Elemente vasculare.* Polipul totdeauna vascular cuprinde un pedicol central, care este la hilul polipului care este o veritabilă axă vasculară. Când polipul este lobulat, dela pedicolul vascular central, pleacă pediculi secundari, dirijați după axa diferiților lobi. *Elemente celulare.* Elementele celulare plutesc în sincițiul țesutului conjunctiv. Provin fie din țesutul conjunctiv: *celule autochtone*, fie din vase sanguine: *celule importate*.

Polinuclearele se găsesc numai în inflamațiunile acute. Elementele cele mai frecvent întâlnite sunt: limfociți de origine limfocitară, celule gigante și formațiuni degenerative. Aceste formațiuni degenerative sunt de două feluri: unele rezistă reactivilor obicinuiți folosiți în istologie, altele sunt solubile în acești reactivi.

Polipii recentți, în general sunt formați dintr'un țesut de granulație în mare parte constituită din celule embrionare, cu nuclei în diviziune activă.

Polipii vechi evoluează spre fibrozare, în cari țesutul conjunctiv devine tot mai dens, vasele sanguine devin mai mici și mai puțin numeroase.

Un sfert din numărul polipilor prezintă vasele dilatate având tendință la hemoragii, chiar la cel mai mic traumatism de atingere. Acești polipi, cu vase dilatate, sunt formele corespunzătoare angio-fibromelor.

Una dintre caracteristicile polipilor urechii este persistența stratului malpighian, care dă prelungiri simple sau ramificate în interiorul polipului. Aceste prelungiri se pot izola în massă și se prezintă la secțiune fie ca globi epidermici, fie ca formațiuni chistice (în caz că centrul lor a dispărut).

Calcifierea și chiar osificarea polipilor constituie o raritate. În câteva cazuri s'a observat, că se formează în interiorul polipilor incluziuni epidermice și formațiuni colesteatomatoase. *Lavrand* după cum am mai menționat, din examenul histologic a 33 de cazuri, găsește în 10 cazuri degenerescență colesteatomatoasă.

Polipii urechii reprezintă o reacțiune a mucoasei cronic inflamată cu un caracter de septicitate accentuată. Sunt deci diferiți de polipii foselor nasale și ai laringelui, a căror cauză inflamatorie are un caracter mai moderat.

Studiu clinic.

Simptomatologia.

Simptomele obiective. Înaintea oricărui examen, o otoragie foarte deseori ne face să suspectăm existența polipilor auriculari. Supurațiunea abundentă, adesea este colorată de sânge în mod intermitent.

Când polipul este voluminos, el poate eși afară din conduct și apare la nivelul meatului. În acest caz partea expusă aerului pare a fi acoperită de o membrană dură, alburie, sub care se vede prin transparență un țesut roz-violaceu. Puroiul isbucnește în tot jurul polipului. Alteori trebuie să ridicăm ușor pavilionul, pentru a vedea polipul, care prezintă dimensiuni variabile, umplând $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ ale conductului, sau în întregime și uneori atârnă din concă.

Polipii mai profunzi constatați la examenul otoscopic au aspectul unei mase roșii, ori albe-rozate și sunt fără îndoială mai moi. Ei sunt mai mult sau mai puțin mobili în conductul auditiv, prin mișcările pe cari i le imprimăm cu un stilet. Polipii auriculari sângerează foarte ușor, fie spontan, fie la cel mai mic traumatism. Uneori ei prezintă o formă rotundă cu o suprafață netedă, iar alteori au un aspect muriform. După cum volumul lor este mai mare sau mai mic, nu permit totdeauna să se vadă timpanul și mai ales perforațiunea prin care au eșit din casă. Uneori ei umplu toată perforațiunea și se aștern mai mult sau mai puțin pe timpan, asupra căruia par a fi implantați.

Polipii auriculari sunt pediculați sau sesili. De foarte multe ori ei au pediculi foarte lungi. Punctul de pe care iau naștere, este foarte variabil ca localizare. În trei pătrimi

a cazurilor inserțiunea lor se face pe peretele intern al casei, pe promontoriu, asupra orificiului tubar sau pe lama subțire osoasă, care separă nervul facial de casă. Alteori se plantează pe oscioare, ceea ce înseamnă, că este totdeauna prezentă o carie limitată. Deasemenea se constată polipi auriculari sesili, duri s'au muriformi, cari se dispun pe cadranul timpanic. Alții s'au văzut că apar din antrul mastoidian prin canalul timpano-antral.

Pentru a extirpa un polip auricular nu este de ajuns să-i constatăm prezența, ci trebuie să-i cunoaștem bine forma, volumul și punctul de implantare. În acest scop este nevoie de un examen cu stiletul, care reprezintă o adevărată „palpare” a polipului. Explorarea suprafeței polipului și a punctului său de implantare, ne indică direcția în care trebuie introdusă ansa, pentru a-i secționa pedicolul.

Simptomele subiective. Sunt în majoritatea lor în raport cu retenția puroiului. Ele trec neobservate dacă sunt mici, alteori provoacă dureri și senzații de tensiune intraauriculară și chiar întra-craniană. Se exagerează în mod notabil surditatea, putând da sgomote subieclive intense și variate, determinând uneori vertijie grave. *Lannois* amintește un astfel de caz, observând la o femeie tânără, că dispare vertijul intens aproape instantaneu, după ridicarea unui polip destul de mare.

Polipii auriculari pot determina turburări nervoase reflexe mai mult sau mai puțin grave, nevralgii, nistagmus, turburări oculare motorii, iritația pneumo-gastricului și chiar accidente epileptiforme.

Retenția de puroiu în casa timpanului poate avea consecințe grave ca: producere de colesteatom, favorizarea cariilor osoase, precum și determinarea unei mastoidite simple sau însoțită de complicațiuni intra-craniene.

Diagnosticul.

Diagnosticul pozitiv. În mod obicinuit diagnosticul polipilor auriculari nu ne oferă dificultăți serioase. Prezența unei mase cărnoase ca un mugure în conduct, confruntată

cu simptomele sus amintite, permite să se facă cu ușurință. Cazurile cum erau ale lui *Eitelberg* unde iritațiunea mucoasei a determinat polipi în casă, fără perforația timpanului, trebuiesc considerate ca excepționale.

Diagnosticul diferențial. Polipul trebuie diferențiat de o exostoza inflamată, de o periostită a peretelui lojei, de un edem localizat al timpanului, care se întâlnește, mai ales în otita acută, de ridicăturile sau bombările timpanului conice sau cu perforațiuni centrale, cari se găsesc în cadranul postero-superior, în cursul supurațiunilor acute.

Polipii mici și sângerânzi, cari se găsesc în conduct, după ce s'a practicat ablația dopurilor epidermice, sunt ușor de recunoscut și de localizat. În sfârșit, nu trebuie să confundăm polipii cu tumorile maligne dela acest nivel. Ele prezintă anumite caractere speciale: aspect fungos, suprafața sângerândă, proliferațiune rapidă etc. cari ne ajută în facerea diagnosticului diferențial. Uneori sarcomele mici, în deosebi cele dure, dădeau lor erorilor de diagnostic, fiind luate drept polipi recidivanți.

Mai deficil este diagnosticul topografic, adică din punct de vedere al implantației și mai ales, diagnosticul etiologic, adică de exemplu al osteitei.

Evoluția.

Prezența polipului auricular prin el însuși, nu constituie o boală ușoară ori gravă, ci o complicație, însă existența acestuia are o importanță considerabilă din punct de vedere clinic pentru motivul că întreține supurația, favorizează stagnarea puroiului în profunzimea urechii și constituie un obstacol pentru tratamentul eficace a părților bolnave din casă. Pe când alte complicațiuni, auriculare cum este colesteatomul și leziunile de osteită, nu se observă decât în otoreele purulente, polipii sunt foarte rar prezenți și în cazul de otorei tubare.

Evoluția polipului însuși de cele mai multe ori este lentă, însă progresivă. Uneori polipul poate să rămână un timp îndelungat staționar, iar dacă-l ridicăm, poate să nu

se mai reproducă. În general recidivează, fie din cauza că nu s'au ridicat toate granulațiunile prin tratament, fie că persistă leziunea cauzală, de exemp'u caria osoasă.

Complicațiuni.

Polipii auriculari determinând o retenție a puroiului, favorizează stagnarea acestuia în profunzimea urechii. Ca o consecință a acelei stagnări, se produc diferite complicațiuni. mai mult sau mai puțin grave. Dintre complicațiunile *locale*, amintim producerea de colestatoame, precum și a cărilor parietale și osoase, iar dintre cele *regionale*, mastoiditele și complicațiunile intra-craniene (abcese, meningite, trombo-flebite etc.).

Afară de complicațiunile sus amintite, se mai constată o serie de complicațiuni *la distanță* ca vertije, turburări nervoase reflexe, nevralgii, nistagmus, turburări oculare motorii, iritația pneumogastricului și chiar accidente epileptiforme.

Prognosticul.

Prognosticul este destul pe serios, nu din cauza prezenței polipului însuși, ci din cauza complicațiunilor, cari pot să apară. Polipul întreține supurația, făcându-o interminabilă și prin massa sa este împiedecat tratamentul leziunilor cauzale din casă sau a oscioarelor. Prin urmare nu este suficient să diagnosticăm un polip auricular și să aplicăm un tratament conservativ, deoarece vindecarea supurației auriculare nu survine decât după ablația acestuia, însoțită de un tratament medical rațional.

Tratamentul.

În tratamentul polipilor auricular au fost preconizate cele mai numeroase metode terapeutice. În general deosebim un tratament medical și unul chirurgical.

I. **Tratamentul medical.** *Politzer* a propus să se facă bolnavilor fricoși, instilațiuni de alcool absolut de trei ori zilnic. Este însă un tratament interminabil, care durează 2—3 luni și nu poate acționa decât asupra micilor polipi. Este indicat la bolnavi, cari nu vor să se supună la proceduri mai radicale. Azi nu se practică.

II. **Tratamentul chirurgical.** Este tratamentul suveran al polipilor auriculari. Din punct de vedere chirurgical trebiu concepută conduita operatorie astfel: 1. *explorația prealabilă a polipului*, 2. *indicațiunea operatorie* și 3. *ablațiunea*.

a) *Explorarea.*

Otoscopia ne permite să constatăm una sau mai multe tumori, netede, muriforme, sesile sau pediculate, aproape totdeauna roșii, datorită vascularizației, rar albe-rozate, rotunjite, variând ca volum, dela dimensiunile unui bob de cânepă până la mărimea unei alune, care umple conductul auditiv extern herniind adeseori înafară.

Explorația cu stiletul este foarte necesară. Curățim conductul auditiv, după aceea instilăm 5—8 picături de clorhidrat de cocaină $\frac{1}{20}$, la care am adăugat 10 picături de adrenalina $\frac{1}{1000}$. Așteptăm 5 minute și apoi începem explorarea, care ne va fixa: 1. *diagnosticul exact* și va permite să diferențiem un polip de o exostoză inflamată, de o periostită a peretelui lojei, de o tumoră malignă; 2. *asupra gradului de mobilitate* a polipului; 3. *modul punctului său de implantație* și în fine asupra; 4. *sediului*. Explorația este

importantă căci trebuie să știm cum să orientăm instrumentul. Sunt două cazuri: Într'un caz polipul este mic, el nu umple lumenul conductului și în acest caz stiletul va descoperi imediat și foarte ușor pediculul, în celalalt caz, polipul umple tot conductul auditiv, când explorarea e mai a-nevoioasă.

Se caută apoi cu extremitatea instrumentului să mobilizăm tumora, să o turlim, să o apăsăm pe un perete al conductului, adică să conturăm toată circumferința sa, forțând ușor stiletul spre profunzime. Există două posibilități: una, la capătul instrumentului se constată pe unul din pereți o rezistență, care corespunde inserției polipului, a doua, când stiletul nu percepe nicio rezistență în care caz trebuie să ne gândim la probabilitatea unei inserții pe peretele intern al casei, polipul fiind eșit prin perforațiunea timpanului.

b) *Indicațiuni operatorii.*

Se recomandă ca orice polip auricular odată diagnosticat, să fie extirpat imediat din următoarele motive: 1. întreține supurația. Otita supurată cronică nu se vindecă până ce nu se procedează la ablația polipilor; 2. determină o retenție a puroiului. Prezența sa constituie un obstacol în scurgerea liberă a puroiului, care stagnează în profunzimea urechii, predispunând astfel la leziuni osoase locale (carii parietale și osoase) și regionale (mastoidită) și în fine pot fi originea unor complicațiuni intracraniene (abces, meningită etc.), amenințând astfel viața bolnavului; 3. provoacă și întrețin turburări funcționale serioase: oțorei, surditate, vâjăituri, cari pot dispărea după ablația polipului, dacă nu se găsesc carii osoase; 4. polipii sunt un obstacol pentru tratamentul eficace al părților bolnave din casă și cari pot fi foarte ușor tratate după extirparea lor.

c) *Procedee operatorii.*

Sunt patru procedee chirurgicale mai importante: 1. ablația cu polipotomul; 2. ablația cu curetă; 3. sfărâmarea cu pensă; și 4. distrugerea prin cauterizare chimică sau galvanică.

1. Ablația cu polipotomul.

Este procedeul preferat în majoritatea cazurilor, în deosebi este indicat acest procedeu în cazul polipilor mari pediculați. Instrumentariul necesar: speculi, stilet, port-vate, pensă și polipotom.

Sunt mai multe modele de polipotome, însă toate derivă dela a lui *Blacke*, fiind mai mult sau mai puțin modificate. La polipotomele auriculare, tubul prin care trece ansa, trebuie să fie destul de scurt, cca. 8—10 cm. fiind astfel mai maniabil. E bine, ca despărțitorul tubului să fie ușor intrat în extremitatea lui liberă, ca firul să poată secționa bine masa polipoasă.

Firul de care s'au servit mai demult la fabricarea anselor era din alamă. Acesta are însă inconvenientul de a se diforma și a da îndoituri, cari sunt foarte dureroase pentru conduct. *Lannois* preferă firele de oțel elastice (No. 36 și 38) cari dau o ansă alungită sau ovalară. Aceasta de obicei e mai preferabilă ca forma circulară pentru că permite mai bine angajarea firului (ansei) în tubul polipotomului. Deci se pot utiliza corzi metalice, cari se găsesc în prăvăliile de instrumente muzicale. *Laurens* preferă crinul de Florența, care de asemenea dă o ansă elastică, suplă, neofensivă și nedureroasă pentru conduct. Înaintea operației trebuie să ne convingem, dacă ansa traversează lumenul speculului (în cazul când introducem prin specul) și că direcția ansei corespunde inserției polipului. În principiu ansa trebuie să fie destul de largă, încât polipul să se angajeze ușor.

Curățim bine conductul auditiv, spălăm cu apă oxigenată și uscăm, procedând apoi la anestezie. *Anestezia* în marea majoritate a cazurilor este *locală*, însă la copii și la persoane prea nervoase recurgem la *anestezia generală* cu Kelen. Anestezia locală o facem dacă polipul este mic, cu câteva cristale de clorhidrat de cocaină, depusă pe toată suprafața polipului, în deosebi în apropierea pediculului, introducându-le cu ajutorul unui stilet. Dacă polipul este mare, instilăm 10 picături dintr'a soluție de $\frac{5}{100}$ cocaină, menținându-o în ureche timp de 10 minute. La clinica dlui

profesor *Buzoianu* se folosește cu rezultate bune soluția Bonain, din care se instilează 10 picături în conduct, sau inhibăm cu această soluție un tampon de vată și îl ținem în ureche aproximativ 10—15 minute.

Technica operatorie. Operația polipilor auriculari cuprinde trei timpi: 1. *introducerea polipotomului în conduct*, 2. *angajarea ansei în jurul polipului și 3. amputația polipului.*

După ce am făcut anestezia, introducem anșa ușo, cu delicateță și progresiv, până dincolo de polip, apoi căutăm să angajăm polipotomul cât mai aproape de punctul de inserție al polipului. Când polipul s'a angajat în interiorul ansei, urmează amputația polipului, care se face după 3 procedee: a) *secționarea* se face în majoritatea cazurilor identic ca și la amigdalectomie. Polipul secționat ese împreună cu polipotomul sau cade în conduct, când se scoate cu o pensă; b) *smulgerea* se rezervă exclusiv polipilor, inserați în conductul auditiv; c) *ligatura* se aplică rar și de obicei la polipii fibroși sesili, aderenți de peretele osos. Polipul legat la baza sa se sfacelează și cade jos spontan.

Este important, ca pediculul polipului să fie acționat cât mai aproape de punctul său de implantație. Tracțiunea unui polip este periculoasă, deoarece se pot detașa mici părțile osoase ale punctului de inserție, deschizându-se astfel labirintul, cavitatea craniană, canalul lui Faloppe, după cum inserția polipului s'a făcut pe peretele intern al casei, pe tegmen timpani sau pe canalul osos al nervului facial. Pot izbucni deci imediat, fenomene de labirintită supurată, paralizie facială sau diferite complicațiuni endocraniene, prin propagarea directă a puroiului din casă în aceste regiuni învecinate, deschise prin manopera operatorie brutală.

Câteodată nu reușim într'o singură ședință. În aceste cazuri repetăm operație după necesitate. Dacă nu au rămas decât resturi mici, neregulate, chiuretăm pediculul ori cauterizăm cu perle de acid cromic sau nitrat de argint.

Uneori se produce o hemoragie relativ abundantă, care se poate opri totdeauna ușor cu un mic tamponament cu ti-

fon. Dacă e necesar, îmbibăm tifonul într'o soluție de clorhidrat de adrenalină $\frac{1}{1000}$.

Ablațiunea polipilor este o operațiune destul de dureroasă, de aceea ea trebuie să fie făcută cu foarte multă delicateță și cât se poate de repede. Tratamentul post-operator se reduce la indicarea de băi cu apă oxigenată 12 vol. dimineața și seara.

2. Ablația cu chiuretă.

Ablațiunea cu chiuretă își are indicațiunea în cazul: a) polipilor mici, sau a granulațiunilor polipoide ale conductului și a casei, al căror volum scapă ansei, b) polipilor planșeului sau a peretelui posterior al casei, c) polipilor de volum mijlociu inserați în conduct, sesili sau cu pediculi lungi, și în fine d) resturilor marilor polipi extirpați incomplect cu ansa. Instrumentarul necesar se compune din chiurete, fie fenestrate, fie pline. *Tehnica.* Prepararea bolnavului și anestezia ca și la ablațiunea cu ansa rece. Introducem chiureta, apăsăm apoi tare pe peretele de implantație a tumorii, și apoi facem o mișcare de smulgere, retragând chiureta brusc și repede, secționând astfel polipul la baza lui. Această mișcare de smulgere de sine înțeles, o facem dinăuntru în afară.

3. Sfăcelarea sau îmbucătățirea cu pensa.

Este o metodă excepțională. Indicația se pune totdeauna în prezența polipilor mici cari își au sediul lor pe peretele labirintic al casei, pe oscioare, și în prezența resturilor de polipi cu sediul la nivelul peretelui intern al casei sau pe timpan, cari nu se pot ridica cu chiureta sau ansa și al căror volum este mai mare, pentru a fi distrus prin cauterizare chimică sau galvanică.

4. Distrușgerea prin cauterizare chimică sau galvanică.

Aceste două metode se aplică în cazul resturilor de polipi, cari n'au putut fi ridicați cu ansa sau cu chiureta și dacă bolnavul refuză toate intervențiunile sângerânde,

Cauterizațiunea chimică este indicată la polipi mici, unici sau multipli, în deosebi din recesul epitimpanic, la cei cari se inseră pe bordul timpanal, la extremitatea mobilă a mânerului ciocanului sau pe lungă apofiză a nicovalei, la granulațiunile, cari alcătuiesc etapa primă a formării polipilor, fiind polipi sesili în miniatură, în cazuri unde cauterizarea galvanică este contraindicată, adică când polipul are sediul într'o regiune periculoasă, pentru a explora cu cauterul (peretele labirintic, regiunile facialului), și în fine cauterizațiunea chimică se poate aplică în toate varietățile de polipi și granulațiuni polipoide, fără excepție, oricare ar fi sediul. Cauterizarea galvanică este indicată la polipii conductului și la polipii de pe fața externă a timpanului și dela nivelul promontoriului.

Cauterizațiunea chimică are avantajul, că nu prezintă niciun pericol, dacă substanța caustică este folosită prudent și dacă se evită ca să curgă pe părțile sănătoase adjacente. În acest scop se folosesc substanțele următoare: acidul cromic, acidul tricloracetic, alcoolul și nitratul de argint. Să se evite întrebunțarea lor pe promontoriu sau masivul facial denudat.

Technica. Anestezia o facem cu cristale de cocaină. Inbibăm apoi extremitatea stiletului butonat cu o picătură de soluție, pe care o depunem pe suprafața zonei polipoase și menținem stiletul în contact câteva minute. Uscăm apoi punctul cauterizat și ridicăm excesul de caustic. Cauterizarea este indoloră în majoritatea cazurilor. După câteva zile se detașează escarele și se reinnoiește operația dacă polipul nu s'a distrus. În general este nevoie de mai multe ședințe pentru a avea rezultatele dorite. După cauterizare se prescriu băi zilnice cu alcool absolut.

Cauterizațiunea galvanică are avantajul, că produce o distrucție rapidă a neoformațiunei, nu se produce reacțiune inflamatorie în conduct și duce la o atrofie rapidă a pediculului.

În fine, ca ultim procedeu și cel mai radical, amintim *evidarea petro-mastoidiană*. Acest procedeu este indicat, când avem leziuni osoase întinse sau când polipii coexistă

cu colesteatom. Deasemenea ea este indicată în cazul polipilor, cari odată extirpați, recidivează prea frecvent, căci acești polipi recidivanți indică prezența unor leziuni osoase întinse.

Accidente operatorii.

Extirparea polipilor auriculari constituie o operație delicată. Chirurgul trebuie să fie cât se poate de prudent, rezervând prognosticul operator înainte a intervenției. Accidentele operatorii sunt datorite, fie naturei operațiunii, fie unor manopere prea brutale. Accidentele cari pot surveni sunt :

a) *Hemoragia*. Ea este rar abundentă și cedează destul de ușor la un tamponament cu apă oxigenată de câteva minute. Se datorește unor anomalii vasculare din fundul casei sau datorită structurii angiomatoase a tumorei.

b). *Smulgerea unui oscior*. Cel mai des se smulge ciocanul, când polipul aderă puternic de suprafața de inserție. Smulgerea este urmată de o durere violentă și de un vertij intens, însă consecințele nu sunt grave. Extirparea oscioarelor uneori este indicată, ca în cursul otitelor cronice, cari întrețin supurația auriculară.

c). *Fractura pereților casei*. Recunoaște două cauze, una anatomică (osteita și caria unuia dintre pereții timpanici, îndeosebi acoperișul aticeii și a promontoriului), a doua operatorie (brutalitatea chirurgului, care a manipulat prea brutal, chiureta și a desfundat un perete osos moale și friabil sau a smuls cu polipul zona parietală de care acesta adera). Deoarece dura mater și labirintul pot fi deschise, se întâmplă, că apar pio-labirintite, meningite etc.

d) *Paralizia facială*. Polipii cu sediul în partea postero-superi ară a urechii mijlocii, deasupra ferestrei ovale și la nivelul masivului osos al facialului sau al promontoriului, pot cauza lezarea nervului. El poate fi atins printr'o chiuretă prea brutal manipulată, prin intermediul galvanocauterului sau lezarea lui poate fi datorită causticelor în

prea mare cantitate, cât și frecvența aplicării lor, cari filtrându-se în profunzime, dau reacții inflamatorii de vecinătate și paralizie facială. Paralizia poate fi *imediată* când se produce dehiscența peretelui canalului Faloppe, sau *tardivă* când focarul osteitic consecutiv cauterizațiunei imprudente atinge în mod secundar triunchiul nervos.

e) *Stenoza cicatricială a conductului.* Aceasta este cu totul rară și e datorită unei manopere operatorii greșite, de ex. întrebuițarea unei anse prea încălzită de galvano-cauter.

Rezultatele tratamentului.

Rezultatele intervenției se pot traduce prin vindecare sau recidive. *Vindecarea* poate fi imediată (în care caz otorea cedează progresiv) alteori după câteva săptămâni polipul nu recidivează mucoasa devine uscată, cicatricială, audiția foarte adesea se ameliorează. În acest caz e vorbă de o vindecare întârziată. În unele cazuri polipul nu recidivează, însă otorea persistă lung timp. Operațiunea a realizat condițiuni avantajoase în sensul că se permite un drenaj mai bun al casei timpanului, facilitând tratamentul otoreei și al leziunilor casei.

Recidivele sunt destul de frecvente și se explică print'o distrugere incompletă a bazei lor de implantare sau prin existența unei osteite purulente a oscioarelor, a mastoidei, cari întrețin supurația și cărora polipul nu le este decât un simptom. Nu se poate afirma cu siguranță după ablația radicală a unui polip dacă recidivează sau nu. Sunt numeroase cazuri de polipi, unici sau multipli, cari au fost foarte bine extirpați și inserția chiuretată și cauterizată și unde totuși casa s'a umplut de noi tumori. Prin urmare recidivele pot să survină consecutiv celor mai totale intervențiuni.

În aceste cazuri este indicată ablațiunea oscioarelor, chiuretajul, suprafețelor osoase bolnave, sau în ultima analiză, evidarea petromastoidiană.

Observațiuni.

Observațiunea I.

M. R. 26 ani, funcționar, necăsătorit, se prezintă la consultațiile clinice O. R. L. la 13 Aug. 1936.

Antecedente hereditare și personale. Nimic important. Neagă bolile infecto-contagioase și venerice.

Boala actuală. De 7 ani de zile prezintă o otoree la dreapta, fără simptome subiective. Acum 3 ani i-se atașează otoreei și o otoragie intermitentă. Cu 3 săptămâni înainte de a consulta clinica O. R. L., începe să aibă dureri vii la nivelul urechii drepte, cari nu dispar și sunt acompaniate pe urmă de temperatură. Deoarece starea generală se ag-revează din ce în ce, vine la clinica O. R. L.

Starea prezentă. Temperatura 37,5—38,2, dureri otice accentuate, reacție mastoidiană și stare generală proastă. La otoscopie se vede membrana timpanică distrusă în partea superioară, lăsând să iasă prin perforație niște formațiuni burjonate, muriforme, ușor sângerânde. Explorația cu stiletul permite să se recunoască, de o parte punctul de implantație, de altă parte o zonă osteitică, care traduce o senzație netă de contact osos înapoia polipului. Examenul acustic ne arată o diminuare a acuității auditive, Weber lateralizat de partea bolnavă, Rinne negativ, Schwabach prelungit, RW. negativ.

Se ridică polipul cu ansa. Cu 6 zile în urmă persistând starea febrilă, sensibilitatea mastoidiană și starea generală proastă, se procedează la evidarea petro-mastoidiană (în ziua de 19 Aug. 1936). Operația se face sub narcoză cu eter. Antrul mai mare ca normal, lasă să apară o destrucție osoasă prin degenerescență colesteatomatoasă.

Mersul post-operator afebril. Starea generală bună, părăsește serviciul clinici (în ziua de 29 Aug. 1936) având să-și continue pansamentele la un medic din provincie unde locuiește bolnavul rămânând să vină la control în clinică.

Observațiunea II.

S. S. 23 ani, necăsătorit, soldat, se prezintă la consultațiile clinice O. R. L. în ziua de 28 August 1936.

Antecedente hereditare și personale. Nimic deosebit. Neagă bolile infecto-contagioase și venerice.

Boala actuală. De 6 luni prezintă o scurgere purulentă din urechea stângă, care din când în când era colorată de sânge. Intre timp prezenta ușoare dureri la nivelul urechii afectate, însă care erau suportabile. Din cauza diminuării acuității auditive și a prezenței din ce în ce mai constante a sângelui în puroiul otic, vine în clinica O. R. L.

Starea prezentă. Starea generală bună, nu prezintă nici durere, nici temperatură. N'are cefalee. Mastoïda nu este sensibilă, nici chiar la o presiune mai energică. La examenul otoscopic conductul este umplut cu un puroiu concretizat ușor fetid, obliterând tot lumenul pe o anumită distanță. După curățirea conductului se evidențiază în fundul acestuia o massă burjeonată, globuloasă, pediculată, eșită prin perforația timpanului.

Se procedează la ablația cu ansa rece, după ce s'a făcut anestezia cu soluția Bonain. Se cauterizează suprafața de inserție cu perle de nitrat de argint, apoi bolnavul este supus la tratamentul medicamentos al otoreei cronice.

Observațiunea III.

B. A. 33 de ani, căsătorită, casnică. Se prezintă la consultațiile clinice O. R. L. în ziua de 29 Aprilie 1936. plângându-se de surditate, care se accentuează din ce în ce mai mult și de sângerări frecvente din urechea dreaptă.

Antecedente hereditare și personale. Neagă orice boală infecto-contagioasă și venerică în familie.

Boala actuală. Din mica copilărie prezintă o otoree, care din când în când a fost colorată de sânge și acompaniată de crize dureroase. Observă, că progresiv i se reduce acuitatea auditivă și supurația nu cedează, ci din contra devine tot mai fetidă și tot mai abondent hemoragică, din care motiv se prezintă pentru internarea sa în clinica O. R. L.

Starea prezentă. Bolnava este afebrilă. Nu prezintă reacție mastoidiană. auzul e diminuat de partea bolnavă. Conductul este umplut cu o magmă purulentă amestecată cu sânge. În fundul conductului auditiv observăm masse tumorale, cari maschează complet membrana timpanică. Cu stiletul reușim să constatăm, că tumora este implantată pe peretele casei având un pedicul lung.

Bolnava este operată, ridicându-i-se polipul cu ajutorul polipitomului auricular. Intervenția a trebuit să fie repetată de două ori, (de aceste dați cu chiuretă) deoarece polipul a recidivat. S'a cauterizat suprafața chiuretată cu perle de nitrat de argint. Scurgerea diminuează și numai este fetidă. Auzul s'a ameliorat în mod vădit și bolnava urmează tratamentul medicamentos în clinică, fiind pe cale de vindecare.

Observațiunea IV.

S. L. 18 ani, necăsătorită, casnică. Se prezintă la clinica O. R. L. în ziua de 31 August 1936 pentru otoree și otorații,, ce datează de ani de zile.

Antecedente hereditare și personale. Nu prezintă nimic deosebit.

Baala actuală. Datează de 4 ani, când în urma unei răceli — după cum ne relevă bolnava — face o otită medie supurată, supurația menținându-se până în ziua de azi.

Starea prezentă. La examenul otoscopic se vede un polip inserat printr'un pedicol pe partea antero-superioară a marginii timpanale. Timpanul complet dispărut. Starea generală bună, n'are temperatură și nu prezintă reacție mastoidiană.

Se face ablația cu ansa rece, se practică chiuretajul

punctului de implantație cu o chiuretă și se cauterizează cu perle de nitrat de argint. Mugurii după câteva zile dela operație nu mai sângerează, iar punctul de implantație se usucă și se cicatrizează.

Observațiunea V.

S. V. 24 ani necăsătorit, soldat, vine la consultațiile clinice O. R. L. pentru scurgere din urechea dreaptă, în ziua de 18 August 1936.

Antecedentele heredo-colaterale. Părinții trăesc, sunt sănătoși, are o soră și trei frați sănătoși. Neagă boli infecto-contagioase și venerice în familie.

Antecedente personale. Scarlatina în mica copilărie.

Boala actuală. La vârsta de 3 ani a contractat o scarlatină, care s'a complicat cu o otită medie supurată. De atunci prezintă o otoree permanentă, nefiind însoțită nici de dureri nici de otorație până în timpurile din urmă.

Starea prezentă. Acum 2 săptămâni începe să acuze dureri otice, cari îl fac să vină în clinica O. R. L. Regiunea mastoidiană este ușor sensibilă. Nu prezintă temperatură și cefalee. Funcțiunea auditivă de partea afectată este foarte mult diminuată. La otoscopie se constată un polip mare, care apare la orificiul extern al conductului, lăsând ca în jurul lui să isbucnească un puroiu hemoragic. La examenul cu stiletul constatăm, că polipul este inserat pe bordul timpanal, având un pedicol foarte lung. Timpanul este distrus în totalitate.

Se procedează la ridicarea polipului cu ansa rece. După aceea se chiuretează locul de inserție. După 4 zile se observă deja o ameliorare vădită. Scurgerea nu mai are miros, durerea și reacția mastoidiană au dispărut complet, auzul s'a ameliorat în mod simțitor iar fundul casei tinde la o epidermizare.

Concluziuni.

1. Polipii auriculari sunt muguri cărnoși, formați din țesut de granulație prin modificarea mucoasei urechii mijlocii de unde provin, datorită unei inflamațiuni cronice. În aproape unanimitatea cazurilor nu constituie o afecțiune independentă, ci sunt în funcție de o supurație otogenă cronică.

2. Polipul urechii, care are punctul de inserție totdeauna în casa timpanului, permanentizează el însuși infecțiunea în casă. În numeroase cazuri, polipul urechii este asociat cu leziuni de osteită cronică sau cu un colesteatom al casei.

3. Anatomo-patologic, sunt formațiuni polipoase, rotunde, aproape totdeauna pediculate, proeminând în conductul auditiv sau în meatul acestui conduct, microscopic reproducând toate elementele mucoasei de unde provin.

4. Evoluția polipului însuși este lentă și adeseori el poate să rămână mult timp staționar. Ceea ce dă un mers mai grav acestei afecțiuni, este faptul că întreține supurația favorizând stagnarea puroiului și constituie un obstacol în tratamentul rațional și eficient al elementelor bolnave ale casei timpanului.

5. Prognosticul este serios, întrucât prezența polipului auricular denotă existența unei otite cronice supurate, complicată adeseori de procese osteitice și în unele cazuri chiar de colesteatom.

6. Tratamentul nu poate fi decât ablația cu polipotomul și chiuretarea cu atenție a eventualelor resturi. În caz de recidive repetate, în cazul când coexistă cu un colesteatom și când avem leziuni osoase multiple, este indicată ablația oscioarelor și în ultima analiză evidarea petromastoidiană, care tratează în acelaș timp definitiv și supurația cronică.

Văzută și bună de imprimat :

Președintele tezei :

ss. Prof. Dr. G. Buzoianu

Decanul Facultății :

ss. Prof. Dr. D. Michail

Bibliografie.

1. Prof. *Buzoianu*: Activitatea clinicei O. R. L. din Cluj dela 1. Oct. 1934 — 1. Ian. 1936. Broșură. Cluj.
2. Prof. *Buzoianu*: Importanța bolilor urechii. Clujul medical. Ianuarie 1935.
3. Prof. *Buzoianu*: Septicemiile auriculare. Clinica et Laboratorium. Apr.—Mai 1936.
4. Prof. *Buzoianu*: Otita supurată acută și cronică în practica medicală. Clujul medical Oct. 1935.
5. Prof. *Buzoianu*: Elemente de otologie. Un volum 504 pagini. Cluj 1937.
6. *Aubry*: Polype geant de l'oreille. An de Mla. de l'oreille etc. Paris 1925 XLIV. 845—849.
7. *Brigg*: Polypes de l'oreille et leur traitement. Amer. Pract. and News, 1. Oct. 1887.
8. *Goldbach*: Polypes de l'oreille. Chicago Med. Record, Nov. 1908.
9. *Granet*: Valeur semiologique et traitement des polypes de l'oreille La Medicine. Ian. 1931.
10. *Lannois*: Maladies de l'oreille du Nez du Pharynx et du Larynx. Paris 1912.
11. *Laurens*: Oto-rino-laringologie du medicin practicien. Paris 1934.
12. *Lannois*: Polype de l'oreille moyenne d'aspect cartilagineux. Lyon Medical 18. Sept. 1932.
13. *Laurens*: Chirurgie otorinolaringologique. Masson et Cie Paris 1936.
14. *Mounier-Kuhn*: Histiocytomes xantelamises et polypes de l'oreille. XLIII. Congres franc. d'otorino-laring. Paris 15—18 Oct. 1930.
15. *Roussy*: Precis d'anatomie pathologique. Paris 1934.
16. *Taillefer*: Polypes de l'oreille. These. Paris 1860.
17. *Vaquier*: Polype muqueux de la caisse du tympan. Arch. intern du Laring. Paris 1903. XVI.
18. *Worms*: Polypose recidivante de la caisse du tympan. Annales d'otolaring. Oct. 1935.