

PERFORAȚIUNILE SEPTULUI NASAL

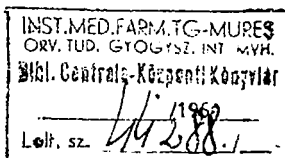


DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE.....1937.

DE

OVANESIAN A.

23 MAY 2005



UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ

FACULTATEA DE MEDICINĂ

DECAN: D-NUL PROF. DR. D. MICHAIL

PROFESORI:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	ALEMAN I.
Istoria Medicinii	„ „	BOLOGA V.
Bacteriologie	„ „	BARONI V.
Patologia generală și experimentală	„ „	BOTEZ A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	„ „	BUZOIANU G.
Istologia și embriologia umană	„ „	DRĂGOIU I.
Fiziologia umană	„ „	BENETATO G.
Clinica ginecologică și obstericală	„ „	GRIGORIU Cr.
Semiologia medicală	„ „	GOIA I.
Clinica medicală	„ „	HATIEGANU I.
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	„ „	POP A.
Medicina legală	„ „	KERNBACH M.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. „	POPOVICIU GH.
Clinica oftalmologică	Prof. „	MICHAIL D.
Clinic neurologică	„ „	MINEA I.
Igienă și igiena socială	„ „	MOLDOVAN I.
Anatomia descriptivă și topografică	„ „	PAPILIAN V.
Radiologia medicală	„ „	NEGRU D.
Clinica infantilă	„ „	POPOVICIU GH.
Balneologie	„ „	STURZA M.
Clinica dermato-venerică	„ „	TĂTARU C.
Clinica urologică	„ „	ȚEPOSU E.
Chimia biologică	„ „	MANTA I.
Clinica psihiatrică	„ „	URECHIA C.
Anatomia patologică	„ „	VASILIU T.

JURIUL DE PROMOȚIE:

PREȘEDINTE: D-l. Prof. Dr. Buzoianu Gh.

MEMBRII:	}	„ „ „ Michail D.
		„ „ „ Papilian V.
		„ „ „ Bologa V.
		„ „ „ Popoviciu Gh.
		„ „ „

Supleant D-l. Docent Gavrila I.

INTRODUCERE

Pe cât se pare adeseori de neînsemnată o perforație a septului nasal, care nu-și manifestă existența sa decât printr'o discretă jenă locală, o mică crustă sau o ușoară fluerătură, pe atât de importantă este ea în domeniul patologiei nasale și generale, pentrucă poate să fie expresia unei interdependențe patologice extrem de complexe. Ea poate să constituiască indicatorul unor nenumărate alterațiuni locale și de vecinătate.

Problema vastă și complexă a perforațiilor septului nasal, privită cu neîncredere sub incidențe tangențiale și rapide, după cum se privesc lucrurile mici, cărora prin ritmul fugacității timpului, nu le putem sesiza importanța lor intrinsecă, aceasta trebuie să-și revendice drepturile sale de inextricabilă interdependență cu întreaga patologie.



Considerațiuni anatomice asupra septului nasal.

Septul nasal sau peretele despărțitor al foselor nasale se întinde dela orificiile externe până la coane, formând peretele intern și totdeauna despărțitor al celor două fose nasale. Septul are o formă triunghiulară și este așezat perpendicular pe planșeul nasal. Se compune din două porțiuni: o parte cartilaginoasă și dintr'o parte osoasă: pentru acest motiv putem vorbi de septul osos și septul cartilaginos.

Porțiunea osoasă este formată în sus de lama perpendiculară a etmoidului, iar în jos și înapoi de osul vomer. Aceste două oase formează între ele un unghiu deschis înainte, care este complectat prin porțiunea cartilaginoasă a septului nasal. Lama perpendiculară a etmoidului este formată dintr'o lamelă osoasă subțire, patruunghiulară, neregulată și care coboară în jos de pe corpul etmoidului. Lama perpendiculară a etmoidului prezintă două fețe laterale, cari iau parte la formarea foselor nasale și patru margini: superioară, inferioară, posterioară și anterioară.

Dintre aceste patru margini cea superioară aderă la lama etmoidului, marginea inferioară se articulează cu vomerul, cea posterioară cu sfenoidul, iar marginea anterioară cu spina nasală a frontalului. Aici după cum am văzut lama perpendiculară se unește în parte cu spina nasală a osului frontal și în parte cu creasta nasală a oaselor proprii ale nasului. Osificarea lamei-perpendiculare începe în luna a șasea la nivelul apofizei crista-galli și progresează de sus în jos. Numai în al treilea an lama perpendiculară atinge vomerul ca os consolidat. Câteodată procesul de osificare este întârziat până în al 5-lea an. În al 6-lea an articulația dintre vomer și lama perpendiculară este adesea definitivă. După al 9-lea an nu trebuie să se găsească nici un spațiu între aceste două oase.

Vomerul formează partea posterioară a septului nasal. Este o lamă osoasă de formă patrolaterală destul de neregulată. Prezintă două fețe și patru margini. Prin cele două fețe ale sale, una dreaptă și alta stângă, ia parte la formarea peretelui intern al foselor nasale; pe aceste fețe se găsesc câteva șanțuri dintre care unul oblic mai accentuat, pentru nervul sfeno-palatin.

Distingem apoi patru margini: anterioară, posterioară, superioară și inferioară. Marginea posterioară a vomerului este subțire, tăioasă și nearticulară; ea separă cele două fose nasale în partea lor posterioară. Prin marginea sa anterioară care are o direcție oblică în jos și în înainte, vomerul se articulează în sus cu lama perpendiculară a etmoidului, iar în jos cu cartilagiul septului nasal. Marginea superioară a vomerului care prezintă un șanț antero-posterior (buzele șanțului se mai numesc și aripile vomerului), ia parte la formarea șanțului sfeno-vomerian median. Marginea inferioară se sprijină pe sutură mediană, formată din apofizele palatine ale maxilarului superior și pe porțiunile orizontale ale palatinelor.

Vomerul este format dintr'o singură lamă de țesut compact, rezultând din unirea pe linia mediană a celor două lame osoase primitive. Unghiul anterior, format prin articulația vomerului cu lama perpendiculară a etmoidului este ocupat de cartilagiul septului, astfel numit pentru că, completează septul osos al foselor nasale umplând spațiul unghiular cuprins între cele două lame osoase.

Cartilagiul septului prezintă două fețe și patru margini: fețele corespund celor două fose nasale, iar dintre cele patru margini, două sunt anterioare și două posterioare. Marginea postero-superioară continuă lama perpendiculară a etmoidului. Marginea postero-inferioară se unește cu marginea anterioară a vomerului și trimite între cele două lame ale acestui os, atunci când nu sunt sudate, o prelungire care ajunge adesea până la sfenoid. Marginea antero-superioară corespunde porțiunii dorsale a nasului, iar marginea antero-inferioară, se întinde dela spina nazală anterioară până la lobulul nasal.

Intreg septul nasal este tapetat de mucoasa care tapetează fosele nasale: mucoasa pituitară. Aceasta este foarte bogată în vase sanguine și din această cauză rezultă abundența hemoragiilor nasale. Sistemul venos în special stă în directă legătură cu circulația intracraniană și astfel se explică propagarea meningoencefalică a infecțiilor nasale. Mucoasa pituitară este de asemenea foarte bogată în filite nervoase și prin aceasta se explică numărul mare al reflexelor cu punct de plecare din fosele nasale.

Sistemul arterial este format din artera sfeno-palatină, care este ramura terminală a maxilarei interne.

Sistemul venos ia patru drumuri diferite: în vână facială, în vână oftalmică, în vinele vâlului palatin și în maxilară internă prin intermediul plexului pterigoidian.

Sistemul nervos este format din nervii sensibilității speciale reprezentați prin filetele nervului olfactiv și prin nervii sensibilității generale, reprezentați prin ramurile trigemenului.

Nervul olfactiv. Filetele acestui nerv iau naștere în fosele nasale, la nivelul cornetului superior și părții corespunzătoare a septului; traversează lama ciuruită etmoidală și se termină în bulbul olfactiv.

Nervii sensibilității generale sunt formați din: a.) ramurile nasale superioare ale nervului sfeno-palatin, ramură maxilarului superior, care pătrunde în fosele nasale și se divide într-o ramură internă pentru septul nasal și o ramură externă pentru cornetul superior și mijlociu: b.) ramura nasală posterioară a nervului palatin anterior: c.) nervul nasal o ramură a oftalmicului, care în orbită se divide în două ramuri, una internă ce trece în fosele nasale și se numește nervul nasal intern și alta externă. Nervul nasal intern se împarte și el în două ramuri, una internă pentru sept, iar alta externă pentru cartilajul lateral al nasului și se numește nervul naso-lobar. Grosimea septului nasal este variabilă: 2—3 mm. în porțiunea osoasă, 4—5 mm. în unele puncte ale porțiunii cartilagiinoase, cu maximum de grosime la nivelul de unire cu lama perpendiculară. Septul formează la acest nivel un tubercul care bombează în fiecare fosă nasală.

Rar septul nasal este drept; după Zuckerkandl 60 % din indivizi ar avea septul nasal deviat. Théile dă o proporție enormă de 80 % și după el indivizii al căror sept nasal este normal sunt excepții pe când cei cu septul deviat formează regulă. Dintre indivizii cu septul deviat unii prezintă turburări serioase. Deformațiile septului nasal pe cât sunt de frecvente tot pe atât sunt de variate ca formă fiind imposibil de realizat o descripție sau o bună clasificare a lor. Se disting deviațiuni care interesează numai septul cartilaginos, numai septul osos, sau interesează cartilajul și osul, unul fiind mai mult sau mai puțin interesat în timp ce altul este deviat.

Fosele nasale au rolul de a prezenta plămânului aerul în condițiuni de căldură, umiditate, și curățenie necesară unei bune funcționări.

Trecând prin fosele nasale, aerul se încălzește, se încarcă cu vapor de apă răni la saturație completă și se debarasează de tot praful pe care îl conține în suspensie și devine astfel bun pentru respirație.

Interogatorul și examenul rinologic.

Înainte de a practica examenul rinologic este necesar să luăm o scurtă anamneză bolnavului, însă care trebuie să fie cât mai completă. Adeseori când perforațiunea este descoperită incidental la rinoscopie, vom completa examenul prin interogatorul bolnavului. Acest examen de ansamblu este absolut indispensabil pentru a stabili diagnosticul etiologic al perforațiunii septului.

Datele câștigate cu ajutorul interogatorului ne vor pune de multe ori în situațiunea de a face legături de cauzalitate cu perforația septului nasal. În acest scop ne va interesa *etatea* bolnavului, putând-o corelata cu anumite afecțiuni, care apar într'o anumită perioadă de vârstă, cum sunt infecțiunile scarlatinoase, difterice, etc. De asemenea *modul de viață și profesiunea* bolnavului vor clarifica etiologia multor perforațiuni al căror diagnostic causal ar fi imposibil, la un simplu examen obiectiv. De ex.: perforațiunile toxice (cocaina, eromul, fosforul, etc.). Nu vor fi scăpate din vedere afecțiunile nasale interioare, fie ele de ordin traumatic, fie de natură inflamatorie pentru că numai prin antecedentele personale putem ajunge adeseori la cauzele unor perforațiuni, a căror simptomatologie este destul de ștearsă ca manifestare funcțională. În unele cazuri dificile adeseori este nevoie să se facă o serie de examene complementare de laborator, pentru a elucida diagnosticul. În acest scop se va face reacția Bordet-Wassermann, o biopsie din materialul suspectat pentru o afecțiune cronică sau de natură tumorală. În fine, pentru faptul că unele perforațiuni ale septului și-ar găsi o cauzalitate la distanță: de origină diatezică sau trofică (ulcerațiuni idiopatice ale septului nasal, ulceru' simplu), ni se impune facerea unui examen general al întregului organism.

Clasificarea perforațiunilor septului nasal.

Problema perforațiunilor septului nasal nu este încă definitiv pusă la punct, probabil datorită faptului că simptomatologia unei perforațiuni nu incadrează nici un semn subiectiv prea alarmant. De asemenea nu există o clasificare etiologică completă, care să redea în ansamblu cauzalitatea perforațiunilor septului nasal. Din aceste considerațiuni credem necesar să încercăm o clasificare etiologică a tuturor perforațiunilor septului.

I) *Perforațiuni congenitale.*

II) *Perforațiuni traumatice.*

- a) accidentale.
- b) operatorii.

III. *Perforațiuni inflamatorii.*

- a) abcesul septului.
- b) rinita gripală.
- c) rinita difterică.
- Acute.* d) rinita scarlatinoasă.
- e) rinita tifică.
- f) rinita morvoasă.
- a) sifilitice.
- Cronice.* b) lupice.
- c) leproase.

IV. *Perforațiuni tumorale*

- a) Polipii mucoși.
- b) Polipii sângerânzi ai septului.
- c) Angiomele septului.
- Benigne.* d) Polipii septului consecutiv leishmaniozelor.
- e) Chistele septului.
- f) Papilomele și adenomele septului.
- a) Sarcome (fibroblastice, limfoblastice, con-
- Maligne.* droblastice.
- b) Epiteliom.

V. *Perforațiuni toxice.*

- a) Profesionale.
- b) La cocainomani.

VI. *Perforațiuni toxice.*

- a) Ulcerul simplu (Hajek).

Perforațiuni congenitale.

Hildebrandt (:802) vorbește despre perforațiunile congenitale ale septului mărturisind că el însuși prezintă o perforațiune congenitală de mărimea unui bob de mazăre.

În general, astăzi nu se mai admit că ar exista perforațiuni congenitale ale septului, pledând în favoarea acestui fapt, cercetările cari s'au făcut la embrioni și noui născuți.

Perforațiile Traumatice.

În capitolul acesta al perforațiilor traumatice se încadrează acele perforațiuni cari sunt consecința unor accidente și perforațiile operatorii.

Perforațiile accidentale: destul de rar întâlnite în practică, survin în urma plăgilor impuse, prin arme albe, sau plăgi prin armă de foc. Acestea din urmă s'au întâlnit în special în epoca războiului. De cele mai multe ori purtătorul unei astfel de perforații a septului, nici nu știe de leziunea pe care; un interogator amănunțit și mai ales leziunile dela exterior în cele mai multe cazuri ne pun pe calea diagnosticului.

Perforațiile operatorii: sunt cele mai numeroase, întâlnite cu deosebire în lumea citadină care se operează, mai mult ca oamenii dela sate. Aceste perforațiuni survin uneori în urma operațiunilor practicate pe sept, fie pentru corectarea acestuia când prezintă o deviație care aduce turburări respiratorii, fie în rezecția unui pintene sau creastă de sept.

În operația pe sept care se practică astăzi în mod curent, așa numita rezecție subpericondro-mucoasă tip killian, în timpul al doilea al intervenției se decolează mucoasa de pe ambele fețe ale septului osos și cartilajinos, pentru a se rezeca porțiunea deviată. Am putea spune că aceasta e unul din cele mai importante timpuri a operațiunii. O creastă, un pintene, o subluxație mai aderentă la mucoasă, crează dificultăți în decolare, iar mucoasa poate fi perforată de ambele părți, rămânând o perforație definitivă. Deasemeni după incizia mucoasei dintr'o parte și după decolarea ei se secționează cu ajutorul bisturiului, cartilagiul până la mucoasa de partea opusă. O mică nebagare de seamă și bisturiul, poate perfora și mucoasa de partea opusă, luând naștere o perforație care în marea majoritate a cazurilor nu aduce nici o jenă bolnavului. Forma și mărimea acestor perforații este foarte variată; uneori interesează o bună parte din septul nasal. În jurul lor se pot forma cruste cari nu trebuie să detașate. Întrebuințarea vaselinei le înmoaie, eliminându-se apoi singure prin suflarea nasului.

Perforațiuni consecutive inflamațiilor acute.

În acest capitol vom expune inflamațiile acute ale septului nasal, cari se pot complica cu perforațiunile acestuia. Deasemenea vom evita descrierea afecțiunilor în ansamblul lor patologic, mulțumindu-ne mai ales cu procesele patologice ale perforațiilor.

1. *Abcesul septului.* Abcesul septului este o inflamație purulentă acută, a cărei colecție este localizată în planul decolabil dintre mucoasă și cartilaj. Abcesul în majoritatea cazurilor survine după un hematom al septului, care numai excepțional nu se infectează. Alte ori abcesul este observat consecutiv scarlatinei, febrei tifoide, gripei, rujeolei, variolei, erizipelului, tifosului exantematic, etc.

Abcesul poate să survină deasemenea în anumite intervențiuni chirurgicale în fosele nasale și în parafinoterapia brutală. În supurațiile de vecinătate: dentare, sinusale (maxilare, sfenoidale) furunculoza vestibulului nasal, corize acute,

Localizarea colecției la nivelul cartilajului este explicată prin aceea, că la acest nivel mucoasa este foarte puțin aderentă, iar cartilajul este subțire și obișnuit, fracturarea lui se produce la acest nivel. Datorită acestui mecanism hematumul ia forma unui bisac, care infectându-se dă abcesul bilateral al septului.

Din punct de vedere clinic abcesul evoluează în două perioade: a) una în care abcesul e limitat la mucoasă și b) alta mai înaintată care se caracterizează printr'un proces de necrobioză a pericondrului și a cartilajului. Dacă nu se intervine la timp, procesul de necroză distruge cartilajul și formează o perforație la acest nivel.

Când virulența microbilor (streptococ, stafilococ) este mare, procesul inflamator duce la destucțiune irfinsă. Din contră există unele forme de condrită cronică lentă (condrida seroasă). Tratamentul abcesului constă în deschiderea largă prin două inciziuni, cari nu se suprapun, pentru a nu lăsa perforație. În felul acesta drenajul colecției este asigurat. Marginile cartilajului fracturat se vor coapta și printr'un tamponament bilateral se vor menține în aceasta poziție. Aceste tamponamente se vor schimba zilnic. În abcese mai vechi cu necroză se va chiureta cartilajul de sechestre, evitându-se astfel destrucții mai mari, cari ar putea da diformități nasale.

2. *Rinita gripală.* În unele cazuri rare de forme gripale grave, au fost observate perforațiuni ale septului

nasal, în urma procesului de necroză rapidă a cartilajului. Probabil că în aceste împrejurări a existat o floră microbiană asociată.

3. *Rinita difterică* s'au descris câteva cazuri de perforațiuni ale septului, mai ales consecutive strepto-difteriei cari din punct de vedere anatomo-patologic se prezintă sub forma unei inflamațiuni ulcero-membranoase cu un proces de necroză foarte marcat.

4. *Rinita scarlatinoasă*. Ea poate să producă deasemenea perforațiuni rare, mai ales în cazurile grave, cari se traduc prin necroze osteo-scarlatinoase (osteita necrozantă a etmoidului și condrită a cartilajului nasal).

4. *Rinita tifică*. Epistaxisul se observă în mod clasic în timpul febrei tifoide, fiind datorit exulcerațiunilor mucoasei dela nivelul zonei cartilaginoase. Cu timpul procesul acesta prezintă un caracter tot mai destructiv, până ce se produce perforațiunea septului.

În mod secundar unui abces al septului cu bacilul lui Eberth, se poate produce prin acelaș proces necrobiotic perforarea cartilajului.

6. *Rinita morvoasă*. Aceasta este susținută deasemenea printre factorii etiologici ai perforației septului. Trebuie să remarcăm că perforațiile septului consecutive rinitelor infecțioase sunt extrem de rare și că cea mai deasă este produsă de febra tifoidă.

Perforațiile sifilitice.

Fournier evoluiază la 5% procentul localizărilor accidentelor sifilitice la nivelul nasului. Dintre fazele sifilisului: primar, secundar și terțiar, aceasta din urmă producă cel mai des leziunile întâlnite.

Șancru primar se datorește în marea majoritate a cazurilor unei inoculări indirecte prin intermediul degetului infectat. explicând cu prisosință localizarea aproape constantă a șancrului sifilitic la nivelul părții antero-inferioare a septului nasal, adică tocmai în locul expus mai mult gratajului digital.

Accidentul primar este întotdeauna acompaniat de adenopatii, iar după cicatrizarea șancrului, un fapt foarte important care trebuie reținut, e că nu se observă nici odată perforațiuni ale septului nasal.

Sifilisul secundar la nivelul mucoasei nasale se prezintă sub forma unei inflamațiuni difuze care nu produce

leziuni destructive la acest nivel. Diagnosticul pe baza manifestărilor secundare cutanate, a plăcilor mucoase buco-faringiene, deoarece leziunile secundare din interiorul foselor nasale nu au un caracter aparte, decât în cazuri excepțional de rare.

Sifilisul terțiar este forma cea mai des întâlnită.

Din punct de vedere anatomo-clinic poate îmbrăca fie forma unei inflamațiuni difuze, fie, și acest lucru cel mai adesea, forma unei infiltrațiuni gomoase circumscrise al cărui sediu de elecție este septul nasal. În formă infiltrativă întreaga mucoasă nasală de culoare închisă prezintă o îngroșare uniformă atât a septului, cât și a cornetelor. În forma gomoasă se prezintă cu aspectul unei tumefacțiuni rotunjite și care prin ramolițiune evoluiază în mod progresiv către ulceracțiuni. Câte odată goma este situată în partea inferioară a septului iar invadarea planșeului foselor nasale se traduce printr'o tumefacție a bolții palatine. Odată goma ulcerată apare clinic o scurgere purulentă cu striațiuni sanguine, de o fetiditate cadaverică foarte respingătoare.

La examenul rinoscopic în aceste forme circumscrise se poate vedea în mijlocul unei zone infiltrate o ulceracțiune rotundă și policiclică cu marginile, iar în fundul acestui crater acoperit de un puroi murdar, stiletul pune în evidență prezența osului sau a cartilajului denudat sau a unui sechestr osos.

Mai târziu întâlnim o perforațiune osoasă de mărime variabilă care urmează eliminării sechestrului osoase. În stadiul în care o mare parte din septul osos s'a eliminat sub formă de sechestre, piramida nasală corespunzătoare ne mai având suportul solid osos, se va infunda dând naștere aceluși nas caracteristic la unii sifilitici. În ceea ce privește diagnosticul diferențial cu tuberculoza, nu vom repeta cele spuse la acest capitol.

Perforațiile lupice.

Lupusul survine adese la indivizi care n'au prezentat anterior nici o leziune gravă de tuberculoză, se întâlnește cu predilecție în vârsta copilăriei și a adolescenței și mai mult la femei. Vidal (1879) a observat lupus și la vârsta de 3-4 ani. Darier spune că jumătate din cazuri apar înainte de 15 ani și devin rare după 30 de ani. După statistica lui Volk, lupusul debutează în prima jumătate a vieții

și un mare număr de cazuri observate la bătrâni debutează în finerețe.

Bacilul Koch se grefează pe mucoasa nasului, adesea cu ocazia unei eroziuni banale consecutive gratajului. După o statistică a lui Bender din 380 de cazuri de lupus cutanat, 66 sunt în leziuni nasale. Lupusul mucoasei nasale este destul de frecvent însă aceasta formă endo-nasală este greu de depistat uneori, în special când leziunile sunt numai la început.

Astăzi este demonstrat că nu există în mod practic lupus cutanat fără leziuni nasale (legea lui Andry). Cu atât mai mult leziunile lupice debutează la nivelul cavității nasale „adevăratul leagăn al lupusului” (Dresch).

Din punct de vedere anatomo-patologic se caracterizează printr'o infiltrație nodulară în care entitatea patologică este nodulul lupic. Mucoasa este tumefiată prezentând aceste mici nodozități. Nodulii se ulcerează deseori, apoi se acopăr cu cruste pe cari bolnavii le rup producând mici sângerări. Cu timpul se formează o nodozitate destul de mare care poate fi sesilă sau pediculată. Sunt puține semne funcționale: epistaxis, inconstant și ușoară jenă respiratorie. Aceste leziuni cu timpul produc o perforație anterioară a septului cartilajinos care e simptomatică pentru tuberculoză.

La nivelul mucoasei nasale, lupusul, dealtfel ca și la nivelul tegumentelor se caracterizează printr'un debut lent și indolor, acompaniat de o coriză cronică; cu sau fără epistaxis. Prin examenul rinoscopic se descoperă o mucoasă palidă acoperită cu cruste, cari când sunt detașate lasă să se vadă ulcerăriuni sau chiar o perforație, mică la început, a septului cartilajinos.

Fapt deosebit de important de remarcat e că locul de predilecție al lupusului nasal este partea cartilajinoasă a septului. Raulin explică aceasta localizare bazat fiind pe analogia intimă care există între structura acestei regiuni și cea a pielii. Pautoier dă o altă explicație poate mai aproape de adevăr; la acest nivel bacilii tuberculoși găsesc un loc prielnic dezvoltării lor, dat fiind eroziunile ce se produc în urma leziunilor de grataj ce se fac uneori în mod excesiv.

În urma ulcerăriunii nodulilor lupici după cum am văzut, cartilajul este denudat și ascuns în dosul proliferațiilor din jurul ulcerăriunii. Încetul cu încetul este distrus și cartilajul dela acest nivel și apoi vine rândul mucoasei din partea opusă care se ulcerează și astfel ia

naștere perforația cartilajului septal în toată grosimea sa. La început perforația are dimensiuni mici, nu un timp prea lung însă se mărește, marginile sunt infiltrate și acoperite cu vegetațiuni, iar pe alocuri prezintă chiar un aspect cicatricial.

Din punct de vedere estetic lupusul produce adevărate ravagii, lăsând în urmă niște adevărați mutilați.

Dacă din punct de vedere clinic cele mai multe din perforațiunile nasale nu prezintă un interes neavând o simptomatologie mai sgomotoasă, iar interesul pe care îl suscită este numai cel al unui diagnostic retrospectiv, în cazul lupusului și al sifilisului problema este cât se poate de serioasă, iar un diagnostic precizat la timp poate aduce reale binefaceri bolnavilor.

Afinitatea sifilisului pentru septul osos, existența sechestrelor, fetiditatea, rapiditatea evoluției, eficacitatea tratamentului sunt atâtea caractere cari nu permit de a confunda sifilisul cu lupusul chiar când acesta îmbracă forma lupusului. Dificultățile de diagnostic sunt extraordinar de grele și natural e, atunci când suntem în fața unei asociații de tuberculoză și sifilis.

Perforațiile leproase.

Introducem acest succint capitol al perforațiilor leproase ale septului nasal, pentru a urma punct cu punct împărțirea dela începutul acestei lucrări. Lepra este o boală atât de rară, mai ales pe continentul nostru încât puțini sunt acei medici, cari au ocazia să vadă un caz în cariera lor medicală.

Ca un prim simptom se observă o coriză persistentă. Într-o fază mai înaintată a bolii se constată un proces nodular asemănător celui din tuberculoză, sau sifilis. Cu timpul septul cartilagos se ulcerează, se perforează, distrugându-se aproape în întregime, atrăgând și căderea lobului nasal.

Perforațiuni consecutive tumorilor.

Perforațiunile de origine tumorală ale septului nasal le putem împărți în două grupe:

1. Perforațiuni în urma tumorilor benigne.
2. Perforațiuni în urma tumorilor maligne.

Am făcut aceasta împărțire, întrucât procesul patogenic este diferit dela o categorie la alta a acestor tumori.

Tumorile benigne. Tumorile benigne ale foselor nasale cari se întâlnesc mai frecvent sunt: polipii mucoși, polipii sângerânzi ai septului, angiomele septului, polipii septului consecutiv leishmaniozelor, chistele septului, papilomele și adenomele septului.

Prin compresiunea acestor tumori, fie ele localizate pe sept, fie pe un organ din fosetele nasale, se produc turburări circulatorii. Starea de ischemie prelungită duce la fenomene de degenerescență la o necrobioză, care asociindu-se cu un proces de necroză inflamatorie accentuată, sfârșește prin perforația septului. Unele din aceste tumori pot suferi o degenerescență chistică, și consecutiv acestor fenomene, procesul se înterezeze întregul sept, ceace duce la perforație și în fine, tumorile acestea pot suferi o degenerescență malignă cu toate consecințele lor.

Tumorile maligne. Tumorile maligne ale foselor nasale prezintă o frecvență predominantă prin seria conjunctivă (Bosworth Sekoulitch), iar pe de altă parte tumorile maligne ale septului sunt aproape totdeauna tumori conjunctive epitoliome fiind întâlnite mai rar (Citelli, Calamida, Rocher). Tumorile sarcomatoase după vârsta de 30 ani încep să scade.

În tumorile sarcomatoase fibroblastice se pot constata uneori zone roșii, cari nu sunt decât hemoragii ori focare de necrobioză, ce duc la ramoliție și la forme pseudo-chistice.

Sarcomele limfoblastice prezintă zone hemoragice brune sau negre cu focare întinse de necrobioză.

Sarcomele condroblastice uneori pot să devină chistice. Din loc în loc ele se ramolesc schimbându-și structura formându-se astfel cavități de desintegrare. La acest nivel se mai întâlnesc sarcome complexe, asociate, cum este: fibro-mixo-condro-sarcomul, etc.

Tumorile sarcomatoase implantate pe sept pe lângă caracterul de mai sus, ele duc la perforație printr'o accentuată tendință de invazie și distrucție, caracter foarte important pentru tumorile anarhice conjunctivo-epiteliale.

Perforațiile profesionale.

Odată cu dezvoltarea industriilor de tot felul, a apărut un întreg cadru de boli, care au fost numite »boli profesionale«, prin faptul că se întâlnesc la cei care lucrează

în industrii. întrebunțând substanțe toxice, sau alți agenți nocivi, cari pot da naștere la anumite boli.

Perforațiile nasale cu cari ne ocupăm, se întâlnesc la unii profesioniști, putându-se numi astfel »perforațiuni profesionale« la cari procesul atrofie poate fi determinat prin inhalarea prafului le cei cari lucrează la ciment, sau la brutari (Laurens) Credem că în patogenia acestei afecțiuni caracterizată printr'o atrofie generalizată la toată mucoasa pituitară care este acoperită și de cruste, s'ar putea adăuga și factorul microtraumatismului, care se exercită mereu asupra septului prin micile particule de praf, din atmosfera acea specială în care lucrează acești indivizi. Totdeodată poate intra încă un factor tot traumatic și anume, gratajul întempestiv din partea bolnavilor căutând mereu să-și detașeze crustele dela acest nivel. Deasemeni perforațiuni în urma leziunilor de necroză, se pot observa la cei care lucrează cu fosfor. Aici credem că intervine mai degrabă un factor toxic decât unul traumatic.

Perforațiile la cocainomani.

În 1908 aproape în același timp Kasparianz și Boyer Hautant, Laignet-Lavastine și Glenard au publicat câteva cazuri de perforațiuni ale septului la cei cari prizează cocaină.

Mai târziu în anul 1912 Chevallier, Ridopath în 1917 au descris alte câteva cazuri. Lichtenstein în 1915 găsește la deținutii unei închisori, unde foarte mulți erau cocainomani, perforațiuni ale septului nasal.

Lipskerov și Natansohn publică în 1921 și 1924 un număr de 98 cazuri din cari numai 4 nu prezentau nici o leziune distinctă nasală, în 2 cazuri sau observat ulcerări în 3 cicatrici, iar în restul de 89, acest lot considerabil, de perforațiuni ale septului.

Bouvicini pe un număr de 32 bolnavi cocainomani constată la 10 din ei perforațiuni ale septului, iar la alți 10 numai simple ulcerări. Tot acest autor vorbește de un caz, unde perforația s'a făcut în urma instalațiilor cu cocaină executată cu ajutorul unei siringi.

Beaussart descrie un caz interesant de perforațiune care s'a produs în urma unui tamponament nasal, tamponul fiind imbitat cu o puternică soluție de cocaină.

Perforațiunile consecutive cocainomaniei sunt situate în mod invariabil în porțiunea cartilaginoasă a septului

nasal în partea anterioară a acestuia. Aceste leziuni sunt constante la cocainomani înveterați; după un stadiu de ischemie, în care timp mucoasa este uscată, prezintă o colorație albicioasă, ia naștere o ulcerăriune care apoi dă loc unei perforațiuni fără ca bolnavul să-și dea seama. Dacă ulcerăriunea este superficială, e susceptibilă să se cicatrizeze în caz că se încetează prizările cu cocaină.

Am arătat că leziunea primă este ulcerăriunea nedureroasă și nehemoragică, îi urmează apoi perforăriunea care întâiu e rotundă, cu timpul mărindu-se devine ovalară. Marginele perforăriei sunt nedete și epitelizate; acolo unde marginile perforăriei ating osul, acesta se îngroașă. La nivelul acestor perforării întâlnim adesea cruste, care însă nu sunt fetide. Eșirea porțiunii cartilaginoase a piramidei nasale cece se întâlnește la unii cocainomani se datorește unei perforăriuni mari și deci lipsa unui suport la acest nivel pentru piramida nasală. În oarecare măsură se poate exclude clinic natura sifilitică a unei astfel de perforăriuni, care se găsește totdeauna și în mod exclusiv în cartilagiul nasal fără vre'o altă leziune specifică, a nasului, sau faringelui, afară de cazul când există o concomitență a leziunilor și când diagnosticul este foarte greu.

Natansohn incriminează în perforăriunile septului nasal cocaina care acționează prin vaso-constricția puternică ce o produce la acest nivel. Vasoconstricția permanentă la cocainomani înveterați atrage o anemie spastică și deci o nutriție insuficientă, apoi ulcerării și într'un ultim stadiu perforăriunea septului.

Bouvicini introduce în patogenia acestei perforării și alți factori. Factorul toxic al cocainei care lucrează asupra protoplasmiei celulare, apoi acțiunea mecanică a cristalelor și acțiunea de grataj la care se mai adaugă un factor infecțios bacterian. Adăugând și acțiunea trofică asupra vaselor (constricțiune, anemia mucoasei și turburările de nutriție,) părerea asupra patogeniei formulată astfel de Bouvicini este mult apropiată de adevăr.

Loebell a căutat să reproducă experimental aceste leziuni la animale pornind dela părerea că singură acțiunea cocainei nu este suficientă pentru a declanșa perforăriunea și că trebuie să intervină și un alt factor mecanic. Concluziile la cari ajunge, arată că există încă un factor mecanic, care nu poate fi decât gratajul cu degetul, pe cari bolnavii îl fac în urma mâncărimei puternice, care o simt la nivelul nasului după ce prizează cocaina.

Kohch tot în mod experimental emită o părere contrară celei emise de Loebell susținând ca și Natansohn efectul vaso-constrictor al cocainei ca factor primordial în perforațiunile septului nasal.

Ulcerul simplu al septului.

Înțelegem sub numele de ulcer simplu al septului, ulcerul perforant a lui Hajek, o pierdere de substanță care interesează partea antero-inferioară a septului cartilagos, rezultând dintr'o turburare trofică de origină vasculară. (Laurens).

Voltolini este primul care a căutat să pătrundă patogeneia încă destul de obscură a ulcerului septic. După părerea acestui autor ar fi vorba de un ulcer hemoragic care se dezvoltă în acest punct al septului (partea antero-inferioară) unde se produc în mod obișnuit hemoragiile prin rupturi vasculare.

Hajek care a studiat în amănunțime ulcerul perforant împărtășește felul de a vedea a lui Voltolini. El crede că se datorește unei turburări de natură trofică, proces care se datorește larăși alterațiunilor vasculare din această regiune a septului nasal. Leziunile vasculare ar fi determinate în acest teritoriu superficial și foarte vulnerabil prin micro-traumatisme, grataj digital în special, sau prin infecțiuni minime, însă repetate. (Laurens).

Ulceratiunea prezintă o formă rotundă cu sediul invariabil în porțiunea antero-inferioară a septului nasal cartilagos. În unele cazuri rare ulceratiunea este destul de mare încât să atingă înainte subcloazonul iar înapoi lama perpendiculară a etmoidului. Voltolini susține însă că niciodată ulcerul nu ajunge până la lama osoasă și că rămâne o buna parte din cartilaj care-l desparte. — În marea majoritate a cazurilor în jurul perforației rămâne un cadru cartilagos destul de mare.

În ceea ce privește etiologia ulcerului simplu, Hajek Zuckerkandl și Voltolini susțin că nici sifilisul, nici tuberculoza, nici lupusul nu sunt cauza acestui proces numit »ulcer perforant al septului« sau »ulcer simplu al septului« sau »ulcerul perforant a lui Hajek«. Se crede chiar că există într'o oarecare măsură o predispoziție patologică la formarea lui. Procesul acesta patologic începe în totdeauna prin pierdere de substanță pe una din cele două învelișuri mucoase ale septului cartilagos. Marginile acest-

tei ulcerăriuni ale mucoasei sunt subțiri și pot fi detașate de cartilaj. Incepe apoi o pierdere de substanță la nivelul cartilagiului, cartilagiul prezentând aceleași margini subțiate ca și mucoasa septului. Mucoasa din partea opusă nu este încă perforată, este însă foarte subțiată. In cele din urmă ulcerăriunea ajunge și la această parte; și se formează o perforăriune și ulcerul perforant a lui Hajek este complet constituit.

Hajek distinge șase stadii în evoluția ulcerului perforant :

1. Colorăriunea albă cenușie a stratului superficial a mucoasei,
2. Apariția pe mucoasă a unei ulcerăriuni limitată printr'o margine subțire și acoperită cu un strat necrotic
3. Desvelirea cartilagiului.
- 4 Perforăriia cartilagiului.
5. Perforăriia completă a septului.
6. Perforăriia completă cu margini cicatriciale.

La început mucoasa la nivelul ulcerăriunii este transformată într'un țesut de culoare cenușie. Această pseudo-membrană nu este altceva decât epitelium necrozat. Hajek afirmă că ar fi observat adesea la acest nivel o pigmentare verzuie. Acest fapt ar proba că înaintea necrozei mucoasei s'ar produce o hemoragie. După Hajek cauza procesului este o necroză de coagulare. Necroza se întinde încetul că încetul dela suprafața către profunzime.

Ulcerul perforant este deci după observațiunile anatomice și clinice, o necroză progresivă a regiunilor anterioare ale mucoasei și cartilagiului septal. Mersul afecțiunii este progresiv. Zuckerkandl atrage atenția asupra colorăriunii speciale pe care o capătă mucoasa în urma extravazărilor sanguine repetate : această infiltrație »xantoză« ar micșora vitalitatea țesuturilor mucoasei a cărei vase se atrofiază. Când survine o hemoragie, se produce la nivelul chiagului o placă de necroză, punctul de plecare a ulcerăriunei. Aceasta ulcerăriune progresează și denudează pericondriul, aceasta la rândul său rău vascularizat atrofiat se rezoarbe și mucoasa din partea opusă, nu întârzie de a se perfora dacă nu a fost deja distrusă printr'o leziune simetrică a fosei nasale opuse. Vindecarea se produce în mod șpotan după perforăriie (Hajek).

Nici odată septul osos sau subcloazonul nu sunt prinse în acest proces ulcerativ. Niciodată piramida nasului nu cade datorită pierderii de substanță. Diagnosticul diferențial se ya face cu tuberculoza și cu sifilisul. Diagnosticul

este în general ușor de făcut. Intotdeauna tuberculoza dă ulcerațiuni anterioare la nivelul cartilagiului. Marginile acestor perforațiuni sunt însă cu un aspect vegetant și îngroșat, nu are acel caracter care se întâlnește în ulcerul simplu unde marginile sunt netede și subțiri.

Cât privește sifilisul, ulcerațiunile produse se limitează mai mult la septul osos, iar pierderile de substanță care se întâlnesc, nu sunt limitate, ci extinse la întreaga porțiune osoasă a septului nasal.

Tratamentul perforațiilor septului nasal.

Tratamentul perforațiilor septului nasal se împarte în : tratamentul profilactic și chirurgical al acestor perforațiuni.

În primul loc se va duce o luptă dărză în contra cocainomaniei, nu atât pentru a preveni aceste formațiuni cari sunt în fond leziuni banale, ci pentru un mare bine care se aduce pe această cale societății. Această epurație morală ar sustrage dela dezastru zeci și sute de indivizi meniți pieirii, odată porniți pe povârnișul decadenței. Pentru acest lucru stau astăzi la îndemână atâtea mijloace de a combate această plagă socială și de a urmări totdeauna pe traficanții speculatorii și de deasupra profitorii slăbiciunii omenești.

Într'o altă ordine de idei, trebuie să adăogăm că anumite reguli elementare de igienă ar trebui să între mai profund în spiritul fiecărui individ. Copii trebuiesc desbărați de răul obicei care se perpetuează până la adânci bătrâneți, de a-și scobi nasul cu degetele, obicei și inestetic și dăunător și care igiena îl respinge cu indignare. Se vor evita apoi toate cauzele de iritațiune a mucoasei nasale, se va combate uscăciunea prin instalații uleioase, în fine ne vom abține dela cauterizări intempestive la pata vasculară (Laurens).

Indicațiile unui tratament chirurgical îndreptat în sensul unei refaceri a mucoasei septului nasal prin autoplăstie, decurg din unicul motiv că la nivelul marginilor acestor perforațiuni, se formează adesea cruste supărătoare într'o oarecare măsură pentru bolnav.

Inchiderea acestor perforațiuni ale septului nasal se poate face în unele cazuri printr'o operație autoplăstică.

Technica este următoarea :

Amestecia se face cu o soluție de cocaină 1'10, badijonându-se bine această față a septului, unde se va face incizia cât și întreg cornetul inferior, care nu trebuie să fie sensibil în timpul manoperilor din această regiune.

Se incizează apoi deasupra și dedesubtul perforației, mucoasa sănătoasă până la cartilaj, croindu-se astfel două lambouri mucoase; unul superior și altul inferior, menite ca prin răstrângerea lor să acopere pierderea de substanță. Aceste două lambouri se decolează de cartilajul subjacent, lăsându-li-se un pedicul care să fie în diametrul antero-posterior al perforației.

După ce lamboul superior a fost răstrânt în jos ca un capac, iar cel inferior ridicat în sus, cele două margini se coase împreună, astupând perforația.

Seifert a ingeniat o metodă foarte frumoasă pentru aceste autoplastii. Iată în ce constă:

După anestezia prealabilă ca și în tehnica precedentă, se trece la autoplastia propriu zisă. Cu ajutorul unui bisturiu se secționează pe o întindere ceva mai mare decât a perforației, mucoasa cornetului inferior chiar în dreptul perforației. Secțiunea această mucoasă nu trebuie să intereseze decât stratul superficial. Tot în acest timp se aievează cu bisturiul marginile perforațiunii septului. Bisturiul poate fi înlocuit cu acelaș rezultat print'o chiuretă bine ascuțită cu care se avivăm marginile perforațiunii și să facem să sângereze porțiunea din cornetul inferior corespunzătoare perforației.

Acest timp fiind terminat se ia o meșă de o lățime de 2—3 cm. care este îmbibată cu uleiul eucaliptolat și se meșează fosa nasală opusă, astfel ca cele două suprafețe sângărânde să vie în contact și să prindă sinechii. Când cicatrizarea este terminată se trece la secționarea sinechiilor formate între sept și cornetul inferior. Se taie cu ajutorul unui bisturiu cu lamă subțire mucoasa cornetului inferior astfel ca pierderea de substanță a septului să fie înlocuită cu mucoasa cornetului inferior.

Când perforația e prea mică și jenează prin șuerătură, indicația este de a se mări această perforație. Tratatamentul crustelor de pe marginea perforației se face introducând vaselină pură și prin evitarea scoaterii neîncetată a crustelor. A le scoate înseamnă a produce o suprafață sângărândă ușoară pe care se formează alte cruste. Crustele trebuie lăsate să cadă dela sine.

Nu putem termina acest mic capitol al tratamentului perforațiilor nasale fără să nu amintim în câteva cuvinte de chirurgia estetică, care trebuie făcută atunci când ne găsim în fața unui nas sifilitic, căzut în urma unei perforațiuni mari osoase specifice.

Cazuri clinice.

1. Bolnavul L. G. 27 de ani, este internat în serviciul clinicei O. R. L. pentru un sifilis nasal, care a produs distrucția completă a septului osos și cartilagos și a porțiunii cartilaginease a piramidei nasale.

Este operat de Dl. profesor Buzoianu procedându-se la o plastie pentru refacerea subcloazonului nasal întrebuințându-se cartilaj costal implantat în buza superioară iar de aici împreună cu tegumente se reface subcloazonul.

2. Bolnava G. A. 31 ani. Se prezintă la consultațiile clinicei O. R. L. pentru o amigdalită cronică bilaterală. La examenul rinologic se constată prezența unei perforațiuni anterioare a septului cu un diametru aproximativ de 12 cm.

Bolnava spune că a fost operată cu doi ani înainte pentru deviație de sept, de când o supără din timp în timp crustele care se formează la acest nivel al septului și pe cari și le detașează cu degetul după care totdeauna urmează o sângerare. I se indică întrebuințarea vaselinei și este sfătuită să nu-și mai facă toaleta crustelor cu degetul. Urmărind câțva timp bolnava mărturisește că se simte foarte bine, ne mai fiind supărată de crustele pe cari le avea mai înainte.

3. Bolnava K. M. 32 ani. Prezintă un lupus al piramidei nasale cu distrucția lobulului nasal, însoțit de o perforație mare a septului nasal cartilagos.

Este trimisă de clinica Dermatologică la serviciul clinicei O. R. L. pentru a se face rezecția subcloazonului, care în urma distrucției lobulului nasal atârână în mod inestetic.

Este operată de domnii doctori D. Ionescu și A. Teodorescu, însă nu i se face rezecția subcloazonului ci implantarea acestuia la nivelul piramidei nasale, obținându-se un rezultat estetic foarte mulțumitor.

4. Bolnava C. I. 26 ani. Este trimisă de serviciul clinicei Medicale la ambulanța clinicei O. R. L. pentru un examen de specialitate.

La rinoscopie se constată o perforație a septului nasal situată în partea antero-inferioară a acestuia. Perforațiunea nu prezintă cruste, nu aduce nici o jenă bolnavei, care ignorează complet existența acestei perforațiuni. R. W. negativ. Nu prezintă leziuni de T. B. C. la nici un organ.

O anamneză amănunțită ne scoate la iveală un erizipel grav al nasului, pe care l-a avut la vârsta de 10 ani și care cu cea mai mare probabilitate a dat naștere la perforație.

DECLARAȚIE

cu privire la starea de sănătate a candidatului

-lot nr. 1
brutal
lucru

nume
prenume
data nașterii

adresa
nr. loc
nr. etaj
nr. apartament
nr. telefon
nr. fax
nr. e-mail



data

C O N C L U Z I U N I .

1) Constatarea unei perforațiuni nasale, cenzitue uneori o surpriză a examenului rinoscopic, care trebuie complectat cu un examen clinic general și eventual de laborator.

2) In multe cazuri aspectul perforațiunei septului nasal formează un element prețios pentru diagnosticul etiologic, alcătuind în acelaș timp expresia unei interdependențe patologice cu restul organismului.

3. Intr'o anumită categorie de perforațiuni ale septului nasal (consecutive sifilisului, tuberculozei etc.), importanța practică a acestora constă în deformațiunile piramidei nasale cari compromit estetica feței.

4) Tratamentul este : profilactic, pentru înlăturarea tuturor factorilor, cari ar determina aceste perforațiuni ; (operațiuni corecte pentru crește și devierea septului, îngrijire atentă a lupusului nasal, a abceselor cloazonului, etc.) ; medicamentos și igienic al nasului pentru înlăturarea crustelor atunci când perforația este constituită ; chirurgical, autoplastic al perforațiunii (întrebuințat rar), sau de estetică cu scopul de a corecta deformațiunile ale piramidei nasale, consecutive unui grad mai mare de distrucție a septului.

Văzută și bună de imprimat,

Președintele tezei :

Prof. Dr. Gh. Buzoianu

Decan :

Prof. Dr. D. Michail



BIBLIOGRAFIE

1. BUZOIANU G.: Epifora cronică rinogenă »România Medicală« Mai 1935.
2. BUZOIANU G.: Noul contribuțiunij clinice la smiologia cefaleei de origină nasală Rev. »Spitalul« 1934 Septembrie.
3. BROCG L.: Traité élémentaire de dermatologie pratique.
4. CHIARI O.: Die Krankheiten der Oberen Luftwege. Franz Denticke, 1902. Leipzig.
5. COTUL GH.: Rezecția subpericondro-mucoasă a septului nasal. Revista științelor O. R. L. No. 1 și 3.
6. DENKER A.: Trattato delle malattie dell'orecchio delle vie aeree e della bocca. Vallardi 1930.
7. DARIER: Précis de Dermatologie. Masson, 1931.
8. HAJEK: Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. Virch. Arch. Bd. CXX. Berlin, 1890.
9. LAURENS G.: Chirurgie de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx Masson 1936.
10. LAURENS G.: Précis d'oto-rhino-laryngologie. Masson 1931.
11. MOURE F. J.: Technique chirurgicale oto-rhino-laringologique. Doin 1924.
12. NATANSOHN L.: Au sujet des lésions nasales chez les priseurs de cocaïne. Rev. de laringologie, otologie, rhinologie. No. 2. 1936. pag. 215—223.
13. NAGHI T.: Abscesul septului nasal și tratamentul lui în legătură cu cazurile observate în clinica de nas, gât și urechi diu Cluj. Rev. științelor oto-rino-laringologice. No. 1. 1937.
14. PORTMANN: La cancer du nez, des fosses nasales des cavités accessoires et du nasopharynx. Doin 1927.
15. PARREL G.: Précis de thérapeutique médicale oto-rhino-laryngologie. Maloine 1921.
16. RAULIN: Etude sur le lupus primitif du la maqueuse nasale. Thèse de Paris.
17. TESTUT L.: Traité D'anatomie humaine. Doin 1922.
18. ZUCKERKANDL: Anatomie normale et pathologique des fosses nasales. Masson 1895.

